



# Guía de Actuación dirigida al paciente con tentativa suicida en el servicio de urgencias.

---

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en  
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Celia Moral Martínez  
en el curso académico 4º.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de José Vicente Aniorte Sánchez.

[19 de Junio de 2017]

## **Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG**

Yo, Celia Moral Martínez, con NIF 21700660E, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2016/2017**:

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado **Propuesta de Guía de Práctica Clínica al paciente suicida en el servicio de urgencias**, tutelado por el profesor José Vicente Aniorte Sánchez, defendido en lengua castellana, en el período de **03 de julio, 2017**.

Firmado: Celia Moral Martínez.

Castellón de la Plana, 19 de junio de 2017.

## ***Agradecimientos.***

*En primer lugar, mostrar mi gratitud a la Universidad Jaume I y al equipo docente por brindarme la oportunidad, no solo de presentar el trabajo que tienen en sus manos, sino también, por brindarme la oportunidad de ser formada como enfermera.*

*A mi familia y amigos más cercanos, quienes han estado a mi lado a lo largo de este camino, tarea que en ocasiones no ha sido sencilla. Gracias por no alejaros en los momentos en que más perdida y confusa me he sentido.*

*A mis compañeras y compañeros de grado, por acompañarme estos cuatro años y, por prestarme apoyo y cariño en la recta final. Ha sido un verdadero placer conocerlos.*

*A mi tutor José Vicente Aniorte, gracias por tu optimismo y vitalidad, aunque sin duda, gracias por responder a todas mis dudas y sugerencias siempre respetando mi opinión y decisión, este trabajo no se habría podido realizar sin ti.*

*A todas aquellas personas que han decidido invertir parte de su tiempo en ayudarme a conseguir lo que me proponía; a David Segarra coordinador del Hospital Padre Jofre por abrirme las puertas de su despacho tan amablemente.*

*A todos, gracias.*

*Finalmente, dedicarle el presente trabajo a quienes tristemente me inspiraron.*

## Índice.

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>3</b>
1.1. Conceptualización.....	3
1.2. Causas y Factores de riesgo .....	4
1.3. Factores precipitantes .....	5
1.4. Factores protectores .....	5
1.5. Síntomas.....	6
1.6. Tratamiento y Pronóstico .....	6
<b>2. Epidemiología.....</b>	<b>7</b>
2.1. El suicidio en España.....	7
2.2. Epidemiología en la Comunidad Valenciana.....	9
<b>3. Justificación.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Objetivos.....</b>	<b>13</b>
4.1. General.....	13
4.2. Específicos .....	13
<b>5. Metodología.....</b>	<b>14</b>
5.1. Diseño .....	14

5.2.Palabras clave y descriptores en ciencias de la salud .....	14
5.3.Estrategia de búsqueda.....	15
5.4.Criterios de selección.....	18
5.4.1. Criterios de inclusión.....	18
5.4.2. Criterios de exclusión .....	18
5.5.Resultados de la búsqueda .....	18
<b>6. Guía de Actuación dirigida al paciente con tentativa suicida en el servicio de urgencias.....</b>	<b>20</b>
6.1.Valoración.....	20
6.1.1. Clasificación de pacientes: Triage .....	20
6.1.2. Entrevista clínica.....	22
6.1.3. Historia Clínica.....	24
6.1.4. Escalas de valoración y evaluación de la conducta suicida .....	24
6.2.Cuidados de enfermería .....	27
6.2.1. Cuidados de enfermería en base a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon .....	27
6.2.2. Cuidados de enfermería en base a la modalidad de tratamiento asignado en el servicio de urgencias.....	30
6.3.Complicaciones potenciales.....	35
6.4.Alta del servicio de urgencias.....	35
<b>7. Discusión y Limitaciones.....</b>	<b>37</b>

<b>8. Conclusiones.....</b>	<b>42</b>
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>43</b>
<b>10. Anexos.....</b>	<b>48</b>
10.1. Anexo 1: Métodos más comunes de suicidio en España, en base al sexo (Hombres). Año 2015 .....	48
10.2. Anexo 2: Métodos más comunes de suicidio en España, en base al sexo (Mujeres). Año 2015.....	49
10.3. Anexo 3: Suicidios en España en el año 2015 en base al mes de defunción, dividido por sexos .....	50
10.4. Anexo 4: Total de suicidios en el año 2015 dividido por Comunidades Autónomas .....	51
10.5. Anexo 5: Total de suicidios divididos por edades en la Comunidad Valenciana en el año 2015 .....	52
10.6. Anexo 6: Total de Hospitales de Referencia de los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana en base a si disponen de servicio de psiquiatría o no .....	53
10.7. Anexo 7: Cuestionario de Horowitz .....	54
10.8. Anexo 8: Escala de desesperanza de Beck .....	55
10.9. Anexo 9: Escala SAD PERSONS.....	56
10.10. Anexo 10: Escala IS PATH WARM .....	56
10.11. Anexo 11: Escala de ideación suicida de Beck .....	57
10.12. Anexo 12: Escala de intencionalidad suicida .....	58
10.13. Anexo 13: Escala de valoración de la Depresión de Hamilton .....	59

