



Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015/2016

Detección y prevención del riesgo de suicidio desde la enfermería de atención primaria

María Salgado Carnero

16 de junio de 2016

Tutor del Proyecto: Valentín Escudero

INDICE DE CONTENIDO

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	4
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	4
2.2. EPIDEMIOLOGIA.....	6
2.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA SUICIDA.....	7
2.3.1 FACTORES DE RIESGO SUICIDA	7
2.3.2. FACTORES PREDICTORES.....	10
2.3.3. FACTORES PROTECTORES	10
2.4. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	11
2.4.1. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE AP.	12
2.4.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	13
2.4.3. MANEJO DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA	14
3.JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	15
4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	16
5. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE.....	18
6. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	19
7. METODOLOGÍA	20
7.1. TIPO DE ESTUDIO	20
7.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	20
7.3. PERÍODO DE ESTUDIO.....	20
7.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	21
7.5. HERRAMIENTAS O TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	23
7.6. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	23
7.7. VARIABLES DEL ESTUDIO	26
7.8. ANÁLISIS DE DATOS	26
7.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	27
8. PLAN DE TRABAJO	29
9. ASPECTOS ÉTICOS	30
10. PLAN DE DIFUCIÓN DE RESULTADOS.....	31
11. FINANCIACIÓN DEL PROYECTO.....	33
11.1 RECURSOS NECESARIOS.....	33
11.2 POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	35
12. AGRADECIMIENTOS.....	36
13. BIBLIOGRAFÍA	37

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de los centros de salud de la XXIF.....	20
Figura 2: Plan de proyecto de investigación.....	25

INDICE DE TABLAS

Tabla I: Clasificación de las definiciones del suicidio según Silverman et al.....	41
Tabla II: Factores de riesgo del suicidio.....	42
Tabla III: Factores predictores del suicidio.....	10
Tabla IV: Factores predictores del suicidio.....	10
Tabla V: Recomendaciones para realizar la entrevista clínica.....	43
Tabla VI: Aspectos a tener en cuenta en la entrevista.....	43
Tabla VII: Manejo de pacientes según el riesgo suicida.....	45
Tabla VIII: Estrategia de búsqueda.....	16
Tabla IX: Número de profesionales de enfermería total por cada centre de salud.....	21
Tabla X: Planificación temporal de la investigación.....	29
Tabla XI: Revistas internacionales y nacionales según el factor de impacto.....	32
Tabla XII: Análisis de gastos vía on-line.....	33
Tabla XIII: Análisis de gastos posibles de realizar el estudio de forma física.....	34

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Escalas de evaluación.....	46
ANEXO II: Módulo formativo.....	50
ANEXO III: Casos clínicos del módulo formativo.....	56
ANEXO IV: Carta de presentación al CAEICG.....	58
ANEXO V: Solicitud a la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.....	59
ANEXO VI: Cuestionario inicial.....	60
ANEXO VII: Correo para cada coordinador de cada centro de salud.....	65
ANEXO VIII: Hoja de información al participante.....	66
ANEXO IX: Compromiso de la investigadora.....	69
ANEXO X: Cuestionario sobre evaluación docente.....	69

ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
Eurostat	Oficina Europea de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
IGE	Instituto Galego de Estadística
AP	Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
XXIF	Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol
SPSS	Statistical Package for the Social Science
CAEICG	Comité Autonómico de Ética de Investigación Clínica de Galicia
JCR:	Journal Citations Reports
SJR	SCImago Journal Rank
RIC	Repercusión Inmediata Cuiden
SERGAS	Servicio Gallego de Salud

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El suicidio es un grave problema de salud pública que afecta a familias, comunidades y países provocando graves repercusiones entre los más allegados. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente un millón de personas mueren al año por suicidio, siendo la segunda causa de muerte principal entre los 15 y 29 años y según los últimos datos actualizados del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2013, se registraron un total de 333 muertes por suicidio en Galicia (siendo la segunda Comunidad autónoma con mayor tasa de suicidio seguida de Asturias). Supone una incidencia de 12,3 por cada 100.000 habitantes, cifra alarmante por ser cuatro veces mayor a la media de España.

El suicidio puede llevar a prevenirse según algunos estudios y para ello es necesaria una estrategia multisectorial de prevención. La presente propuesta de Trabajo de Fin de Grado es precisamente un proyecto para optimizar la detección y prevención del suicidio en el contexto de la enfermería de atención primaria. Partiendo del protocolo existente para la detección de riesgo de suicidio, el proyecto incluye un diseño aplicable en la comarca de Ferrol en el que se trabaja con metodología cuantitativa para conocer y actualizar las necesidades de detección e identificación de riesgo, así como del uso adecuado del protocolo. El proyecto incluye también una propuesta de capacitación de las personas enfermeras de atención primaria para buenas prácticas en el concerniente a pacientes con indicadores de vulnerabilidad y riesgo de suicidio.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, enfermería, atención primaria, prevención y detección.

ABSTRACT AND KEY WORD

The suicide is a serious problem of health public that concerns families, communities and countries provoking serious repercussions between the most close. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente un millón de personas mueren al año por suicidio, It's the second reason of principal death between 15 and 29 years. According to the last information updated of the National Institute of Statistics (INE) in the year 2013. There were registered a total of 333 deaths by suicide in Galicia (it's the second autonomous Community with major rate of suicide followed by Asturias). He supposes an incident of 12,3 for every 100.000 inhabitants, alarming number for being four times bigger than the average of Spain.

The suicide can go to getting ready according to some studies and for it a many sectors strategy of prevention is necessary. The present offer of Work of End of Degree is precisely a project to optimize the detection and prevention of the suicide in the context of the infirmary of primary care. Departing from the existing protocol for the detection of risk of suicide, the project includes an applicable design in Ferrol's region, at that one is employed with quantitative methodology to know and to update the needs of detection and identification of risk, as well as of the suitable use of the protocol. The project includes also an offer of training of the nurses of primary care for good practices in the relating one to patients with indicators of vulnerability and risk of suicide.

Key words: Suicide, attempt of suicide, infirmary, primary care, prevention and detection

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. MARCO CONCEPTUAL

Hoy en día, el suicidio se considera dinámico^{1,2,3} por evolucionar de manera gradual y ascendente en cuanto a gravedad se refiere. Presenta como punto de partida la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la conducta humana (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). Esta gran variedad de definiciones que abarca la conducta suicida, es uno de los principales problemas con los que se encuentran los investigadores al estudiar el suicidio, ya que, no existe una nomenclatura consensuada y globalmente aceptada que facilite la formación e investigación respecto a este tema. Por ello, varios autores han desarrollado diferentes clasificaciones de las definiciones del suicidio, destacando la propuesta por Silverman et al. en el año 2007 por ser considerada como la más operativa (ver tabla 1).^{1,2,3,4} Su terminología es definida de la siguiente manera:^{1,4,5}

1. **Ideación suicida:** *“pensamiento sobre el suicidio (cogniciones)^{1,4,5}”*.
2. **Comunicación suicida:** *“acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida^{1,4,5}”*.
 - **Amenaza suicida:** *“acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano^{1,4,5}”*.
 - **Plan suicida:** *“es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencia^{1,4,5}”*.

3. **Conducta suicida:** “conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que^{1,4,5}”:

- a) *“La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad^{1,4,5}”.*
- b) *“La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida^{1,4,5}”.*

Se considera conducta suicida:

- **Autolesión/ gesto suicida:** *“conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada)^{1,4,5}”.*
- **Conducta suicida no determinada:** *“conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad)^{1,4,5}”.*
- **Intento de suicidio:** *“conducta potencialmente lesiva, autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método^{1,4,5}”.*
- **Suicidio:** *“muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte^{1,4,5}”.*

2.2. EPIDEMIOLOGIA

SUICIDIO CONSUMADO:

Las tasas de suicidio registradas en la actualidad distan mucho de la realidad y esto es debido a dos motivos; al infradiagnóstico^{1,4,2} debido al cual muchas de las muertes por suicidio no son registradas como tal en los certificados de defunción, y por la infraestimación^{1,2,4,6,7} condicionada por el grado de aceptación o rechazo a nivel social sobre el suicidio (valores sociales) o incluso para evitar problemas políticos, sociales o justiciales (valores culturales).

Pese a lo anteriormente mencionado, la Organización Mundial de la Salud⁸ confirma que a nivel mundial, más de 800.000 personas se suicidan por año, siendo la segunda causa de muerte principal entre las personas de 15 a 29 años de edad. A nivel europeo, según la Oficina Europea de Estadística, más conocida como Eurostat⁹, se registraron en 2013 (últimos datos actualizados en mayo de 2016), un término medio de 11.7 muertes por 100.000 habitantes debido a suicidio, destacando Eslovenia, Hungría y Lituania por ser los países con mayor tasa de suicidio.

A nivel nacional, en España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁰ en 2014 se registraron 395.830 defunciones de las cuales 3.910 fallecimientos fueron por suicidio, superando a las muertes por accidente de tráfico y habiendo una clara diferencia por sexos, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. En Ferrol, se registraron en el Instituto Galego de Estadística (IGE)¹¹ de ese mismo año, un total de 134 muertes por suicidio, siendo mayor en los hombres que en las mujeres (95 y 35 muertes por suicidio respectivamente) y superando a las muertes por accidente de tráfico.

INTENTO DE SUICIDIO

En comparación a los suicidios consumados, los **intentos de suicidio** no son registrados bajo estadísticas oficiales, por lo que resultan más difíciles de estudiar. Para su registro, se tienen como fuentes de información los registros de urgencias hospitalarias, las encuestas de salud general y los estudios epidemiológicos^{1,2,5,7} de los que se estima que aproximadamente un 75% del total de intentos de suicidio no precisan de ayuda sanitaria, por lo que no se contabilizan al no saber de su existencia².

Por otro lado, la OMS destaca que por cada suicidio no consumado al año, se producen entre 10 y 20 intentos de suicidio, siendo este el principal factor de riesgo a tener en cuenta en la población más vulnerable^{8,15}.

2.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA SUICIDA

2.3.1 FACTORES DE RIESGO SUICIDA

La conducta suicida está asociada a múltiples factores de riesgo que se encuentran estrechamente interrelacionados y el saber identificarlos por los profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) puede ayudar a prevenir posibles conductas suicidas en aquellas personas más vulnerables, ya que, el riesgo aumenta proporcionalmente cuanto mayor sea el número de factores de riesgo que haya presentes^{1,2,5,6}.

Hay distintas formas de clasificar los factores de riesgo, bien en factores modificables y no modificables^{1,2,3,5} o teniendo en cuenta los factores sociodemográficos, biopsicosociales y ambientales⁶ (Ver tabla 2).

De entre los factores de riesgo más estudiados se encuentran:

-Edad y sexo: Las tasas de suicidio o intento de suicidio más elevadas se encuentran entre la población de edad avanzada, sin embargo, en los últimos 50 años se han visto incrementadas en la población comprendida

entre los 15 y 29 años de edad^{1,2,4,7,8,12}. Los adolescentes gays, lesbianas, bisexuales y o transexuales presentan dos o tres veces mayor probabilidad de realizar una conducta suicida que cualquier otro joven¹³. En cuanto al sexo, a nivel mundial, los hombres se suicidan más que las mujeres usando como medios para ello las armas de fuego o el ahorcamiento y las mujeres presentan mayor ideación suicida e intentos suicidas respecto a los hombres usando principalmente drogas^{1,2,4,6,7,12,13,14,15,16}.

-Origen étnico: No existen pruebas concluyentes de que el suicidio se vea influenciado por la raza o etnia¹. Sin embargo, un estudio llevado a cabo desde 1999 y 2010 en Estados Unidos¹⁷ obtuvo como tasas más altas de suicidio en los indios americanos y en nativos de Alaska de entre los 19 y 24 años de edad y en las personas de raza blanca no hispanas mayores de edad de 75 años. Por otra parte, la población emigrante, en situación de desarraigo y aislamiento presenta mayor riesgo de conductas suicidas⁶.

-Situación Ocupacional y Estado civil: Las personas desempleadas se suicidan más, y dentro de las personas que trabajan, se suicidan con mayor frecuencia los expuestos a situaciones altamente estresantes, como por ejemplo, los trabajadores sanitarios y los artistas^{1,2,3,4,6,7,12}. Según el estado civil, las personas solteras son las que menor tasa de suicidio tienen, seguidas de las viudas y finalmente de las divorciadas^{3,6}.

-Trastornos mentales: Son un claro predictor de riesgo de conducta suicida ya que, diversos estudios han demostrado que más de la mitad de los pacientes que han intentado suicidarse o han muerto por suicidio tenían un diagnóstico de trastorno psiquiátrico mayor^{1,2,3,4,6,7,12,13,15,16,17,18}.

De entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes con comportamientos suicidas, de mayor a menor incidencia, destacan los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar), abuso de sustancias (especialmente alcohol), esquizofrenia y el trastorno de la

personalidad. También se dan con el trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria y delirium aunque en menor medida^{1,2,4,12,13,16,17,19}.