10.14.	Anexo 14: Patrones Funcionales de Marjory Gordon .....	61
10.15.	Anexo 15: Cartera de Servicios de Salud Mental en la Comunidad Valenciana .....	62

## Índice de Tablas y Figuras.

<b>Tabla 1:</b> Factores protectores de la conducta suicida.....	5
<b>Tabla 2:</b> Suicidios según edad y sexo en España en el año 2015.....	8
<b>Tabla 3:</b> Relación de palabras clave y descriptores utilizados para realizar la búsqueda bibliográfica. ....	14
<b>Tabla 4:</b> Estrategia de búsqueda empleada. Parte I.....	16
<b>Tabla 5:</b> Estrategia de búsqueda empleada. Parte II.....	17
<b>Tabla 6:</b> Factores precipitantes y Características de la conducta suicida.....	22
<b>Tabla 7:</b> Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 1. ....	28
<b>Tabla 8:</b> Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 6. ....	29
<b>Tabla 9:</b> Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 7. ....	29
<b>Tabla 10:</b> Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 10.....	30
<b>Tabla 11:</b> Complicaciones potenciales del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias.....	35
<b>Tabla 12:</b> Medios de suicidio empleados por los hombres en España en el año 2015.....	48
<b>Tabla 13:</b> Medios de suicidio empleados por las mujeres en España en el año 2015.....	49
<b>Tabla 14:</b> Total de suicidios divididos por mes de defunción y sexo .....	50



<b>Tabla 15:</b> Total de suicidios en base a las Comunidades Autónomas en las que se registró la defunción.....	51
<b>Tabla 16:</b> Total de hospitales de referencia de los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana en base a los que disponen de servicio de psiquiatría y los que no.....	53
<b>Tabla 17:</b> Patrones Funcionales de Marjory Gordon .....	61
<b>Figura 1:</b> Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.....	4
<b>Figura 2:</b> Suicidios por mes de defunción y sexo .....	9
<b>Figura 3:</b> Proporción de suicidios en la Comunidad Valenciana según sexo en el año 2015. 10	
<b>Figura 4:</b> Hospitales de referencia de los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana divididos por aquellos que disponen de servicio de psiquiatría y los que no.....	12
<b>Figura 5:</b> Mapa conceptual de la búsqueda realizada .....	19
<b>Figura 6:</b> Sistema de Triage Manchester. ....	20
<b>Figura 7:</b> Algoritmo de actuación ante el paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias.....	34
<b>Figura 8:</b> Total de suicidios registrados en la Comunidad Valenciana dividido por edades ..	52

## **Listado de Abreviaturas**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición.

**T.:** Trastorno.

**INE:** Instituto Nacional de Estadística.

**CCAA:** Comunidades Autónomas.

**CV:** Comunidad Valenciana.

**DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud.

**MeSH:** Medical Subject Headings.

**TA:** Tensión Arterial.

**SatO<sub>2</sub>:** Saturación de oxígeno.

**FC:** Frecuencia Cardíaca.

**FR:** Frecuencia Respiratoria.

**T<sup>a</sup>:** Temperatura.

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.

**NOC:** Nursing Outcomes Classification.

**NIC:** Nursing Interventions Classification.

**TAC:** Tomografía Axial Computerizada.

**Ctes.:** Constantes.

**Adm.:** Administración

**Val.:** Valoración.

**CVP:** Cateterización Venosa Periférica.

**ECG:** Electrocardiograma.

**POM:** Por Orden Médica.

**s/p:** Si precisa.

**SNG:** sondaje nasogástrico.

**r/c:** Relacionado con

**MAP:** Médico de Atención Primaria.

**NGASAR:** Nurses' Global Assessment of Suicide Risk.

## **Resumen.**

**Introducción/Justificación:** El intento de suicidio es la adopción de conductas lesivas con la finalidad de terminar con la vida de uno mismo, pero sin llegar a alcanzar este propósito. Entre los factores de riesgo del intento de suicidio destacan: la depresión mayor y el abuso de sustancias. Los servicios de urgencias atienden a diario personas con conductas suicidas, no obstante, no siempre cuentan con profesionales especialistas en salud mental.

**Objetivos:** desarrollar una herramienta que facilite la práctica clínica del colectivo de enfermería en el trato asistencial de un paciente con tentativa suicida en el servicio de urgencias.

**Metodología y Resultados:** Se realizó una revisión integradora de la bibliografía. La información se obtuvo a través de la selección de una serie de palabras clave y descriptores, combinados con los operadores booleanos AND y OR. La búsqueda fue realizada en diferentes bases de datos como PubMed, scopus y CINAHL, entre otras, además de diferentes búsquedas en páginas web oficiales. Se aplicaron de una serie de filtros y criterios de selección con lo que se obtuvo un total de 28 artículos finales.

**Discusión:** La bibliografía consultada sostiene que los equipos de urgencias tienen una estrecha relación con el intento de suicidio, siendo en numerosas ocasiones los primeros sanitarios en entrar en contacto con estos pacientes. Se afirma la necesidad de desarrollar herramientas que ayuden a los profesionales en el manejo de los pacientes con tentativas suicidas.

**Palabras clave:** intento de suicidio, conducta suicida, urgencias, cuidados de enfermería y guía de práctica clínica.

## **Abstract.**

**Introduction / Justification:** Suicide attempt is the adoption of harmful behaviors in order to end one's life but, without achieving this purpose. The risk factors for suicide attempt are: major depression and substance abuse. The emergency medical services attend daily people with suicidal behavior, however, do not always have specialists in mental health.

**Objectives:** to develop a tool that facilitates the clinical practice of the nursing team in the care of a patient with a suicide attempt in the emergency department.

**Methodology and Results:** An integrative review of the bibliography was done. The information was obtained through the selection of a series of keywords and descriptors, combined with the Boolean operators AND and OR. The search was done in different databases such as PubMed, scopus and CINAHL, among others. In addition to different searches on official web pages. They were applied from a series of filters and selection criteria with which a total of 28 final articles were obtained.

**Discussion:** The literature consulted argues that emergency teams have a close relationship with the suicide attempt, being in many cases the first sanitarians to come in contact with these patients. It affirms the need to develop tools that help professionals in the management of patients with suicide attempts.

**Key words:** suicide attempt, suicidal behavior, emergency medical services, nursing care and practice guideline.

## **1. Introducción.**

### **1.1. Conceptualización**

El suicidio es actualmente un problema de Salud Pública, con aproximadamente un millar de defunciones mundiales cada año (1-3), se ha convertido en la décima causa de mortalidad en Europa (1).

El suicidio, palabra proveniente de las raíces latinas *sui* “a sí, de sí” y *cidium* “acto de matar” (4), es definido por la OMS como “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su desenlace letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (1986) (1).

Aportando nuevamente la definición de la OMS, describiremos el intento de suicidio como “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 esperadas sobre su estado físico”(1).

La ideación suicida se define como “pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte de uno mismo, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (5).

Las fases que abarca el suicidio son las siguientes (5):

- 1) Ideación suicida pasiva.
- 2) Contemplación activa del propio suicidio.
- 3) Planeación y preparación.
- 4) Ejecución del intento suicida.
- 5) El suicidio consumado.

Actualmente el intento de suicidio no es considerado una entidad patológica, pero consultando el DSM-V (6), se puede observar que el intento de suicidio está incluido dentro del trastorno depresivo mayor (6), siendo esta enfermedad la que más relacionada se ve con el fenómeno en cuestión (6,7).

## 1.2. Causas y Factores de Riesgo:

Generalmente las personas que realizan algún intento de suicidio comparten uno o más de los siguientes factores de riesgo (Figura 1) (1, 8-10):