-Intentos de suicidio previos: Un intento de suicidio previo es el predictor más específico de riesgo de suicidio^{1,2,3,4,6,7,13,15}. Diversos estudios muestran que por cada suicidio se realizan entre 10 y 20 intentos de suicidio^{1,5,8,13,20} y por cada intento de suicidio el riesgo aumenta considerablemente durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año^{1,3,4,6}.

-Antecedentes familiares de suicidio: en comparación con la población general, aquellas personas que tengan un o más familiares con antecedentes de suicidio presentan mayor riesgo de llevar a cabo un comportamiento suicida, sobre todo en las mujeres y cuando el familiar es de primer grado^{1,2,3,6,7}. Destacando mayor incidencia en los gemelos homocigotos¹.

-Historia de trauma o abuso: Tanto los abusos sexuales, físicos o emocionales sufridos en la infancia aumentan considerablemente el riesgo de suicidio en la etapa adulta^{1,2,3,4,6,7,15} estando parcialmente asociada con el consumo de alcohol u otras drogas como vía de escape y la acentuación de la depresión. Sucede lo mismo al hablar de violencia de género, donde la mayor parte de las mujeres tienen tentativas suicidas o ideación suicida^{2,4,6}.

-Algunas enfermedades físicas importantes: El que haya un mal pronóstico de una enfermedad, dolor en enfermedades crónicas, pérdida de la movilidad y discapacidad física son situaciones que aumentan el riesgo de suicidio por tratarse de personas muy vulnerables. Por otro lado, el diagnóstico de enfermedades somáticas como el cáncer, el SIDA o la insuficiencia respiratoria crónica hace más elevadas las tasas de suicidio en las personas que lo padecen en comparación a la población en general^{1,2,4,6,7,12,15,21}.

-Disponibilidad y fácil acceso a medios letales: la fácil disponibilidad de encontrar los medios de suicidio en el entorno puede influir a la hora de pasar de una idea suicida al acto suicida en sí^{1,2,4,6,7,12,13,14}.

2.3.2. FACTORES PREDICTORES

Son aquellos que pueden servir como factores facilitadores del suicidio.

Tabla 3: Factores predictores del suicidio

<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de un trastorno mental - Intentos de suicidio previos - Suicidios o intentos de suicidio en la familia - Pérdida reciente - Muerte o suicidio de un reciente - Evento precipitante <ul style="list-style-type: none"> • Humillación (en adolescentes) • Tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) • Aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes) - Enfermedad física grave
--

Fuente: elaboración propia^{1,6}.

2.3.3. FACTORES PROTECTORES

Poseen la capacidad de disminuir la probabilidad de suicidio de existir factores de riesgo.

Tabla 4: Factores protectores del suicidio

Factores del individuo
<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes y valores en contra del suicidio - Habilidades sociales - Manejo de la ira - Capacidad de resolución de problemas - Embarazo y paternidad - Creencias y prácticas religiosas

<ul style="list-style-type: none"> - Confianza en uno mismo - Flexibilidad cognitiva - Tener hijos en el caso de las mujeres
Factores del entorno
<ul style="list-style-type: none"> - Calidad del apoyo familiar y social - Integración social - Adoptar de valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral permanente y a largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental • Enfermedad física • Abuso del alcohol - Restricción de accesibilidad a las armas o los medicamentos

Fuente: elaboración propia^{1,2,5}

2.4. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Las muertes por suicidio representan un grave problema de salud pública que ocasionan graves repercusiones tanto a nivel individual como a nivel social, emocional y económico del entorno cercano al que pertenecen las personas que intentan o consiguen suicidarse^{1,2,4,5,7,12}.

Por lo anterior, se hizo necesario el desarrollo de estrategias y la adopción de medidas para disminuir y prevenir la conducta suicida siendo necesario para ello, la colaboración de un equipo multidisciplinar que incluya el sector sanitario y no sanitario^{3,4,5,6,16,18}. Destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS) que adoptó en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, el primer plan de acción sobre la salud mental, para prevenir el suicidio, cuyo objetivo es reducir la tasa de suicidio para el año 2020 un 10% en aquellos países que lo sigan o ayudar a identificar a los grupos de mayor riesgo de suicidio y mejorar el acceso de servicios y recursos necesarios, para aquellos países que no cuenten con un plan de este tipo⁷.

En España, apenas se hace uso de programas preventivos pese a la evidencia científica de reducir del número de muertes por suicidio al implementar dichos programas^{2,18}. Una de sus medidas preventivas es el desarrollo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida del Sistema Nacional de Salud (SNS) para los profesionales de enfermería de AP¹.

2.4.1. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE AP.

Los profesionales de AP están en estrecha relación con los pacientes debido a su buena disponibilidad y accesibilidad, además de estar comprometidos en proporcionar atención y continuidad asistencial de manera continuada^{4,5,12,17}. Es por ello, que la mayor parte de ellos se ponen en contacto con el médico y enfermera de AP antes que con los profesionales de atención especializada^{1,4,5,13,14,21,22,23,24}. Estudios demuestran que un 75 % lo han hecho el año anterior al episodio suicida y el 45 % en el mes anterior, mientras que teniendo en cuenta el contacto con la salud mental, solo un 1% lo ha hecho el mes anterior^{1,4,5}. Por tanto, la labor de los profesionales de enfermería de AP va a ser primordial para detectar y prevenir el riesgo suicidio.

Pese a ello, en mayo de 2014, el estudio de U.S. Preventive Services Task Force¹⁷ sobre la detección de riesgo de suicidio en adolescentes, adultos y adultos mayores en AP concluyó que no había evidencia demostrada para recomendar hacer cribado de riesgo de suicidio de toda la población en general de AP^{4,17,22,23,24}. Para prevenir la conducta suicida es necesario formar al personal capaz de influir en la sociedad (profesionales de la salud, educación, política...), restringir el acceso a los medios de suicidio y facilitar el acceso para las personas en riesgo de suicidio^{3,5,6,7,18}.

2.4.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las mejores herramientas para evaluar el riesgo de suicidio con las que cuentan los profesionales sanitarios son junto con el juicio clínico, la entrevista clínica y las escalas de evaluación^{5,13}.

La entrevista clínica^{1,5,6,13,1} supone el punto de partida de interacción ente el profesional y el paciente y debe abordar de manera integral el riesgo de suicidio, teniendo en cuenta tanto los factores psicológicos y contextuales como las características de las conductas suicidas.

Las directrices sobre cuál es la manera más recomendable para realizar la entrevista fue publicada por el programa SUPRE de la OMS^{1,5}. (Ver tabla 5). En ella además resalta la importancia de realizar la entrevista de forma gradual, partiendo de lo general hacia lo específico. En todas las preguntas el profesional debe ser empático, demostrando preocupación, interés y compasión, ya que, la calidad de la entrevista depende en gran medida de las habilidades del profesional sanitario, además deber tener en cuenta los aspectos de las conductas suicidas (ver tabla 6)^{1,5,6,12,13}. Finalmente la información obtenida debe quedar registrada en la historia clínica del paciente.

Las escalas de evaluación^{1,5} son instrumentos psicométricos capaces de evaluar el riesgo de suicidio, pero bajo ningún concepto pueden excluir el uso del juicio clínico de cada profesional ni mucho menos omitir la entrevista clínica.

De entre las escalas que han demostrado ser más eficaces y adecuadas a la hora de valorar el riesgo de suicidio se encuentra^{1,5} (Ver anexo II):

- Escala de desesperanza de Beck
- Escala de ideación suicida de Beck
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
- Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck

- Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Halmiton.

Por otro lado, se encuentran las escalas de SAD PERSONS o IS PATH WARM que son usadas en España por su facilidad de aplicación aunque no se encuentren validadas a nivel nacional^{1,5}.

2.4.3. MANEJO DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

Tras evaluar al paciente, es importante intervenir según su nivel de riesgo de suicidio (ver tabla 7), y derivarlo a otros profesionales de la salud para garantizar su seguimiento y atención¹.

-Se deriva urgentemente al **Servicio de Salud Mental** al haber una **ideación suicida** junto con¹:

- Presencia de trastorno mental grave, conducta autolítica grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, duda sobre la gravedad de ideación o riesgo de intento inmediato y situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo¹.

-Se deriva urgentemente al **Servicio de Urgencias hospitalario** al haber intento de suicidio junto con¹:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en AP o intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente)¹.

-Se deriva urgentemente al **Servicio de Salud Mental** si no se dan los puntos anteriores habiendo un **intento de suicidio** y teniendo en cuenta a mayores los siguientes puntos¹:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado, presencia de enfermedad mental grave, conducta autolítica grave

reciente, intentos de suicidio previos, situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo, duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición¹.

-Se deriva de forma preferente (en un plazo de una semana) al **Servicio de Salud Mental** en caso de **ideación** o **conducta suicida** cuando¹:

1. No esté presente ninguno de los criterios anteriores¹.
2. Se den todas las siguientes circunstancias: alivio tras la entrevista, intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas y apoyo sociofamiliar efectivo¹.

3.JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Las muertes por suicidio es un tema que está en pleno auge hoy en día, por ser numerosas las noticias presentes en los medios de comunicación que tratan sobre este tema. Además, en la actualidad sigue estando vigente el estigma social hacia la enfermedad mental, donde es frecuente encontrarse con estereotipos y falsas creencias respecto al suicidio.

El trabajo asistencial de los profesionales de enfermería de AP es primordial a la hora de detectar y prevenir dichas muertes, ya que numerosos estudios afirman que la mayor parte de las personas con conductas suicidas se ponen en contacto con el médico y enfermera de AP antes que con los profesionales de atención especializada^{1,4,5,13,14,21,22,23,24}. Para ello, los enfermeros deben estar bien formados para hacer frente a situaciones de tal envergadura y junto con la colaboración de otras instituciones, disminuir estas muertes. Esto permitirá prestar cuidados y atención de manera holística, individualizada, integral y de mayor calidad a todos los pacientes de salud mental, como en este tema a estudiar.

Por todo lo anterior, consideramos de gran importancia estudiar el nivel de conocimiento, capacidad y estrategias que tienen los profesionales de enfermería de AP de los centros de salud pertenecientes a la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF) para detectar y prevenir el riesgo de suicidio. Les proporcionaremos, según los resultados, un módulo formativo para incrementar y actualizar sus conocimientos previos y así mejorar en la medida de lo posible su práctica asistencial.

4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La información requerida para la realización de este trabajo fue obtenida de las siguientes fuentes que se muestran en la tabla 8.

Tabla 8: Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Cadena de Búsqueda	Filtros	(Resultados encontrados/ artículos utilizados)
Cochrane plus	(suicide) AND (prevention) AND (nursing)		24/0
Crd.database	(suicide) AND (prevention) AND (nursing)		12/0
Dialnet Plus	“suicidio, prevención y atención primaria”	-Ciencias de la salud -Años 2010-2019 -Español	1/0
Scopus	“suicide AND prevent* AND detect* AND primary car*”	-2011-2016 -Subject Areas: Life sciences, Physical Sciences and Health Sciences -Español e inglés.	30/1,2,9,16
Cinahl	(MH "Suicide, Assisted") OR (MH	-2012-2016 -Idiomas: inglés,	89/0

	"Suicide") OR (MH "Suicide Prevention (Iowa NIC)") OR (MH "Primary Health Care")	portugués y español	
Medline	(MH "Suicide/PC") OR (MH "Primary Care Nursing")	-Descriptores MeSH 2015 - 2011-2016 -inglés, portugués y español	73/7
ENFISPO	(SUICIDIO or SUICIDIO - PREVENCIÓN)	-Años:2011-2015	18/13
PsycINFO	suicide AND prevent* AND (primary car*)	-Años: 2011-2016 -Fuentes: revistas científicas -Idiomas: inglés	30/0
PubMed	("Primary Health Care"[Mesh]) AND "Suicide"[Mesh]	-Descriptores Mesh. -Tipo de artículos: revisiones y revisiones sistemáticas. -últimos 5 años -Especie: Humanos -Inglés, portugués y español	39/4,12
WEB OF SCIENCE	Título: (suicid*) AND Título: (prevent*) AND Título: (primary car*)	-2011-2016 -inglés	15/3,8,10
Cuiden	"suicidio, prevención y atención primaria"		5/0
Google académico	Prevención del suicidio en atención primaria	- 2014-2016	5090/5,6,11,14,15,17
RUC	suicidio		46/18,19

4. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. 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 Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Gómez Pardiñas GM. Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General Intentos de Suicidio y Factores Relacionados (1997-2007) [tesis doctoral]. A Coruña: Registro único de Contribuyentes, Universidade da Coruña; 2013.
- Sánchez de Rosendo EO. Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio [Trabajo de fin de grado]. A Coruña: Registro Único de Contribuyentes, Universidade da Coruña; 2014.
- Gobierno de Navarra. Prevención y actuación ante CONDUCTAS SUICIDAS: Protocolo de colaboración interinstitucional. Navarra: Comunidad de Navarra; 2014.
- Fernandez Bearan A. PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA [Trabajo de fin de grado]. Navarra: Académica-e, Universidad Pública de Navarra; 2014.
- Ministerio de Salud. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: Orientaciones para su implementación: MINSAL, 2013.
- Prevención del suicidio, un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.

6. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS:

El modelo de formación (anexo III) mejorará el conocimiento, la capacidad y las estrategias para detectar y prevenir el riesgo de conductas suicidas por parte de los profesionales de enfermería de AP de los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- Conocer, mejorar y actualizar el conocimiento, la capacidad y las estrategias de detección y prevención del riesgo de conductas suicidas por parte de los profesionales de enfermería de AP de los centros de salud pertenecientes a la GGIF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar recomendaciones al profesional de enfermería de AP de los centros de salud de la GGIF sobre aspectos de evaluación, tratamiento y prevención de posibles conductas suicidas.
- Proporcionar mejor calidad asistencial y seguimiento a los pacientes con conductas suicidas o riesgo de conductas suicidas por parte de enfermería de AP de los centros de salud de la GGIF.
- Facilitar el apoyo a la familia, amigos y más allegados de los pacientes con conducta suicida por parte de los profesionales de enfermería de AP de la GGIF.
- Disminuir las tasas de suicidio de la GGIF en los próximos años.

7. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El proyecto consistirá en un estudio experimental²⁵ ya que, permitirá comparar el efecto de la variable independiente (módulo formativo) sobre la variable dependiente (conocimiento, capacidad y estrategias de detección y prevención de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la XXIF sobre el riesgo de suicidio), cuyo diseño será el experimental con grupo de control aleatorizado y medidas pre y post intervención. El grupo de control tendrá una fase posterior de intervención, también con medida post.

7.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en centros de salud que conforman la XXIF, que se puede ver en la figura 1.

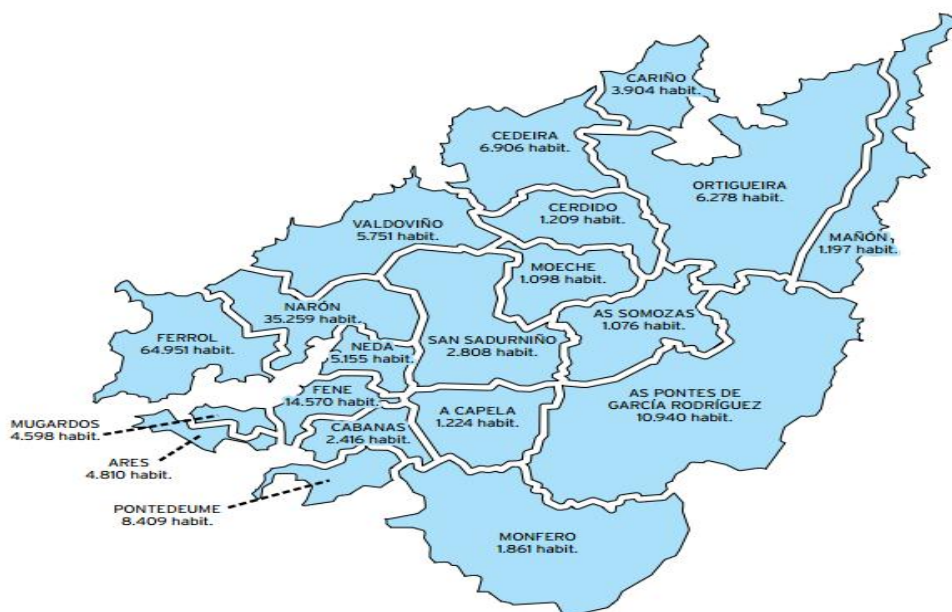


FIGURA 1. Distribución de los centros de salud de la XXIF. Memoria 2014²⁶

7.3. PERÍODO DE ESTUDIO

El período de estudio estará limitado principalmente por el tiempo que lleve conseguir los permisos del Comité Ético de Investigación de Galicia (anexo IV) y la solicitud de acceso a la población de estudio de la XXIF

(anexo V) para poder llevar a cabo el estudio y del tiempo que tarden los profesionales de enfermería en contestar al cuestionario inicial vía on-line (anexo VI) y además de la adaptación por parte de los participantes para acceder y usar la Plataforma Google Aplicartion Forms. Teniendo en cuenta estos aspectos, se estima que el estudio se realice en siete meses, pudiendo verse alterado este período de tiempo según las circunstancias que se presenten.

7.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población de estudio estará formada exclusivamente por los profesionales de enfermería de AP que estén trabajando durante el tiempo de estudio en los centros de salud de la XXIF.

Tabla 9: Número de profesionales de enfermería total por cada centro de salud.

Centros de Salud	Nº de profesionales de enfermería	Centros de Salud	Nº de profesionales de enfermería
1. Fontela Maristany	34	12. Moeche	1
2. Caranza	9	13. Monfero	1
3. Serantes	6	14. Mugar dos	5
4. Ares	3	15. Narón	24
5. Cabanas	2	16. Neda	4
6. Capela	1	17. Ortigueira	7
7. Cariño	4	18. Pontedeume	7
8. Cederia	6	19. Pontes de García Rodríguez	8
9. Cerdido	1	20. San Saturniño	2
10. Fene	10	21. Somozas	1
11. Mañón	1	22. Valdoviño	4
TOTAL DE PROFESIONALES DE .ENFERMERÍA			141

Fuente: Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Memoria 2014²⁶.

El total de la muestra obtenida se dará en función de si los profesionales de enfermería cumplen con los criterios de inclusión, exclusión y retirada.

Criterios de inclusión:

-Profesionales de enfermería AP que estén trabajando en el momento del estudio en los centros de salud de la XXIF.

-Participación de manera voluntaria y comprometida por parte de los participantes al leer, entender y resolver todas las dudas de la hoja de información al participante sobre el estudio a realizar.

○ Criterios de exclusión:

-Profesional sanitarios no enfermero o de atención especializada de AP de la XXIF.

○ Criterios de retirada:

-Aquel profesional que tome la libre decisión de no seguir participando en el estudio, sea cual sea el momento, sin penalización alguna por ello.

Cálculo de la muestra:

Teniendo como población diana a 141 profesionales de enfermería que trabajan en los centros de AP de la XXIF, es necesario calcular el tamaño mínimo necesario de la muestra para que nuestro estudio tenga una seguridad del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%.

Para ello se hará uso de la fórmula del tamaño muestral^{27,28}:

Sabiendo que^{27,28}:

- N=Total de la población
- $Z_{\alpha}^2=1.96^2$ (seguridad del 95 %)
- p=proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q= 1-p (en este caso 1-0.05= 0.95)
- d= precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Como resultado obtenido, serán necesarios 83 enfermeros de AP que participen en el estudio.

Todo estudio debe estimar las posibles pérdidas de los participante^{27,28} por lo que se calculará el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas.

Fórmula de muestra ajustada a las pérdidas= $n / (1 - R)$

- n= número de sujetos sin pérdidas
- R= proporción esperada de pérdidas

Al tener en cuenta la proporción esperada de pérdidas del 15% se obtiene como muestra ajustada a la misma un total de 98 profesionales de enfermería^{27,28}.

7.5. HERRAMIENTAS O TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Como herramienta cabe destacar la utilización del cuestionario pre y post intervención del módulo formativo, tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

Se ha utilizado el cuestionario del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹ con una adaptación a las características de nuestra muestra. Ese cuestionario es la parte evaluativa de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida.

Se facilitará el cuestionario a los participantes por vía on-line, es decir, se permitirá el acceso de los participantes a la Plataforma Google Aplicación Forms de igual modo que para acceder al módulo de formación.

7.6. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Antes de iniciar el estudio, se solicitará autorización al Comité Ético de Investigación de Galicia y al director de la XXIF para poder llevar a cabo la investigación.

Una vez obtenida dicha autorización, la primera fase del estudio consistirá en la captación de los profesionales de enfermería de AP de la XXIF. Para ello, será necesario ponerse en contacto con el coordinador de enfermería

de cada uno de los 22 centros de salud vía teléfono móvil o correo electrónico (anexo VII). Con respecto a este último, se adjuntará la autorización del Comité de Ética junto con la información más relevante y necesaria del estudio, el perfil de la población a estudiar y nuestros datos personales para poder contactar con nosotros y resolver todas las dudas que surjan sobre el estudio. Además, se adjuntará la hoja de información al participante del estudio de investigación (anexo VIII), y la hoja de compromiso del investigados (IX) para que cada coordinador de enfermería se la facilite a los enfermeros de su respectivo centro de salud y así dichos profesionales puedan obtener de igual modo, toda la información respecto del estudio junto con nuestros datos personales, para resolver todos sus interrogantes.

Además, se facilitará el acceso a la aplicación Google para cuestionarios on-line, al cumplir con todos los requisitos de confidencialidad y seguridad, para contestar bajo el anonimato al cuestionario a todos los enfermeros de AP que decidan libremente y de manera voluntaria participar en el mismo. Tiene por objetivo la evaluación pre para valorar sus conocimientos, capacidades y estrategias de detección y prevención del riesgo de conductas suicidas en el inicio del estudio. Dicho cuestionario consta de 14 preguntas sobre la evaluación y tratamiento de la conducta suicida y 3 preguntas sobre los aspectos preventivos.

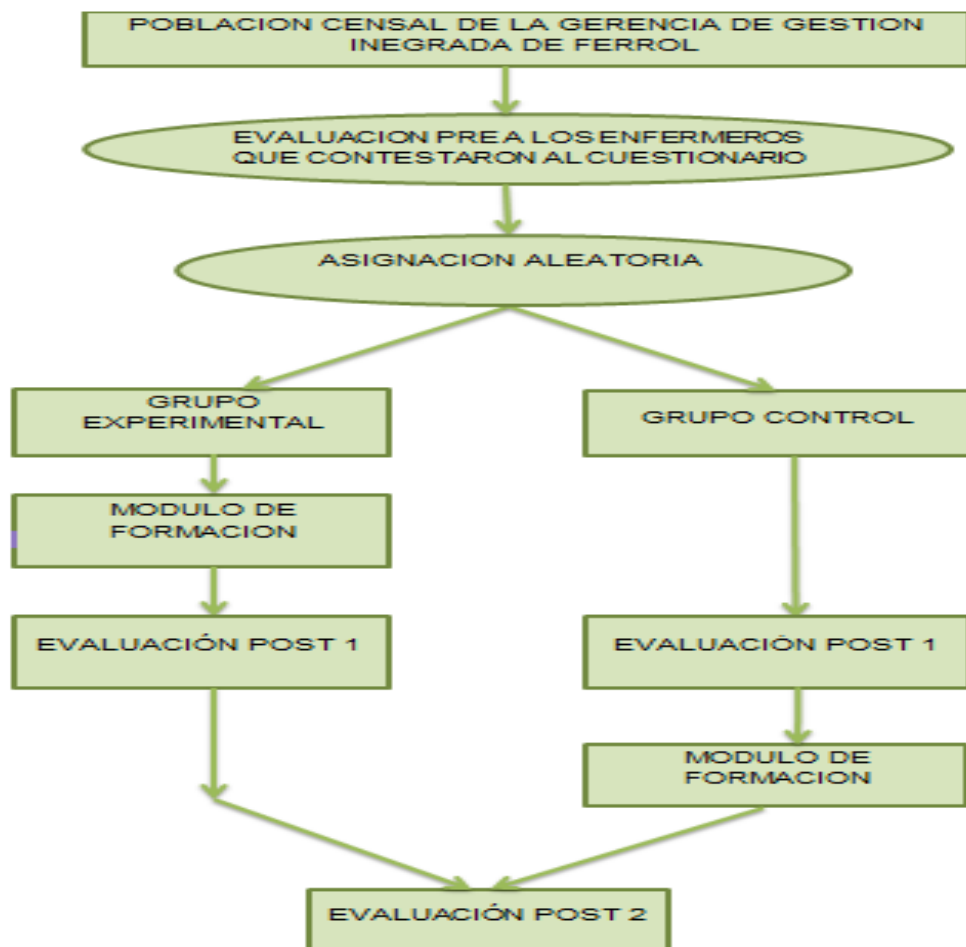
El cuestionario es de tipo censal, va dirigido a toda la población objetivo de estudio (el total de profesionales de enfermería de Atención Primaria que hayan contestado el cuestionario), y a partir de ahí se asignarán de manera aleatoria los integrantes de dos grupos, un grupo experimental y el otro grupo control.

En la siguiente fase, tendrá lugar la formación sólo del grupo experimental y para ello se accederá al módulo formativo que será colgado en la plataforma Google Aplicación Forms en la que se facilitó el acceso al cuestionario inicial. Tras la formación, se realizará una evaluación post 1 mediante el cuestionario inicial para ambos grupos, experimental y

control, de la que se espera mayor conocimiento por el grupo experimental al compararlos sus resultados pre y post formación.