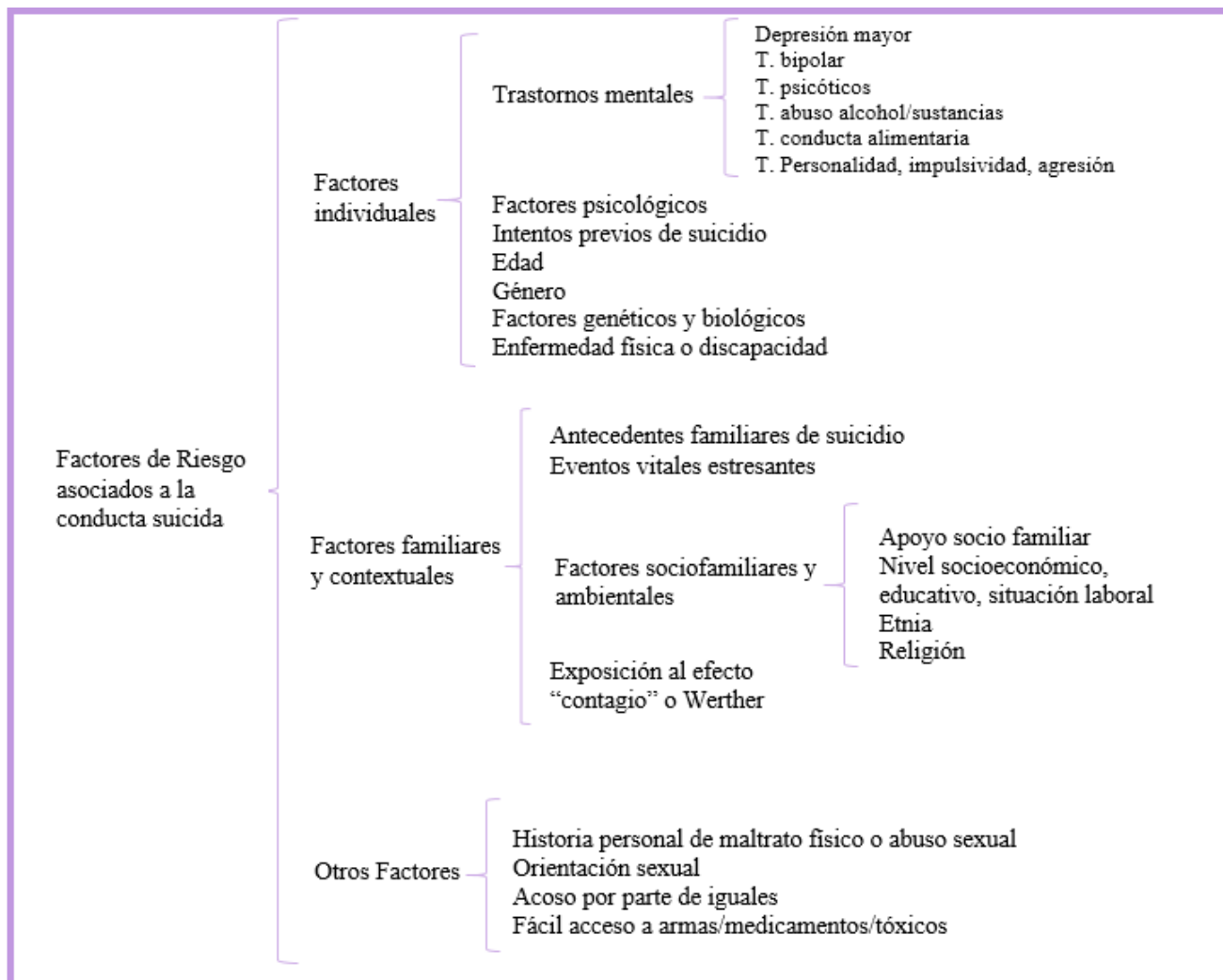


Figura 1: Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

### 1.3. Factores precipitantes:

Los factores precipitantes de la conducta suicida son aquellos que pueden motivar al individuo a realizar un intento de suicidio (1). Destacan: acontecimientos vitales estresantes, factores psicológicos que dificulten el afrontamiento, deficiencias en la regulación emocional y la accesibilidad a medios y métodos de suicidio (1). Es común que las personas que padecen algún tipo de patología mental se muestren especialmente sensibles a estos factores, potenciando la conducta suicida en estos grupos poblacionales (1).

### 1.4. Factores protectores:

A diferencia de los factores precipitantes, los factores protectores son aquellos que interfieren en la conducta suicida disminuyendo la probabilidad de que se suceda un intento de suicidio (1). Actualmente se dividen en (Tabla 1) (1):

Tabla 1: Factores protectores de la conducta suicida.

<b>Factores protectores de la conducta suicida</b>	
<b>Factores Personales:</b>	<b>Factores sociales o medioambientales</b>
Capacidad de resolución de conflictos.	Disponer de un adecuado apoyo familiar y social.
Confianza en uno mismo y autoestima.	Estar integrado en la sociedad.
Disponer de buenas relaciones sociales e interpersonales.	Ser partícipe en prácticas religiosas o poseer creencias espirituales.
Flexibilidad cognitiva y emocional.	Adoptar una cultura con valores tradicionales.
Tener descendencia, especialmente en mujeres.	En el caso de padecer alguna alteración mental, conductas adictivas o enfermedades físicas graves, tener al alcance un tratamiento integral, permanente y a largo plazo.

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Elaboración propia.



### **1.5. Síntomas:**

Los síntomas que puede presentar una persona que contempla la idea del suicidio son (10,11):

- Dificultad en la concentración o pensamiento confuso.
- Cambios en el comportamiento, destacando presentarse calmado después de un período en el que se ha mostrado ansioso.
- Pérdida de interés hacia actividades con las que anteriormente disfrutaba.
- Presencia de comportamientos autodestructivos.
- Hablar con frecuencia sobre la muerte o los comportamientos suicidas.
- Cambio en los hábitos alimentarios o en el ritmo sueño-vigilia.
- Presentar sentimientos de culpa o desesperanza.