En la tercera fase, se seguirán los mismos pasos que en la segunda parte, pero esta vez centrándose en el grupo control. Se facilitará el curso formativo a dicho grupo y se realizará una evaluación post 2 con el cuestionario inicial para ambos grupos. Se comparará el efecto estudiado, la variable dependiente en ambos grupos y se espera que el conocimiento, capacidad y estrategia de la mayor parte de los enfermeros para detectar y prevenir el riesgo de suicidio se vean aumentados tras recibir el modelo de formación y por último, se facilitará el cuestionario final (anexo X) para valorar si les ha sido útil el módulo formativo.

FIGURA 2: Plan del proyecto de investigación.



7.7. VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Independiente: Módulo de formación (anexo III).
2. Dependiente: Determinar el nivel de conocimiento, la capacidad y las estrategias de detección y prevención de los profesionales de enfermería de AP de la XXIF en riesgo de conductas suicidas.
-Se evaluará esta medida en dos situaciones, evaluación pre y post (1 y 2) del grupo control y experimental tras la obtención del módulo formativo en ambos grupos.

Instrumentos de medida:

1. Se hará uso de un cuestionario del SNS adaptado a las características de nuestra muestra de estudio. Este cuestionario se encuentra en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida¹.(anexo VI).

7.8. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se hará uso del programa estadístico informático conocido como Statistical Package for the Social Science (SPSS), debido a que permite analizar variables de datos experimentales, como el de este estudio.

De entre las tareas informáticas a realizar destacamos:

1. Codificación de variables^{25,28}: Las preguntas cerradas tendrán asignados valores consecutivos, es decir, a la respuesta “no” se le dará una puntuación de 1 y a la respuesta “sí” una puntuación de 2, mientras que, a las preguntas abiertas serán analizadas estableciendo valores exhaustivos y excluyentes, cuantificando globalmente cada respuesta en una escala de 0 a 5.

2. Análisis de las variables objeto de estudio: se realizará en primer lugar el análisis de cálculos estadísticos descriptivos (media, moda, y desviación típica) y la estimación de intervalos de confianza del 95% y 99%^{25,28}.
3. Analizar el impacto de la intervención: inicialmente se contrastará la hipótesis de normalidad de la población a estudiar, es decir, si los datos obtenidos se mantienen dentro de la distribución normal o no. De darse el primer caso, se usará la prueba t ^{25,28} para comparar las variables (diferencia de los resultados pre y post intervención) entre los dos grupos del estudio, el experimental y el control. Además permite detectar si hay diferencias relevantes entre las distintas áreas de interés. Por lo contrario, si la distribución no fuese normal se haría uso de una prueba no paramétrica (la prueba de contraste de Wilcoxon). Como el grupo de control también es sometido a intervención en una segunda fase, un análisis de varianza (prueba F)^{25,28} nos permitirá también estimar si hay diferencias significativas entre grupos (control versus experimental) e intra grupos (pre versus post intervención). En todos los test de significación estadística se aplicará un cálculo del tamaño del efecto^{25,28}.
4. Por último, se representarán los datos con tablas, diagramas de barras o sectores^{25,28}.

7.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A la hora de llevar a cabo esta investigación se tendrán en cuenta las limitaciones que se puedan presentar.

El tiempo que se tarde en adquirir los permisos necesarios para poder realizar el estudio al igual que el tiempo que tardes los participantes en responder a los cuestionarios y al módulo formativo.

Por otro lado, para que el estudio sea preciso se necesitará una muestra mínima necesaria, la cual puede verse alterada por la poca participación por parte de los profesionales de enfermería. De darse esta situación, se tendrán en cuenta dos medidas alternativas:

-Acudir a cada centro de salud de la XXIF para presentar de forma personal a cada coordinador de enfermería de cada centro de salud y a sus respectivos enfermeros, la investigación a estudiar, sus objetivos , resolver todas las dudas sobre el mismo y proporcionar el acceso vía on-line del cuestionario inicial a todos aquellos que decidan participar de manera voluntaria.

-Si pese a lo anterior no se alcanzase la muestra mínima necesaria, finalmente se valoraría la posibilidad de ampliar el acceso del cuestionario inicial vía on-line a los profesionales de enfermería de AP de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña.

Otro aspecto a tener en cuenta, será que los profesionales no sepan cómo manejar la Plataforma Google Aplicación Forms vía on-line, para contestar a los cuestionarios y acceder al módulo formativo. De ser necesario, se explicará el funcionamiento del mismo, vía correo electrónico de manera individual a cada uno de los participantes y a mayores se contactará con el coordinador de enfermería de cada centro de salud para así poder solventar todas las dudas, tanto individuales o grupales, que surjan al respecto.

Si con todas estas medidas, los participantes no se muestran muy seguros al participar por vía on-line, como última alternativa se plantearía realizar el estudio de forma presencial, es decir, los cuestionarios y módulo formativo se llevarían a cabo en una sala facilitada por cuatro centros de salud seleccionados de manera que el acceso a ellos sea el más fácil y cercano para los participantes y así establecerlos como puntos de reunión.

8. PLAN DE TRABAJO

A continuación, en la tabla 8 se puede observar las actividades que se realizarán en la investigación según el período de tiempo necesario. Este último puede verse modificado por las limitaciones explicadas en apartado anterior.

Tabla 10: Planificación temporal de la investigación

DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES		PLANIFICACIÓN POR MESES						
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Búsqueda bibliográfica		■	■	■	■	■	■	■
AUTORIZACIONES	COMITÉ DE ÉTICA	■	■					
	CENTROS DE SALUD DE LA GGIF	■	■					
Captación de los participantes			■	■				
Evaluación pre				■				
Formación Grupo Experimental	Módulo formativo: 2 primeras semanas del mes			■				
Evaluación post 1: 2 últimas semanas del mes				■				
Formación Grupo Control	Módulo formativo: 2 primeras semanas del mes				■			
Evaluación post 2: 2 últimas semanas del mes					■			
Análisis de datos: 3 primeras semanas del mes						■		
Resultados: última semana del mes						■		
Difusión							■	■

9. ASPECTOS ÉTICOS

A la hora de llevar a cabo este proyecto de investigación en las ciencias de la salud para obtener los conocimientos necesarios en cuanto al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades humanas, debe garantizarse el cumplimiento de determinados aspectos éticos y legales que estén vigentes en la Ley 14/2007 de investigación biomédica. En ella, los derechos de las personas que participan de manera voluntaria en la investigación se encuentran protegidos. Además, se tendrá en cuenta el Código de Núremberg (1947) que establece el código Internacional de ética médica para experimentar con los humanos.

El estudio se realizará bajo el marco ético de la Declaración de Helsinki (1964), Convenio de Oviedo (1997) y el Informe de Belmont (1978), asegurando el respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia, es decir, los cuatro principios básicos de la bioética.

Los profesionales de enfermería que participen en el estudio deberán ser informados sobre todos los aspectos de la investigación (tipo de estudio y objetivos) garantizando el cumplimiento de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. Sus datos personales serán protegidos bajo el anonimato durante la investigación y posterior presentación de los resultados obtenidos, asegurando el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre y el Real Decreto de 1720/2007 del 21 de diciembre que regula su reglamento de desarrollo. No recibirán remuneración alguna por su participación y podrán abandonar el estudio en cualquier momento que lo consideren oportuno sin ningún tipo de penalización.

Como estrategia a llevar a cabo se solicitará permiso al Comité Autonómico de Ética de Investigación Clínica de Galicia (CAEICG) y a la Dirección de Procesos de Soporte de la XXIF. La investigadora, a

mayores, solicitará las bolsas para los estudios de investigación a la Deputación Provincial da Coruña convocadas por año y posible financiación a la Fundación Profesor Novoa Santos y al Instituto de Salud Carlos III.

10. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez realizada la investigación en el área de las ciencias de la salud, es importante la difusión de los resultados obtenidos en el ámbito científico, intentando llegar al mayor número de profesionales de enfermería, gestores sanitarios y también psicólogos por trabajar de forma multidisciplinar con los profesionales de enfermería.

Para ello, se tendrá en cuenta el factor de impacto de las revistas de enfermería por ser un instrumento que proporciona información relevante sobre qué revista tiene mayor importancia al compararla con otras que estén dentro de su mismo campo científico. Destacan el Journal Citations Reports (JCR)³⁰ y el de SCImago Journal Rank (SJR)³¹ como principales factores de impacto a nivel internacional y el Repercusión Inmediata Cuiden (RIC)³² a nivel nacional.

En la siguiente tabla se presentan cinco revistas internacionales y dos nacionales ajustadas al tema a tratar, donde se espera difundir el estudio, adaptando en todo momento la redacción del estudio en función de los requisitos de las mismas.

Tabla 11: Revistas internacionales y nacionales según factor de impacto.

NIVEL INTERNACIONAL		Factor de Impacto 2014	
Nombre de la revista	JCR	SJR	
World Psychiatry	14.225	2.875	
International Journal of Mental Health Nursing	1.950	1.030	
JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH	3.957	-	
Journal of Burn Care & Research	1.425	-	
Journal of the Psychiatric and Mental Health Nursing	-	0.482	
NIVEL NACIONAL		Factor de impacto 2014	
Nombre de la revista	JCR	SJR	
Index de Enfermería	1.9268		
Enfermería Intensiva	0.5758		
Metas de enfermería	0.3847		
Nure investigación de enfermería	0.2955		

También se tendrán en cuenta los siguientes congresos nacionales e internacionales:

- Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental: se celebra anualmente y en este año (2016) fue celebrado en Cádiz entre el 16-18 de marzo del 2016 el XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental sin fecha fijada hasta entonces para el 2017.
- XIX Congreso Nacional de Psiquiatría que tendrá lugar en Palma de Mallorca entre el 27-29 de octubre de 2016. Precio de inscripción
- 18º Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Psiquiatría Dinámica (WADP) “Los procesos creativos en la psicoterapia y la

psiquiatría”. Tendrá lugar del 18 al 22 de abril de 2017 en Florencia.

- 17ª edición del Congreso de la sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría ESDAP 2017 en Francia.

Además de todos los medios mencionados anteriormente para difundir los nuevos conocimientos de la investigación, hay que destacar que España cuenta con numerosas asociaciones centradas en el tema a tratar: Asociación Nacional Española de Enfermeras de Salud Mental, la Asociación Galega de Saúde mental, Asociación de enfermeras especialistas de salud mental de Aragón y la Asociación de enfermería de la salud mental de Asturias.

11. FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

11.1 RECURSOS NECESARIOS

A continuación se presentará la estimación de los gastos del estudio vía on-line.

Tabla 12: Análisis de gastos vía on-line.

CONCEPTO (A)	COSTE POR UNIDAD (€)	COSTE TOTAL (€)
Recursos Humanos		
Contratación de un técnico de diseño de materiales on-line para el cuestionario y también para el módulo formativo.	3000 €	3000€
Colaboración por cada coordinado de enfermería de cada uno de los 22 centros de salud.	0€	0€
Participación por los profesionales de enfermería de AP	0€	0€
Recursos materiales		
Bolígrafos marca bic: 3 rojos y 3 azules	0,40€	2,40€
2 cuadernos para anotaciones	1,20€	2,40€

1 ordenador de gama media	400€	400€
7 meses de internet	40/mes€	280€
7 meses de teléfono móvil	15/mes€	105€
Inscripción a congresos		
Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.	1	786.50€
XIX Congreso Nacional de Psiquiatría que tendrá lugar en Palma de Mallorca.	1	350€
18º Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Psiquiatría Dinámica (WADP) “Los procesos creativos en la psicoterapia y la psiquiatría.	1	75€
17ª edición del Congreso de la sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría ESDAP	1	525.3€
Total de gastos		5251.3€

De ser necesario realizar el estudio en los cuatro centros de salud seleccionados de manera que se sitúen lo más próximo posible a la mayoría de los participantes se estima un gasto total de (ver tabla 13):

Tabla 13: Análisis de gastos posibles de realizar el estudio de forma física.

CONCEPTO (B)	COSTE
Transporte	400€
3 Paquetes de folios de 500 páginas	12€
430 sobres blancos de carta	6€
Impresora láser	170€
150 Botellines de agua para los participantes durante el módulo formativo.	30€
Sala para hacer los cuestionarios y el módulo formativo de 4 centros de salud de la GGIF	0€
Total de gastos concepto (B)	614€
Total gastos: concepto (A) + concepto (B)	5869.3€

11.2 POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN

El realizar un estudio de investigación implica la inversión de altos costes económicos y es por ello que se solicitarán ayudas financieras a distintos niveles (autonómico, nacional y europeo) para costear dichos costes.

- Ámbito Autonómico:
 - Diputación provincial de A Coruña que concede todos los años cuatro bolsas destinadas a los titulados universitarios que pretenden realizar un trabajo de investigación en el área de ciencias de la salud, con una duración mínima de nueve meses. El presupuesto de cada bolsa es de 8.000 euros cada una.
 - Fundación Profesor Novoa Santos del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol que proporciona ayudas a los profesionales sanitarios que estén trabajando en el servicio Gallego de Salud (SERGAS) facilitando que sus investigaciones sanitarias se pueda llevar a cabo.
 - Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña que proporciona remuneraciones económicas a sus colegiados una vez que concluyen el estudio de investigación, para la presentación de sus póster, ponencias o comunicaciones.

- Ámbito Nacional:
 - Convocatorias y ayudas a través del programa de Acción Estratégica en salud del Instituto de Salud Carlos III.

- Ámbito Europeo:
 - Programa Marco de Investigación e Innovación (2014-2020).
 - Tercer programa de acción de la Unión Europea en el ámbito de la salud (2014-2020). Tiene como presupuesto total del programa 449.394.000 euros.

12. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a Valentín Escudero, mi tutor, su buena disponibilidad a la hora de solventar mis dudas, calmar mis nervios y por la paciencia que ha tenido conmigo durante la realización de este proyecto de fin de grado.

Por otro lado, agradecerle a Alba González Duarte por hacerme compañía durante tantas horas durante la realización de este proyecto, sin duda alguna, fue clave a la hora de aminorar mis nervios en multitud de ocasiones.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. 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. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
2. Gómez Pardiñas GM. Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General Intentos de Suicidio y Factores Relacionados (1997-2007) [tesis doctoral]. A Coruña: Registro único de Contribuyentes, Universidade da Coruña; 2013.
3. Sánchez de Rosendo EO. Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio [Trabajo de fin de grado]. A Coruña: Registro Único de Contribuyentes, Universidade da Coruña; 2014.
4. Gobierno de Navarra. Prevención y actuación ante CONDUCTAS SUICIDAS: Protocolo de colaboración interinstitucional. Navarra: Comunidad de Navarra; 2014.
5. Fernandez Bearan A. PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA. Navarra [Trabajo de fin de grado]: Académica-e, Universidad Pública de Navarra; 2014.
6. Ministerio de Salud. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: Orientaciones para su implementación: MINSAL, 2013.
7. Prevención del suicidio, un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.

8. Organización Mundial de la Salud [Internet] .Centro de prensa: Notas descriptivas; [abril de 2016; acceso 3 mayo de 2016]. Suicidio [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
9. Eurostat Statistics Explained [Internet]. Unión Europea: Eurostat; [mayo de 2016; acceso mayo de 2016]. Las causas de la estadística de muerte [aproximadamente 10 pantallas]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics
10. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [nota de prensa] 2014 [consultado abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
11. Instituto Galego de Estadística [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 1988 [2013; abril de 2016] Defuncións segundo á causa por sexo e grupos de idade [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp?COD=1944&paxina=001&c=0202001>
12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 [acceso 25 de febrero de 2016]. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [20 páginas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf?ua=1
13. Bono V, Amendola CL. Primary care assessment of patients at risk for suicide. *J Am Acad Phys Assist* 2015;28(12):35-39.
14. Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC, et al. Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected? *J Affect Disord* 2015; 170:150-154.

15. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014.
- 16.. Jiménez Nuño J, Arrufat Nebot FX, Carrera Goula R, Gay Pastor M. Participation of Legal Medicine Institutes in suicide prevention programs: The case of Osona (Barcelona). *Rev Esp Med Leg* 2012;38(4):131-136.
17. LeFevre M. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014; 160(10):719-726.
18. Sáiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014;7(1):1-4.
19. Riihimaki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsa E, Riihimäki K, et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychol Med* 2014;44(2):291-302.
20. Triñanes Y, Senra Rivera C, Seoane Pesqueira G, González García A, Alvarez Ariza M, Heras Liñero ,E.de la, et al. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. *Revista de Calidad Asistencial* 2014;29(1):36-42.
21. Fiske A FAU - Bamonti, Patricia,M., FAU BP, FAU NM, FAU PR, Sperry JA. Control strategies and suicidal ideation in older primary care patients with functional limitations. *International journal of psychiatry in medicine* JID - 0365646 0506.
22. Chock MM, Bommersbach TJ, Geske JL, Bostwick JM. Patterns of Health Care Usage in the Year Before Suicide: A Population-Based Case-Control Study. *Mayo Clin Proc* 2016/04; 90(11):1475-1481.

23. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014 06;29(6):870-877.
24. O'Connor E, FAU GB, FAU BB, Soh C FAU - Whitlock, Evelyn,P., Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine* JID - 0372351 0729.
25. Grove SK, Gray JR, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2016.
26. Xunta de Galicia. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, Memoria 2014. Memoria. Ferrol. SERGAS, 2014. 342 p.
27. Fisterra. Com, Atención Primaria en la Red [Internet]. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Fisterra.com; 1996 [actualizado el 1 de diciembre de 2010; acceso 14 de mayo de 2016]. Determinación del tamaño muestral [aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
28. García GarcíaJA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud, 2ª ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
29. Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MA, Osorio Suárez R, Palomo T. Suicidio, asistencia clínica: Guía práctica de psiquiatría médica, 1ª ed. España: Ediciones Díaz de Santos S.A; 2004.
30. ISI Web of Knowledge. Journal Citation Reports. 2014; Available at: <http://adminapps.webofknowledge.com/accedys.udc.es/JCR/JCR?wsid=P1USei6WudDQFq5UMUx&ssid=GmRMGEbmLIciwn8wVx2B6OsbndQoLF0PuV18x2d7tDANx2Bn4NSEVa0lgrsEC0Qx3Dx3DbhYQNraCDJLaU7Tw6>

[jLLWgx3Dx3D9vvmzcn dpRgQCGPd1c2qPQx3Dx3Dwx2BJQh9GKVmtdJw3700KssQx3Dx3D&SID=P1USei6WudDQFq5UMUx&refineString=null&SID=P1USei6WudDQFq5UMUx&timeSpan=null](http://www.scimagojr.com/journalrank.php?area=2900&category=2921&country=all&year=2014&order=sjr&min=0&min_type=cd). Accessed 04/12, 2016.

31. Scimago Journal & Country Rank. SJR, 2014; Available at: http://www.scimagojr.com/journalrank.php?area=2900&category=2921&country=all&year=2014&order=sjr&min=0&min_type=cd. Accessed 25/05/2016.

32. Ciberindex. Ranking Cuiden Citation, 2014: Available at: http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php. Accessed 25/05/2016.

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la conducta suicida de Silverman et al.

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

Fuente: Guías de práctica clínica en el SNS^{1,2,3,5.}

Tabla 2: Clasificación de los factores de riesgo del suicidio.

1. Factores Sociodemográficos
<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Sexo -Lugar de residencia -Estado civil -Religión -Origen étnico -Nivel socioeconómico -Situación Ocupacional
2. Factores Biopsicosociales
<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos mentales -Intentos de suicidio previos -Antecedentes familiares de suicidio -Rasgos de personalidad -Historia de trauma o abuso -Algunas enfermedades físicas importantes -Desesperanza
3. Factores Ambientales
<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad económica -Pactos suicidas -Disponibilidad y fácil acceso a medios letales -Falta de apoyo social y sensación de aislamiento -Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental -Creencias culturales -Los medios de comunicación.

Fuente: Programa Nacional de prevención del suicidio^{6.}

Tabla 5: Recomendaciones de cómo y cuándo y qué preguntar sobre conductas suicidas.

¿CÓMO PREGUNTAR?
1. ¿Se siente triste? 2. ¿Siente que nadie se preocupa de usted? 3. ¿Siente que la vida no tiene sentido? 4. ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?
¿CUÁNDO PREGUNTAR?
5. Cuando la persona se siente comprendida 6. Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos 7. Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia
¿QUÉ PREGUNTAR?
8. Para indagar si la persona tiene un plan definido para cometer suicidio. <ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha hecho planes para terminar con su vida? - ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo? 9. Para indagar si la persona cuenta con los medios (método): <ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene píldoras, revólver, insecticida y otros medios? - ¿Están a su entera disposición? 10. Para indagar si la persona se ha fijado un plazo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida? - ¿Cuándo planea hacerlo?

Fuente: Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud¹².

Tabla 6: Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conductas suicidas.

Datos personales		
-Sexo	-País de origen	-Estado civil
-Edad	-Grupo étnico	-Ocupación
Factores de riesgo		Factores protectores
-Presencia de trastornos mentales -Intentos previos de suicidio -Desesperanza -Presencia de ideación suicida -Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad		-Habilidades de resolución de problemas -Confianza en uno mismo -Habilidades sociales -Flexibilidad cognitiva -Hijos

<ul style="list-style-type: none"> -Historia familiar de suicidio -Presencia de eventos vitales estresantes -Factores sociales y ambientales -Antecedentes de suicidio en el entorno 	<ul style="list-style-type: none"> -Calidad del apoyo familiar y social -Integración social -Religión, espiritualidad o valores positivos -Adopción de valores culturales y tradicionales -Tratamiento integral de la enfermedad física/mental
Características de la ideación suicida	Características del intento de suicidio
<ul style="list-style-type: none"> -Planificación -Evolución -Frecuencia -Valoración de la intencionalidad y determinación 	<ul style="list-style-type: none"> -Desencadenantes -Valoración de la integridad -Letalidad de la conducta -Método <ul style="list-style-type: none"> -Intoxicación medicamentosa -Intoxicación por otro producto químico -Daño físico -Actitud ante la conducta suicida actual -Medidas de evitación de rescate -Despedida en los días previos
Evaluación clínica	Tipo de conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"> -Alteración del nivel de conciencia -Afectación de la capacidad mental -Intoxicación por alcohol y otras drogas -Enfermedades mentales -Estado de ánimo -Planes de suicidio -Capacidad de otorgar un consentimiento informado -Necesidad de valoración por parte de especialista 	<ul style="list-style-type: none"> -Ideación suicida -Comunicación suicida -Conducta suicida

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida¹.

Tabla 7: Manejo del paciente según el nivel de riesgo

Riesgo bajo: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable la persona de pérdidas, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión. • Reforzar su capacidad de resolver problemas anteriores • Derivar a la persona a un médico o a un profesional de Salud Mental • Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto
Riesgo medio: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Fortalecer gradualmente el deseo de vivir • Explorar alternativas al suicidio • Pactar que no se va a cometer suicidio • Remitir a la persona a un psiquiatra y concertar una cita pronto. • Conseguir apoyo por parte de la familia, amigos y compañeros.
Riesgo alto: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo y planea hacerlo inmediatamente.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Permanezca con la persona. Nunca la deje sola. • Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio. • Haga un contrato de no suicidio • Ponga en marcha la derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.

Fuente: Guía de Práctica Clínica¹.

ANEXO I: ESCALAS DE EVALUACIÓN

Fuente: Todo el apartado viene de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida del SNS¹.

ESCALAS AUTOAPLICADAS.

1. Escala de la desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)¹

	V	F
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 lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

-Con esta escala se mide el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato o a largo plazo¹.

-Consta de 20 preguntas de verdadero o falso, teniendo como puntuación 1 ó 0 respectivamente. Una puntuación de 9 o mayor indica de riesgo de suicidio¹.

-Existe una traducción al castellano no validada en España¹.

2) Escala de depresión de Beck (ítem sobre conducta suicida)¹

No tengo pensamientos de hacerme daño	1
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	2
Me gustaría quitarme la vida	3
Me mataría si pudiera	4

Podría ser útil para monitorizar las fluctuaciones de la ideación suicida o como instrumento de cribado para valorar si es necesario realizar una evaluación más exhaustiva durante el tratamiento¹.

Si se alcanza una puntuación de 2 o mayor presentan un riesgo de 6.9 superior a los pacientes que tuvieron menor puntuación¹.

ESCALAS HETEROAPLICADAS¹.

1) Escala de ideación suicida de Beck (Scale for suicide ideation, SSI)

Es utilizada en la entrevista semiestructurada por cuantificar y evaluar el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente¹.

Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados¹:

1. Actitud ante la vida/muerte
2. Características de la ideación suicida
3. Características de la tentativa
4. Preparativos realizados.

2) Escala de la intencionalidad suicida (Suicide Intent Scal, SIS)¹

Está indicada tras un intento de suicidio y valora los aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio¹.

Consta de 15 ítems, donde según la intensidad, cada ítem se valora en una escala de 0 a 2, oscilando la puntuación total entre 0 y 30¹.

FASES
Primera → Se refiere a las circunstancias objetivas que rodean al intento al intento de suicidio (ítem 1-8): <ul style="list-style-type: none"> • Grado de preparación del intento • Contexto • Precauciones contra el descubrimiento/intervención, etc.
Segunda → Autoinformada y cubre (ítem 9-15): <ul style="list-style-type: none"> • Percepciones sobre la letalidad del método • Expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención.

3) Escala de valoración de la depresión de Halmiton (ítem sobre conducta suicida) (Halmiton Rating Scale for Depression, HRSD)¹

Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

-Está diseñada para valorar cómo de graves son los síntomas depresivos y además sirve para predecir de forma adecuada la conducta suicida¹.

-Aquellas personas que tengan una puntuación de 2 o mayor en el ítem que valora la ausencia o presencia de ideación suicida, tienen un riesgo mayor de suicidio de un 4.9 veces que aquellos con puntuaciones inferiores¹.

-Está validada en castellano¹.