### **1.6. Tratamiento y pronóstico:**

Debido a que el intento de suicidio no constituye una entidad patológica en sí, no se puede hablar de un tratamiento específico, pero debido a las consecuencias que puede tener en el estado de salud de quienes lo llevan a cabo, a menudo se pueden requerir tratamientos de urgencia, como primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar o incluso tratamientos intensivos (11).

No obstante la terapia psicológica temprana y la rehabilitación psiquiátrica es de vital importancia, pese a esto, muchas de las personas que intentan quitarse la vida se niegan a buscar ayuda psicológica (11).

Otro pilar fundamental es el correcto tratamiento de posibles alteraciones mentales comórbidas como puede ser la depresión mayor, el trastorno bipolar o las conductas adictivas (11).

Aproximadamente una de cada tres personas que han cometido un intento de suicidio lo volverán a intentar en un período de un año y, alrededor del 10% de personas que presentan conductas suicidas culminaran sus intentos (11).

## **2. Epidemiología**

Se estima que los intentos de suicidios podrían suponer 10 o 20 veces el número de suicidios consumados (1, 12). Sieso Sevil et al. (3) afirman que la cifra de intentos de suicidio podría ascender a entre 10 y 40 veces los suicidios consumados. Lo que equivale a un intento de suicidio cada tres segundos.

En cuanto a la epidemiología presenta un patrón similar al suicidio consumado excepto en lo referente al género, pues son las mujeres de edad joven quienes presentan más tentativas de suicidio (1, 3, 8, 13).

### **2.1.El suicidio en España.**

En el año 2015 el INE registró 3.602 defunciones por suicidio (ver Tabla 2), lo que equivale a 9,8 fallecimientos por esta causa al día (14). Las edades en las que se registraron mayor número de defunciones fueron las comprendidas entre los 30 y 39 años para hombres y de los 45 a los 49 años de edad para mujeres (Tabla 2) (14).

De este total de 3.602 defunciones, 2.680 se registraron en hombres, representando un 74% del total, mientras que las mujeres sumaron en el año 2015 un total de 922 defunciones por suicidios, lo que equivale al 26% del total (14). El número de suicidios es mayor en el sexo masculino y estos son realizados mediante métodos más violentos (8, 15).

En cuanto al modo, destacar que la mayor proporción de hombres que se suicidaron en el año 2015, lo llevaron a cabo a través de “Lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulación o sofocación” con 1.421 defunciones (ver Anexo 1) (14), seguida de “Lesión autoinfligida por objeto romo sin filo” contando con 526 defunciones (14). Por otro lado, las mujeres presentan la mayor proporción de defunciones mediante “Lesión autoinfligida al saltar desde un lugar elevado”, concretamente 316 muertes en el año 2015 (ver Anexo 2) (14). La siguiente causa de defunción en mujeres fue “Lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulación o sofocación” contando con 243 defunciones por esta causa (ver Anexo 2) (14).

Tabla 2: Suicidios según edad y sexo en España en el año 2015.

Edades (años)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3.602	2.680	922
< 15	8	7	1
De 15 a 29	296	218	78
De 30 a 39	427	332	95
De 40 a 44	355	259	96
De 45 a 49	387	276	111
De 50 a 54	372	279	93
De 55 a 59	332	251	81
De 60 a 64	251	176	75
De 65 a 69	228	166	62
De 70 a 74	206	143	63
De 75 a 79	247	178	69
De 80 a 84	255	205	50
De 85 a 89	161	131	30
De 90 a 94	64	50	14
≥ 95 y más	13	9	4

Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia

Referente a la estacionalidad del suicidio, hombres y mujeres no presentan el mismo patrón. Por un lado, el mes en que se registraron más suicidios en hombres en el año 2015 fue Julio, contando con un total de 272 muertes, seguido de Marzo con 264 defunciones y Junio con 249 fallecimientos (ver Anexo 3) (14), esto nos quiere decir que los hombres realizan más suicidios en los meses de verano y al principio de la primavera. Por su parte, las mujeres presentan el mayor número de suicidios en marzo sumando un total de 103 defunciones, seguido de Julio

(87 muertes) y Octubre (85 suicidios), lo que apunta que las mujeres cometen más suicidios al inicio de la primavera, verano y otoño (Anexo 3) (14). En la figura 2 se observa la estacionalidad del suicidio en el año 2015 dividido por sexos.

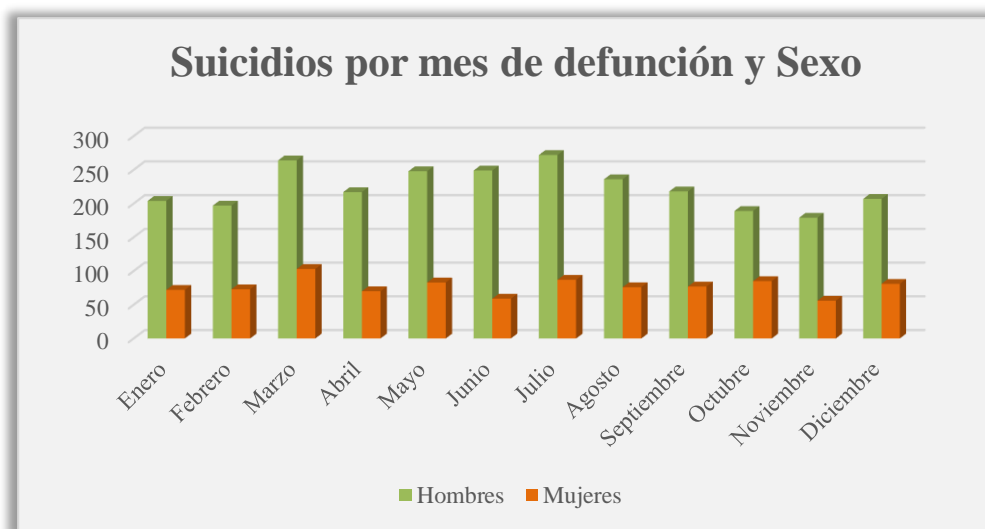


Figura 2: Suicidios por mes de defunción y sexo. Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia.

Referente a las CCAA, señalar que la comunidad con más prevalencia de suicidios es Andalucía, registrando en 2015 un total de 682 suicidios (14), a continuación, se encuentra Cataluña con 495 defunciones por suicidio en 2015 (14) y, en tercer lugar mencionar la Comunidad Valenciana con un total de 384 suicidios en el año 2015 (ver Anexo 4) (14).

## 2.2. Epidemiología en la Comunidad Valenciana:

Concretamente en la CV, del total de 348 personas que se suicidaron el pasado año 2015, el 79% correspondía a hombres (274 en total) (14), y el 21% fueron mujeres (74 en total) (14), lo que indica que la relación hombre/mujer es ligeramente más elevada que en el resto de España (ver Figura 3) (14).

Para finalizar, en lo referente a la edad en la que se suceden los suicidios, la CV sigue el mismo patrón que el resto de territorio español encontrando dos picos importantes, el primero de los 30 a los 39 años, registrando un total de 50 defunciones (sin discriminación de sexos) (14) y el segundo de los 45 a los 49 años (47 suicidios en total) (14). Destacar que el grueso de suicidios se cometen en la adultez (de los 30 a los 59 años) (ver Anexo 5) (14).



Figura 3: Proporción de suicidios en la CV según sexo en el año 2015. Fuente: datos extraídos del INE. Elaboración propia.

### **3. Justificación.**

Los servicios de atención de urgencia tienen una estrecha relación con el intento de suicidio, en numerosas ocasiones es el primer lugar al que acude un paciente con conducta suicida, suponiendo una elevada carga asistencial (3, 12, 16).

Como se ha mencionado anteriormente el intento de suicidio presenta una prevalencia de aproximadamente 10 o 20 veces los suicidios consumados (1, 12), lo que representado en datos es alrededor de 36.020 y 74.040 intentos anuales a nivel de todo el territorio español. Si en la CV se realizan al año aproximadamente 348 suicidios (14), se obtiene una cifra total de entre 3.480 y 6.960 intentos anuales, es decir, entre 9,53 y 19,06 intentos de suicidio diarios.

En numerosas ocasiones las personas que llevan a cabo un intento de suicidio requieren de atención de urgencia siendo atendidos en ese momento por su hospital de referencia o por las urgencias de atención primaria. Cuando acuden a un centro sanitario sin servicio de psiquiatría, se genera una posible situación de falta de calidad en la atención por parte de aquellos equipos que no pueden contar con la valoración y tratamiento de un médico especialista.

La CV cuenta actualmente con tres hospitales de referencia en lo que a salud mental respecta, uno por provincia, encontrando El Consorcio Hospitalario Provincial en la provincia de Castellón de La Plana (17), el Hospital Padre Jofre en Valencia y el Hospital Dr. Esquerdo en la provincia de Alicante (18).

En cuanto al total de hospitales de referencia de los diferentes departamentos de salud que conforman la CV señalaremos que poco más de la mitad cuentan con unidad de salud mental, 16 hospitales de 27 que conforman el total (Figura 4) (ver Anexo 6) (19).