4) Escala SAD PERSONS¹

	SI	NO
S: sexo masculino		
A: Edad (Age) <20 o >45 años		
D: Depresión		
P: Tentativa suicida previa		
E: Abuso de alcohol		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)		
S: Carencia de apoyo social		
O: Plan organizado de suicidio		
N: No pareja o cónyuge		
S: Enfermedad somática		
Puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación <2 → Bajo riesgo de suicidio • Puntuación 3-4 → Riesgo moderado • Puntuación 7-10 → Riesgo muy alto 		

-Está formada por 10 ítems y cada uno de ellos hace referencia a un factor de riesgo de suicidio, valorando la ausencia o presencia de cada uno. No está validada en España pero, se recomienda por su facilidad de aplicación¹.

5) IS PATH WARM¹


Ideation	Presencia de ideación suicida
Substance abuse	Abuso de alcohol u otras drogas
Purposelessness	Pérdida de propósitos en la vida
Anger	Expresión de agresividad incontrolada

Trapped	Sentimientos de que no existe otra salida
Hopelessness	Desesperanza
Withdrawing	Reducción del contacto con familiares y amigos
Anxiety	Ansiedad, agitación o trastornos del sueño
Recklessness	Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias
Mood	Cambios en el estado de ánimo

-Los factores de riesgo que valora suelen estar presentes en los meses previos al intento de suicidio, por lo que a pesar de no contar con puntuaciones orientativas asociadas, puede ser útil para valorar el riesgo inmediato de una posible conducta suicida¹.

-No está validada en España pero, se recomienda por su facilidad de aplicación¹.

ANEXO II: MÓDULO FORMATIVO



MÓDULO DE FORMACIÓN EN DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA PARA LOS ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

1

OBJETIVOS

→ Saber identificar y conocer:

- > Marco conceptual del suicidio
- > Epidemiología:
 1. Suicidio consumado
 2. Intento de suicidio
- > Los principales factores que intervienen en la conducta suicida:
 1. Factores de riesgo suicida
 2. Factores predictores
 3. Factores protectores
- > Prevención del suicidio
 1. Estrategias preventivas
 2. Medidas preventivas
- > Evaluación y abordaje del riesgo suicida
 1. Instrumentos de evaluación
 - Entrevista clínica
 - Escalas de valoración
- > Manejo del paciente potencialmente suicida
 1. Riesgo bajo
 2. Riesgo medio
 3. Riesgo alto

2

> MARCO CONCEPTUAL DEL SUICIDO

> En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió:

1. **Suicidio:** *“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”.*
2. **Parasuicidio:** *“un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.*

> Hoy en día el suicidio se considera dinámico:

- Punto de partida: Ideación → Idea de muerte como descanso
Deseos de muerte
Ideación suicida
- Punto final: conducta humana → Amenazas, gestos, tentativas,
Suicidio, consumado

3

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA PROPUESTA POR SILVERMAN ET AL.

> **Ideación suicida:** *“pensamiento sobre el suicidio (cogniciones)”*

> **Comunicación suicida:** *“acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida”*

- La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida.
- En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida”.
 1. **Amenaza suicida:** *“acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano”.*
 2. **Plan suicida:** *“es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial”.*

4

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA PROPUESTA POR SILVERMAN ET AL.

> **Conducta suicida:** "conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que":

- "La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad".
- "La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida"

Se considera conducta suicida:

- Autolesión/ gesto suicida:** "conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada)".
- Conducta suicida no determinada:** "conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad)".

5

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA PROPUESTA POR SILVERMAN ET AL.

- Intento de suicidio:** "conducta potencialmente lesiva, autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método".
- Suicidio:** "muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte".



6

EPIDEMIOLOGÍA (SUICIDIO CONSUMADO)

> **Suicidio consumado:** Las estadísticas obtenidas de muertes por suicidio consumado distan mucho de la realidad, probablemente por su subnotificación debido a:

- Infradiagnóstico a causa de las limitaciones técnicas:** las muertes por suicidio no son registradas como tal en los certificados de defunción y a mayores, el registro del certificado de defunción dista mucho de unos países a otros.
- Infraestimación:**
 - Valores sociales: Grado de aceptación o rechazo a nivel social del suicidio.
 - Valores culturales: al no clasificar en el lugar que le corresponde el suicidio, debido a que en muchos países el comportamiento suicidio está penalizado.

Pese a lo anteriormente mencionado la OMS confirma:

- Más de 800.000 personas se suicidan por año.
- El suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 y 29 años.
- Los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo son:
 - Ingestión de plaguicidas
 - Ahorcamiento
 - Armas de fuego

7

EPIDEMIOLOGÍA (SUICIDIO CONSUMADO)

Europa:

- según la Oficina Europea de Estadística, más conocida como **Eurostat**, en 2012 se registró un 11,9 de muertes por 100,000 habitantes debido al suicidio.
- Los países con menor tasa de suicidio son Chipre y Grecia, seguidos de Malta, Italia, Reino Unido y España.

España:

- Consta del Instituto Nacional de Estadística (**INE**) que permite obtener las estadísticas de defunciones según la causa de muerte, teniendo como epígrafe 098 "suicidios y lesiones autoinfligidas".
- Los últimos datos actualizados son del año 2014 en el que se produjeron 395,830 defunciones de las cuales 3,910 fallecimientos fueron causados por el suicidio, superando a los accidentes de tráfico. Se observa una clara diferencia por sexos, siendo mayor en los hombre que en las mujeres.

Galicia:

- Según los últimos datos actualizados del **INE** en el año 2014, se produjeron un total de 371 muertes por suicidio superando también a los accidentes.
- En Ferrol, se produjo un total de 134 muertes por suicidio, siendo mayor el índice en los hombres que en las mujeres, 95 y 39 suicidios consumados respectivamente.

8

EPIDEMIOLOGÍA (INTENTO DE SUICIDIO)

> **Intentos de suicidio:** No son registrados bajo estadísticas oficiales al no haber un procedimiento establecido para hacer sus notificaciones.

- Son más difíciles de estudiar, debido a que por cada suicidio consumado se produce aproximadamente entre 10 y 20 intentos de suicidio.
- Fuentes de información:
 - Registros de urgencias hospitalarias
 - Encuestas de salud general
 - Estudios epidemiológicos
- Se estima que aproximadamente un 75% de la totalidad de intentos de suicidio que se llevan a cabo por la población, no precisan ayuda sanitaria, por lo que, no se contabilizan al no saber de su existencia.
- Es muy difícil obtener tasas de suicidio exactas y precisas sobre los intentos de suicidio y es por ello, que la OMS recomienda hacer uso exclusivo de los suicidios consumados por franjas de edad, dejando a un lado los intentos de suicidio para obtener las tasas de muerte por suicidio.

9

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- | | |
|----------------------|------------------------|
| -Edad | -Religión |
| -Sexo | -Origen étnico |
| -Lugar de residencia | -Nivel socioeconómico |
| -Estado civil | -Situación Ocupacional |

2. FACTORES BIOPSIOSOCIALES

- Trastornos mentales
- Intentos de suicidio previos
- Antecedentes familiares de suicidio
- Rasgos de personalidad
- Historia de trauma o abuso
- Algunas enfermedades físicas importantes
- Desesperanza

3. FACTORES AMBIENTALES

- Dificultad económica
- Pactos suicidas
- Disponibilidad y fácil acceso a medios letales
- Falta de apoyo social y sensación de aislamiento
- Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental
- Creencias culturales
- Los medios de comunicación.

10

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

1. Factores sociodemográficos:

Edad:

- Las tasas de suicidio o de intento de suicidio más elevadas se encuentran entre la población de edad avanzada.
- En los últimos 50 años se han visto aumentada en la población joven.
- A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte principal en la población comprendida entre los 15 y 29 años de edad.
- Antes de la pubertad es raro que se produzcan intentos de suicidio probablemente por la inmadurez cognitiva del individuo.

Sexo:

- La proporción de suicidio hombre/ mujer en los países occidentales es de 4:1.
- A nivel mundial los hombres se suicidan más que las mujeres, a excepción de la India y China por no haber esta diferencia por sexo.
- Los adolescentes que son gays, lesbianas, bisexuales, transexuales o los que se cuestionan su propia orientación sexual o identidad de género, presentan dos o tres veces más la probabilidad de cometer el suicidio que cualquier joven.

11

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Lugar de residencia: se da con mayor frecuencia los suicidios en las zonas rurales que en las urbanas.

Estado civil: las personas solteras son las que menores tasas de suicidio tienen, seguidas de las viudas y finalmente de las divorciadas.

Religión: las prácticas religiosas presentan menores tasas de suicidio respecto a los ateos.

Origen étnico:

- No existen pruebas concluyentes de que el suicidio se ve influenciado por la raza o etnia.

- Sin embargo, un estudio llevado a cabo desde 1999 y 2010 en Estados Unidos, obtuvo como tasas más altas de suicidio en indios americanos y en nativos de Alaska de entre los 19 y 24 años de edad y en las personas de raza blanca no hispanas mayores de edad de 75 años.

- En Estados Unidos el suicidio se da con mayor frecuencia en la población blanca.

- Por otra parte, la población emigrante, en situación de desarraigo y aislamiento presenta mayor riesgo de conductas suicidas.

12

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Nivel socioeconómico: en los países ricos y pobres la tasa de suicidio es mayor en los hombres que en las mujeres.

Situación ocupacional:

- Las personas desempleadas se suicidan más.
- Dentro de las personas que trabajan, se suicidan con mayor frecuencia los expuestos a situaciones altamente estresantes, como por ejemplo, los trabajadores sanitarios y los artistas.



13

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

2. Factores biopsicosociales:

Trastornos mentales: Son un claro predictor de riesgo de conducta suicida.

- Más del 90% de los pacientes que han intentado suicidarse o han muerto por suicidio tenían un diagnóstico de trastorno mental.

- De entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes con comportamientos suicidas, de mayor a menor incidencia, destacan:

- Trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar)

- Trastornos de abuso de sustancias (especialmente alcohol),

- Esquizofrenia

- Trastorno de la personalidad

- También es común en personas diagnosticadas de depresión, trastorno por estrés posttraumático, trastorno de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria y delirium aunque en menor medida.

14

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Intentos de suicidio previo: Es el factor de riesgo más importante del suicidio en la población en general.

- Además, la ideación suicida es el factor de riesgo más sensible que predice intentos de suicidio.

- Por cada suicidio se realizan entre 10 y 20 intentos de suicidio.

- Por cada intento de suicidio el riesgo aumenta entre 20-30 veces durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento.

Antecedentes familiares de suicidio: en comparación con la población general, aquellas personas que tengan un o más familiares con antecedentes de suicidio presentan mayor riesgo de llevar a cabo un comportamiento suicida, sobre todo en las mujeres y cuando el familiar es de primer grado.

Rasgos de personalidad: Incrementa el riesgo con la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismo y hacia los demás), irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional.

15

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Historia de trauma o abuso: Tanto los abusos sexuales, físicos o emocionales sufridos en la infancia aumentan considerablemente el riesgo de suicidio en la etapa adulta estando parcialmente asociada con el consumo de alcohol u otras drogas como vía de escape y la acentuación de la depresión.

-Sucede lo mismo al hablar de violencia de género, donde la mayor parte de las mujeres tienen tentativas suicidas o ideación suicida.

Algunas enfermedades físicas importantes: El que haya un mal pronóstico de una enfermedad, dolor en enfermedades crónicas, pérdida de la movilidad y discapacidad física son situaciones que aumentan el riesgo de suicidio por tratarse de personas muy vulnerables.

-Por otro lado, el diagnóstico de enfermedades somáticas como el cáncer, el SIDA o la insuficiencia respiratoria crónica hace más elevadas las tasas de suicidio en las personas que lo padecen en comparación a la población en general.

Desesperanza: Es el estado de ánimo que mejor va asociado a la idea o deseo de suicidio.

16

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

3. Factores ambientales:

Dificultad económica: la pérdida de empleo y las complicaciones fruto de la misma incrementa el riesgo de suicidio. Se ve con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, donde la seguridad social es limitada o no existe.

Pactos suicidas: consisten en planificar el suicidio con otras personas en el mismo momento y lugar. Se dan con mayor frecuencia en la India, China y Sri Lanka.

Disponibilidad y acceso a medios letales:

- Los hombres hacen uso de métodos más violentos para suicidarse (armas de fuego, ahorcamiento) mientras que las mujeres lo son en menor medida (uso de drogas con el fin de envenenamiento e intoxicación).
- La fácil disponibilidad de encontrar los medios de suicidio en el entorno puede influir a la hora de pasar de una idea suicida al acto suicida en sí.
- Una de las mejores medidas para prevenir el suicidio sería la restringir los medios más comúnmente empleados por la sociedad, es decir, el uso de armas de fuego y pesticidas.

17

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Falta de apoyo social y sensación de aislamiento: El verse solo y sin apoyo de ninguna parte aumenta el riesgo de suicidio.

Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental:

- Más de la mitad de los suicidios consumados son letales en el primer intento debido a la dificultad para acceder al sistema sanitario y por el uso de métodos más letales.
- Esta situación es más característica en los países de buen desarrollo económico.

Creencias culturales: En algunos países morir mediante el suicidio se ve como un acto de honor, y esto influye negativamente en la vida de la persona al tener un efecto de motivación hacia la conducta suicida.

Los medios de comunicación: Los medios de comunicación influyen de manera directa e indirecta en la población, por lo que dependiendo de la forma en la que transmita el mensaje puede tener efectos positivos o negativos en el entorno.

-Desencadena efectos negativos cuando la información sobre es suicidio es transmitida de forma distorsionada, reiterativa, sensacionalista o glamorosa.

18

➢ FACTORES PREDICTORES

- Presencia de un trastorno mental
- Intentos de suicidio previos
- Suicidios o intentos de suicidio en la familia
- Pérdida reciente
- Muerte o suicidio de un reciente
- Evento precipitante
 - Humillación (en adolescentes)
 - Tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos)
 - Aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes)
- Enfermedad física grave

19

➢ FACTORES PROTECTORES

Factores del individuo

- Actitudes y valores en contra del suicidio
- Habilidades sociales
- Manejo de la ira
- Capacidad de resolución de problemas
- Embarazo y paternidad
- Creencias y prácticas religiosas
- Confianza en uno mismo
- Flexibilidad cognitiva
- Tener hijos en el caso de las mujeres

Factores del entorno

- Calidad del apoyo familiar y social
- Integración social
- Adoptar de valores culturales y tradicionales
- Tratamiento integral permanente y a largo plazo:
 - Trastorno mental
 - Enfermedad física
 - Abuso del alcohol
- Restricción de accesibilidad a las armas o los medicamentos

20

➢ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Hoy en día, las muertes por suicidio representan un grave problema de salud pública en el ámbito socio-sanitario al igual que los intentos de suicidio no consumados.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que otros estudios, estima que es necesario multiplicar entre 10 y 20 intentos de suicidio el total de suicidios para obtener aproximadamente una cifra más precisa de los intentos de suicidio llevados a cabo.
- Investigaciones recientes indican que seis personas se ven afectadas por cada suicidio, aumentando la cifra en la población más joven.
- Se trata por tanto, de situaciones que acarrear graves repercusiones a distintos niveles, tanto a nivel individual como a nivel social, emocional y económico del entorno cercano al que pertenecen las personas que intentan o consiguen suicidarse.
- Por todo lo anterior, se hizo necesario el **desarrollo de estrategias** y la **adopción de medidas** para disminuir y prevenir la conducta suicida, pues hay datos científicos que confirman la posible prevención de muertes por suicidio, no siendo tarea fácil al igual que el control de los mismos.

21

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- 1) La **estrategia nacional** debe tener una implicación multisectorial que implique colaboración de todas las instituciones de las que forma parte, tanto en el sector de salud, educación, familiar, comunitario, justicia, social y gobierno.

- Además, debe de poner en práctica las medidas preventivas que hayan sido efectivas bajo evidencia científica, teniendo en cuenta las características específicas de cada población por individual, adaptadas al contexto cultural y social.



-Destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS) con su programa SUPRE (*suicidio prevention*) que lanzó en 1999, por ser la primera iniciativa a nivel mundial en tener en cuenta la prevención del suicidio.

-En mayo de 2013, en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, adoptó el primer plan de acción sobre la salud mental, formando parte integrante del mismo la prevención del suicidio.

Tiene por objetivo reducir la tasa de suicidio para el año 2020 un 10% en aquellos países que lo sigan.

22

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- A nivel europeo la iniciativa que tuvo entre sus objetivos la prevención del suicidio fue la "Mental Health Promotion and Mental Disorder Preventivo".
- A nivel nacional, en España, destaca la estrategia de Salud Mental de 2007 la cual se propuso disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo, teniendo en cuenta como principales objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas.
 - > No obstante, pese a la evidencia científica de la reducción del número de muertes por suicidio al implementar el uso de programas preventivos del suicidio en un determinado país o comunidad, España apenas los utiliza, situándose en una posición claramente inferior al compararse con otros países europeos de similar desarrollo y evolución económica.
- **2). Medidas preventivas:** destacan 3 esenciales:
 1. Formación del personal capaz de influir en la sociedad (profesionales de la salud, educación, comunicación, funcionarios de prisión y los que proporcionar respuesta en primera línea (bomberos, socorristas y policías).
 2. Impedir el acceso a los medios de suicidio más comúnmente utilizados.
 3. Control del tratamiento.

23

EVALUACIÓN ABORDAJE Y DEL RIESGO SUICIDA

- El papel de enfermería de atención primaria va a ser clave en la detección y prevención del riesgo suicidio debido a:
 - La mayoría de los pacientes con conductas suicidas suelen contactar con el médico y enfermera de atención primaria antes de realizar conductas suicidas.
 - Un 75 % lo han hecho el año anterior al episodio y el 45 % en el mes anterior, mientras que teniendo en cuenta el contacto con la salud mental solo un 1% lo ha hecho el mes anterior y uno de cada cinco en el mes anterior.
- En mayo de 2014, el estudio de "U.S. Preventive Services Task Force" sobre la detección de riesgo de suicidio en adolescentes, adultos y adultos mayores en Atención Primaria concluyó que no había evidencia demostrada para recomendar hacer cribado de riesgo de suicidio de toda la población en general.
- Solo se podrá reducir la tasa de suicidio si se reconocen y se tratan los trastornos mentales, es decir, formando a los profesionales.

24

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Los profesionales de enfermería de atención primaria a demás de su juicio clínico, tienen como **instrumentos de evaluación:**
 1. Entrevista clínica
 2. Escalas de evaluación
 - 1. **Entrevista clínica:** supone el punto de partida de interacción ente el profesional paciente y debe abordar de manera integral el riesgo de suicidio:
 - Evaluación de los factores psicológicos y contextuales.
 - Evaluación de las características de las conductas suicidas.
- Se debe preguntar de lo más general hacia lo más específico.
- En todas las preguntas el profesional debe ser empático, demostrando preocupación, interés y compasión.
- La calidad de la entrevista depende en gran medida de las habilidades del profesional sanitario.



25

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

¿CÓMO PREGUNTAR?

1. ¿Se siente triste?
2. ¿Siente que nadie se preocupa de usted?
3. ¿Siente que la vida no tiene sentido?
4. ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?

¿CUÁNDO PREGUNTAR?

1. Cuando la persona se siente comprendida
2. Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos
3. Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia

¿QUÉ PREGUNTAR?

1. Para indagar si la persona tiene un plan definido para cometer suicidio.
 - ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
 - ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo?
2. Para indagar si la persona cuenta con los medios (método):
 - ¿Tiene píldoras, revólver, insecticida y otros medios?
 - ¿Están a su entera disposición?
3. Para indagar si la persona se ha fijado un plazo:
 - ¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida?
 - ¿Cuándo planea hacerlo?

26

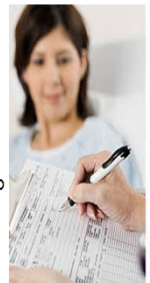
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- **Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación o conducta suicida:**
 - Datos personales del paciente
 - Factores de riesgo
 - Factores protectores
 - Características de ideación:
 - > Planificación
 - > Evolución
 - > Frecuencia
 - > Valoración de la intencionalidad y determinación
 - Características del intento de suicidio:
 - > Desencadenantes
 - > Valoración de la integridad
 - > Letalidad de la conducta
 - > Método: Intoxicación medicamentosa, intoxicación por otro producto químico, daño físico
 - > Actitud ante la conducta suicida actual
 - > Medidas de evitación de rescate
 - > Despedida en los días previos

27

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Evaluación clínica
 - > Alteración del nivel de conciencia
 - > Afectación de la capacidad mental
 - > Intoxicación por alcohol y otras drogas
 - > Enfermedades mentales
 - > Estado de ánimo
 - > Planes de suicidio
 - > Capacidad de otorgar un consentimiento informado
 - > Necesidad de valoración por parte de especialista
- Tipo de conducta suicida
 - > Ideación suicida
 - > Comunicación suicida
 - > Conducta suicida



- Finalmente la información obtenida debe quedar registrada en la historia clínica del paciente.

28

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

2. **Escala de valoración:** Son instrumentos psicométricos capaces de evaluar el riesgo de suicidio, pero bajo ningún concepto pueden excluir el uso del juicio clínico de cada profesional ni mucho menos omitir la entrevista clínica.
 - **Escala de desesperanza de Beck** → mide el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato o a largo plazo.
 - **Escala de ideación suicida de Beck** → cuantificar y evaluar el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente.
 - **Escala de Intencionalidad Suicida de Beck** → valora los aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio.
 - **Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck** → útil para monitorizar las fluctuaciones de la ideación suicida.
 - **Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Halmiton** → valorar cómo de graves son los síntomas depresivos.

29

MANEJO DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

Tras evaluar al paciente bajo el juicio y entrevista clínica y posterior uso de escalas, es importante saber si es necesario derivar a otro servicio de atención al paciente.

Riesgo bajo: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas

➤ **Actividades:**

- Apoyo emocional
- Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable la persona de pérdidas, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión.
- Reforzar su capacidad de resolver problemas anteriores
- Derivar a la persona a un médico o a un profesional de Salud Mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto.

Riesgo medio: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.

➤ **Actividades:**

- Apoyo emocional
- Fortalecer gradualmente el deseo de vivir
- Explorar alternativas al suicidio
- Pactar que no se va a cometer suicidio
- Remitir a la persona a un psiquiatra y concertar una cita pronto.
- Conseguir apoyo por parte de la familia, amigos y compañeros.

30

MANEJO DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

Riesgo alto: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo y planea hacerlo inmediatamente.

➤ **Actividades**

- Permanezca con la persona. Nunca la deje sola.
- Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio.
- Haga un contrato de no suicidio
- Ponga en marcha la derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.

➤ **Se deriva urgentemente al Servicio de Salud Mental al haber una ideación suicida junto con:**

- Presencia de trastorno mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Duda sobre la gravedad de ideación o riesgo de intento inmediato
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.

31

MANEJO DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

➤ **Se deriva urgentemente al Servicio de Urgencias hospitalario al haber intento de suicidio junto con:**

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

➤ **Se deriva urgentemente al Servicio de Salud Mental si no se dan los puntos anteriores habiendo un intento de suicidio y teniendo en cuenta a mayores los siguientes puntos:**

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición

32

MANEJO DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

➤ **Se deriva de forma preferente (en un plazo de una semana) al Servicio de Salud Mental en caso de ideación o conducta suicida cuando:**

- i. No esté presente ninguno de los criterios anteriores
- ii. Se den todas las siguientes circunstancias:

- Alivio tras la entrevista
- Intención de control de impulsos suicidas
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Apoyo sociofamiliar efectivo

33

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la salud; 2000 [accedido 3 de marzo 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
2. 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.

34

ANEXO III: **casos clínicos del módulo formativo**, sacados del libro “Suicidio, asistencia clínica: guía práctica de psiquiatría médica”²⁹.

Caso 1:

“Paciente ingresado en la UHB de Psiquiatría por suicidio frustrado con alcohol e insulina subdérmica, sin secuelas graves y buena recuperación funcional tras el mismo.

Se trata de un varón de 36 años casado con un hijo de un año. Convive con su mujer e hijo. Desempleado. El paciente refiere antecedentes de múltiples cuadros depresivos, con un primer ingreso psiquiátrico a los 23 años por un intento suicida. Diagnosticado previamente de Trastorno Depresivo Recurrente de inicio a los 18 años de edad y enolismo severo episódico con períodos de abstinencia prolongados de hasta 3 años. Desde hace unos meses padece un nuevo episodio depresivo similar a cuadros depresivos, que cursa con tristeza, apatía, alteraciones del sueño y del apetito. Justifica el cuadro depresivo como fruto de su reciente diagnóstico de diabetes mellitus. Justo a esta situación, se produce un consumo excesivo de alcohol con episodios de embriaguez diarios en cuyo contexto se han producido dos intentos autolíticos además del actual, siendo este último el de mayor letalidad”.

Escala de desesperanza de Beck al ingreso: 14

Perfil de suicidio frustrado:

- 1. Varón**
- 2. Alcoholismo**
- 3. Conducta suicida previa**
- 4. Rechazo de ayuda**
- 5. Depresión mayor**
- 6. Desempleo**
- 7. Enfermedad somática.**

CASO 2:

“Paciente ingresada a cargo de medicina interna por intento de suicidio y esofagitis en relación con ingesta de cáusticos, sin secuelas graves, durante una discusión de pareja. Se trata de una mujer de 20 años de edad, soltera, natural del Ecuador, reside en España desde hace seis meses, trabaja como camarera. Como antecedentes psiquiátricos conocidos tan solo una visita al servicio de Urgencias por un cuadro disociativo, presentado en el contexto de conflictos sentimentales. Antecedentes de un gesto autolesivo hace un año, mediante ingesta medicamentosa y alcohólica en el seno de otra discusión sentimental con una pareja previa.