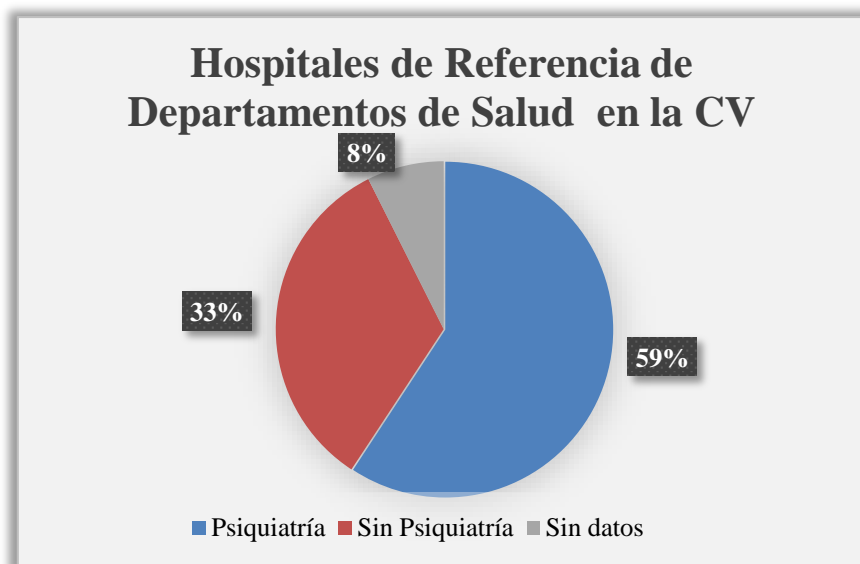


Figura 4: Hospitales de referencia de los departamentos de salud de la CV divididos por aquellos que disponen de servicio de psiquiatría y los que no. Fuente: datos extraídos de la Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Elaboración propia.

El presente trabajo pretende mostrarse como una herramienta de fácil aplicación y entendible por todo el equipo sanitario, en especial por el colectivo de enfermería, para aquellos centros hospitalarios que no disponen de servicio de psiquiatría pero que se ven a diario atendiendo a pacientes que han intentado quitarse la vida.

## **4. Objetivos**

### **4.1. General:**

Proporcionar al colectivo de enfermería una herramienta de valoración y desarrollo de cuidados, encaminada a estandarizar la práctica clínica y la atención al paciente adulto que ha realizado un intento de suicidio, en los servicios de urgencias de aquellos hospitales que no disponen de servicio de psiquiatría.

### **4.2. Específicos:**

Aumentar el campo de conocimientos de enfermería respecto a la atención en urgencias del paciente con intento de suicidio, incidiendo: valoración, relación terapéutica y conocimiento de los cuidados que se deben realizar.

Conocer los sentimientos y emociones de los profesionales de enfermería relacionados con el trato del paciente suicida para detectar posibles áreas de mejora de la atención.



## 5. Metodología

### 5.1. Diseño:

El presente trabajo se basa en la elaboración de una propuesta de guía de actuación para los profesionales de enfermería, desarrollada a partir de una revisión bibliográfica de la literatura presente en el ámbito de las ciencias de la salud.

### 5.2. Palabras clave y descriptores en ciencias de la salud:

Para realizar la búsqueda de información, se seleccionaron una serie de palabras clave con la finalidad de obtener información relacionada con nuestro tema a estudio, estas fueron: “intento de suicidio”, “conducta suicida”, “urgencias”, “cuidados de enfermería” y “guía de práctica clínica”. Estas palabras fueron traducidas al inglés con la finalidad de poder ser utilizadas en bases de datos de habla inglesa. Seguidamente, a partir de las palabras clave, se desarrollaron los descriptores del tesoro DeCS y los descriptores del tesoro MeSH (ver Tabla 3).

Tabla 3: Relación de palabras clave y descriptores utilizados para realizar la búsqueda bibliográfica.

Palabra clave	Descriptor DeCS	Key word	Descriptor MeSH
Intento de suicidio	Intento de suicidio	Suicide attempt	Suicide attempt
Conducta suicida	-	Suicidal behavior	-
Urgencias	Asistencia de urgencias	Emergency medical services	Emergency medical services
Cuidados de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care	Nursing care
Guía de Práctica Clínica	Guía de Práctica Clínica	Practice Guideline	Clinical Practice Guideline

Fuente: Elaboración propia.

### **5.3.Estrategia de búsqueda**

Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, National Guideline Clearinghouse, GuíaSalud, La Biblioteca Cochrane Plus, Joanna Briggs Institute, CINAHL, Scopus, LILACS, Cuidatge y Cuiden Plus. Además de diversas búsquedas en páginas oficiales como el INE, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la página web de Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y, en último lugar la página web oficial de la OMS.

Para llevar a cabo la búsqueda se combinaron las palabras clave y descriptores reflejados anteriormente junto con los operadores booleanos “AND” y “OR”, mediante esta estrategia, se acotó la búsqueda para obtener la información pertinente que facilitara la realización del presente trabajo.