La paciente relata que nació en Ecuador, con abandono materno y paterno y crianza con sus abuelo. A su llegada a España convive inicialmente con dos tías, trabajando en el negocio familiar. A los cuatro meses de residir en España inicia una relación sentimental, y pronto se producen problemas relacionales, en un primer lugar con sus tías, y más tarde con su pareja, con el que comenzaba a convivir. En aquella época, tras una discusión con éste sufrió el episodio disociativo antes descrito. Inicia entonces fluctuaciones del estado de ánimo reactivas directamente con períodos de crisis en la relación, así como alteraciones de conducta consistentes en ingesta abusiva de alcohol, irritabilidad y relaciones sexuales promiscuas”.

Escala de desesperanza de Beck al ingreso: 6

Perfil del intento de suicidio:

- 1. Mujer, soltera y menor de 35 años**
- 2. Intentos de suicidio previos**
- 3. Problemática interpersonal**
- 4. Desarraigo familiar**
- 5. Emigración**
- 6. Rasgos de personalidad: inmadurez, egocentrismo, dependencia, ansiedad, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.**

ANEXO IV: CARTA DE PRESENTACIÓN AL CAEICCG.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia
Secretaría Técnica
Edificio Administrativo de San Lázaro
15701 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 544025
www.xunta.es/etico



CARTA DE PRESENTACION DE DOCUMENTACION A LA RED DE COMITES DE ETICA DE LA INVESTIGACION DE GALICIA

D/Dña. **María Salgado Carnero**

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

Dirección postal: [REDACTED]

SOLICITA la evaluación de:

- Protocolo nuevo de investigación
- Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
- Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título: **Detección y prevención del riesgo de suicidio desde la enfermería de atención primaria.**

Investigador/a Principal: **X**

Promotor: [REDACTED]

MARCAR si procede que confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según el art. 57 de la Ley 16/2008, de 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2009. DOG de 31 de diciembre de 2008)

Código de protocolo: [REDACTED]

Versión de protocolo: [REDACTED]

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos con medicamentos
CEIC de Referencia: [REDACTED]
- Investigaciones clínicas con productos sanitarios
- EPA-SP (estudio post-autorización con medicamentos seguimiento prospectivo)
- Otros estudios no incluidos en las categorías anteriores

Investigador/es: [REDACTED]

Centro/s: **centros de salud de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.**

Adjunto se envía la documentación necesaria en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

En Ferrol, a 30 de junio de 2015

Fdo.: **María Salgado Carnero**

RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA
Secretaría Técnica del CAEI de Galicia

ANEXO V: SOLICITUD A LA XERENCIA DE XESTION INTEGRADA DE FERROL

Estimado Director/a de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol:

María Salgado Canero, estudiante de 4º de grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, en calidad de investigadora responsable del proyecto: “Detección y prevención del riesgo suicidio desde la enfermería de Atención Primaria, solicita permiso para acceder a la información necesaria para la realización del estudio de investigación, siempre respetando la protección y confidencialidad de los datos al igual que la intimidad de los participantes, respetando su voluntad y con derecho abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación.

El informe CAEI de Galicia ha sido solicitado y será enviado tan pronto como sea notificado.

En Ferrol a,

María Salgado Carnero

ASDO:

ANEXO VI: CUESTIONARIO INICIAL

Conteste marcando con una X la opción que seleccione y finalmente escriba brevemente lo que sepa si ha seleccionado una respuesta positiva.

➤ EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

1. ¿Sabe cuál es la diferencia entre ideación suicida y comunicación suicida? De ser afirmativa la respuesta, indíquela.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- SI, totalmente

.....

2. ¿Sabe en qué consiste la conducta suicida? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- SI, totalmente

.....

3. ¿Se considera capaz de detectar un paciente con riesgo de conducta suicida?

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

4. ¿Sabría identificar cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida? De ser afirmativa la respuesta, indíquelos.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

.....

.....

.....

5. ¿Conoce cuáles son los factores predictores del suicidio? De ser afirmativa la respuesta, indíquelos.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

.....

.....

.....

6. ¿Conoce cuáles son los factores protectores del suicidio? De ser afirmativa la respuesta, indíquelos.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

.....

.....

.....

7. ¿Sabe identificar los instrumentos de evaluación con las que cuenta el profesional sanitario de enfermería para evaluar el riesgo de suicidio? De ser afirmativa la respuesta, indíquelos.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

.....

.....

.....

8. ¿Sabe cuál es el papel de la entrevista clínica en la valoración del riesgo de suicidio? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

.....

.....

.....

9. ¿Reconoce alguna escala de valoración de conducta suicida? De ser afirmativa la respuesta, indíquela.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

.....

.....

.....

10. ¿Sabe cómo abordar la ideación suicida en su centro de salud? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- Si, totalmente

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

11. ¿Sabe cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en su centro de Atención Primaria (AP)? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- SI, totalmente

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

12. ¿Sabe cómo derivar a un paciente con ideación suicida o intento de suicidio desde su centro de salud a otro nivel asistencial? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo.

- No
- Si, muy poco
- Si, bastante
- SI, totalmente

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

13. ¿Existe o tiene algún protocolo dirigido a la prevención de suicidio en su centro de salud?

- No
- Si

De ser afirmativa la respuesta, ¿lo utiliza?

- No
- Si

14. ¿Considera necesaria la formación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria para detectar y prevenir el riesgo de pacientes con conductas suicidas? De ser afirmativo, indique el o los motivos.

- No
- Si.....
.....

➤ **ASPECTOS PREVENTIVOS**

15. ¿Conoce el programa sobre la prevención de la conducta suicida que podamos encontrar a nivel internacional? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo.

- No
- Si.....

16. ¿Sabe cuál es la intervención clínica más eficaz para prevenir la conducta suicida mediante la potenciación de los factores protectores? De ser afirmativa la respuesta, indíquelo.

- No
- Si.....

17. ¿Considera que con el cribado de riesgo de suicidio podría detectarse la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? De ser afirmativa la respuesta, indique el por qué.

- No
- Si.....

18. ¿preguntar sobre el suicidio puede incrementar la conducta suicida en la población estudiada?

- No
- Si

ANEXO VII: CORREO ELECTRÓNICO PARA CADA COORDINADOR DE ENFERMERÍA.

Hola,

Mi nombre es María Salgado Carnero y me pongo en contacto con usted para presentarle toda la información acerca de la investigación que me gustaría llevar a cabo.

Hoy en día, son numerosas las noticias que salen en los medios de comunicación sobre el suicidio y si tenemos en cuenta que nuestra Comunidad Autónoma (Galicia), es la segunda por detrás de Asturias donde más gente al año se suicida o intenta ponerle punto y final a sus vidas mediante el suicidio es para alarmarse. Estos datos me han motivado a querer estudiar el conocimiento, la capacidad y las estrategias de detección y prevención de riesgo de conductas suicidas por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de los 22 centros de salud que pertenecen al a Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

El motivo por el cual me gustaría estudiarlo en los profesionales de enfermería de Atención Primaria es por el hecho de que según la evidencia científica la mayor parte de los que se suicidan se ponen en contacto con el área sanitaria de Atención Primaria antes que con los profesionales de Salud Mental. Esto es debido a la buena disponibilidad y accesibilidad, además de proporcionar atención y continuidad asistencial de manera continuada.

Sería de gran ayuda si pudiese facilitarle la hoja de información al paciente y el consentimiento informado que se adjuntan en este correo a los enfermeros que estén su centro, para que puedan decidir o no participar en el estudio.

Mi número de teléfono es el [REDACTED] y mi correo: [REDACTED] póngase en contacto conmigo para lo que necesite.

Muchas gracias de ante mano.

ANEXO VIII: HOLA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO DESDE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: María Salgado Carnero con DNI:

██████████

En este documento se le facilita toda la información necesaria para realizar un **estudio de investigación** en el que se le solicita su participación, al cumplir con los criterios de selección de las personas invitadas a participar en el mismo. Cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y de la Dirección de Procesos de Soporte de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

La finalidad del estudio es conocer, mejorar y actualizar el conocimiento, la capacidad, las estrategias de detección y prevención del riesgo de conductas suicidas por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. El propósito final es proporcionar las mejores recomendaciones a los participantes sobre aspectos de evaluación, tratamiento y prevención ante conductas suicidas. Implicando todo ello, una mejor calidad asistencial y seguimiento a los pacientes con conductas suicidas para así reducir en los próximos años las tasas de suicidio, además de saber cómo proporcionar apoyo asistencial no solo al paciente en sí, sino a los familiares, amigos y más allegados.

Su contribución al estudio será:

- Cumplimentación de cuestionarios on-line en la Aplicación Google para cuestionarios bajo el anonimato, al que se le facilitará acceso a todos los profesionales de enfermería que decidan libremente y de manera voluntaria participar en el estudio.

Tiene por objetivo la evaluación pre para valorar sus conocimientos, capacidades y estrategias de detección y prevención del riesgo de conductas suicidas en el inicio del estudio.

Dicho cuestionario consta de 14 preguntas sobre la evaluación y tratamiento de la conducta suicida y 3 preguntas sobre los aspectos preventivos.

A partir de ahí se asignarán de manera aleatoria los integrantes de dos grupos, un grupo experimental y el otro grupo control.

- Luego, al grupo experimental se le facilitará al módulo formativo, también vía on-line en la Plataforma Google Aplicación Forms, a la que también se le facilitará el acceso.

Tras la formación, se realizará una evaluación post 1 mediante el cuestionario inicial para ambos grupos, experimental y control, de la que se espera mayor conocimiento por el grupo experimental al compararlos sus resultados pre y post formación.

- En la tercera fase, se seguirán los mismos pasos que en la segunda parte, pero esta vez centrándose en el grupo control.

Se facilitará el curso formativo a dicho grupo y se realizará una evaluación post 2 con el cuestionario inicial para ambos grupos.

Se comparará el efecto estudiado, la variable dependiente en ambos grupos y se espera que el conocimiento, capacidad y estrategia de la mayor parte de los enfermeros para detectar y prevenir el riesgo de suicidio se vean aumentados tras recibir el modelo de formación.

- Cumplimentación final del cuestionario de evaluación docente para conocer su satisfacción con el módulo formativo.

De participar en el mismo:

- Debe **leer antes este documento** y recibir toda la información personalizada del investigador, para resolver todas las dudas que se le presenten.
- Su colaboración será de manera **voluntaria**, pudiendo abandonarlo en cualquier momento y sin ninguna penalización al respeto.
- Sus datos personales serán tratados de forma **confidencial** bajo la ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo acceder a los mismos, corregirlos o cancelarlos de considerarlo oportuno usted oportuno en cualquier momento del estudio. Solo el personal de investigación tendrá acceso a sus datos y de acuerdo a los objetivos del proyecto.
- Además, sus datos serán guardados bajo el **anonimato**, sin posibilidad de relacionarlos con su identidad.
- De publicarse el trabajo, la información obtenida se conservará en un plazo de 2 años para comprobar la veracidad del estudio, previamente solicitados los cuestionarios.
- Se le **facilitarán los resultados** una vez finalizado el estudio si así lo desea.
- De **difundir** los resultados en publicaciones científicas y congresos, se hará bajo el **anonimato**.
- **No obtendrá retribución directa** por participar en el estudio al igual que el investigador.
- Este estudio **no implica riesgo** alguno para los participantes.

Llegados a este punto, solo queda agradecerle el tiempo invertido y recordarle que tome el tiempo necesario para determinar si quiere o no participar en el estudio. De ser afirmativa su decisión, debe firmar el

consentimiento informado para contribuir a la investigación.

En caso de que le surjan dudas puede ponerse en contacto con María Salgado Carnero, investigadora principal, en el teléfono: [REDACTED] o por su correo electrónico: [REDACTED]

ANEXO IX: HOJA DE COMPROMISO DE LA INVESTIGADORA

Dña: María Salgado Carnero estudiante de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología, hace constancia de que:

- Es la investigadora principal del estudio.
- Conoce el protocolo de la investigación con título “Detección y prevención del riesgo de suicidio desde la enfermería de Atención primaria”, con tuto: Valentín Escudero.
- Dicho estudio cuenta con las normas aplicables a este tipo de investigación cuantitativa.
- Cuenta con todos los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación.
- Se compromete al cumplimiento de las normas y protocolos presentados por el comité de ética.
- Cumplirá y respetará las normas éticas y legales aplicables, tal como la Declaración de Helsinki, Convenio de Oviedo, Informe de Belmont y el Código de Núremberg, siguiendo las normas de buena práctica clínica en investigación en seres humanos.
- Se notificará al Comité la aprobación del estudio de datos y el estado de los mismos en un plazo mínimo un año hasta la finalización del estudio.

Ferrol a de de

ASDO:

ANEXO X: CUESTIONARIO SOBRE EVALUACIÓN DOCENTE.

1. ¿Está satisfecho con la formación del módulo?
 - Nada
 - Un poco
 - Mucho
2. ¿Consideras que el aprendizaje es útil para tu trabajo?
 - Nada
 - Un poco
 - Mucho