Estrategia de búsqueda empleada desarrollada en las Tabla 4 y Tabla 5.

La búsqueda realizada en el portal estadístico INE se realizó de la siguiente manera:

1. Página principal del sitio web.
2. Seleccionamos el apartado “Sociedad”.
3. Seguidamente el apartado denominado “Salud”.
4. A continuación seleccionamos “Estadística de defunciones según la causa de muerte”.
5. Seleccionamos “Resultados”.
6. Finalmente nos introducimos en el apartado “Resultados detallados. Año 2015: Defunciones por suicidios”.

En cuando a la búsqueda realizada en la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la búsqueda realizada en el sitio Web de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y la sede Web de la OMS, se llevó a cabo de la misma manera, utilizando las palabras clave “guía de práctica clínica” e “intento de suicidio” de manera separada en el buscador de la página Web.

Tabla 4: Estrategia de búsqueda empleada. Parte I.

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Nº Artículos	Filtros	Nº Artículos
<b>PubMed</b>	(Suicide attempt) AND clinical practice guideline	71	Texto completo.	12
	(suicide attempt) AND emergency medical services	1.040	Texto completo. Últimos 5 años.	98
<b>National Guideline Clearinghouse</b>	Suicide attempt	42	Límite temporal de 2012-2016	39
	Suicidal behavior	66	Límite temporal de 2012-2016	61
<b>GuíaSalud</b>	Intento suicidio	29	-	29
<b>La Biblioteca Cochrane Plus</b>	(SUICIDE ATTEMPT) AND (CLINICAL PRACTICE GUIDELINE)	12		12
	(SUICIDE ATTEMPT) AND (EMERGENCY MEDICAL SERVICES)	16	-	16
	(SUICIDAL BEHAVIOR) AND (EMERGENCY MEDICAL SERVICES)	22		22

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Estrategia de búsqueda empleada. Parte II.

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Nº Artículos	Filtros	Nº Artículos
<b>Joanna Briggs Institute</b>	suicide attempt AND clinical practice guideline	0		0
	suicide attempt	6	-	6
	suicidal behavior	4		4
<b>CINAHL</b>	suicide attempt OR suicidal behavior AND clinical practice guidelines	15.338	Fecha de publicación de 2012-2017.  Texto completo.  Geografía: Europa.	58
<b>Scopus</b>	suicide attempt AND emergency medical services	4.754	Fecha de publicación de 2012-2017.  Área: Enfermería	140
<b>LILACS</b>	(tw:(intento de suicidio)) AND (tw:(asistencia de urgencias))	182	Texto completo disponible.	61
<b>Cuidatge</b>	Intento de suicidio	1		1
	Conducta suicida	0	-	0
<b>Cuiden Plus</b>	("intento")AND(("de")AND("suic idio"))	79	-	79

Fuente: Elaboración propia.

#### **5.4. Criterios de selección**

Con el propósito de discriminar la información pertinente para la realización del presente trabajo se emplearon una serie de criterios de selección:

##### **5.4.1. Criterios de inclusión:**

- Artículos disponibles de forma completa.
- Fecha de publicación posterior al año 2012.
- Artículos publicados en inglés o castellano.
- Documentos cuya información esté relacionada con el ámbito de estudio.
- Artículos cuya población de estudio sean adultos.

##### **5.4.2. Criterios de exclusión:**

- Documentos con información diferente al objeto de estudio.
- Publicaciones duplicadas en diferentes bases de datos.
- Artículos basados en el intento de suicidio en menores de 18 años.
- Artículos basados en tratamientos farmacológicos.

#### **5.5. Resultados de la búsqueda**

Una vez completada la búsqueda en las diferentes bases de datos y, mediante el uso de las diferentes palabras clave, descriptores y los operadores booleanos “AND” y “OR”, se obtuvo un total de 21.662 documentos sin acotar. A continuación se aplicaron una serie de filtros, estos fueron principalmente: artículos publicados hace menos de 5 años, artículos cuyo texto estuviera completo y fuera de libre acceso y, artículos publicados en lengua inglesa o española. Además de la aplicación de una serie de criterios de inclusión y exclusión con la finalidad de aproximar la información lo máximo posible a nuestras expectativas. De este cribado de información se obtuvo un total de 638 documentos. De este último filtraje se procedió a la lectura del título y palabras clave de todos los artículos y, en numerosos casos también el resumen, obteniendo un resultado final de 35 documentos pertinentes para la realización de nuestro trabajo. No obstante, de estos 35 resultados finales se eliminaron 1 por estar duplicado, 4 por no presentar el texto completo disponible, 1 por no tener acceso libre al documento y 1

por alejarse del ámbito de estudio. Finalmente tras descartar 7 artículos, se obtuvo una cifra final de 28 artículos apropiados.

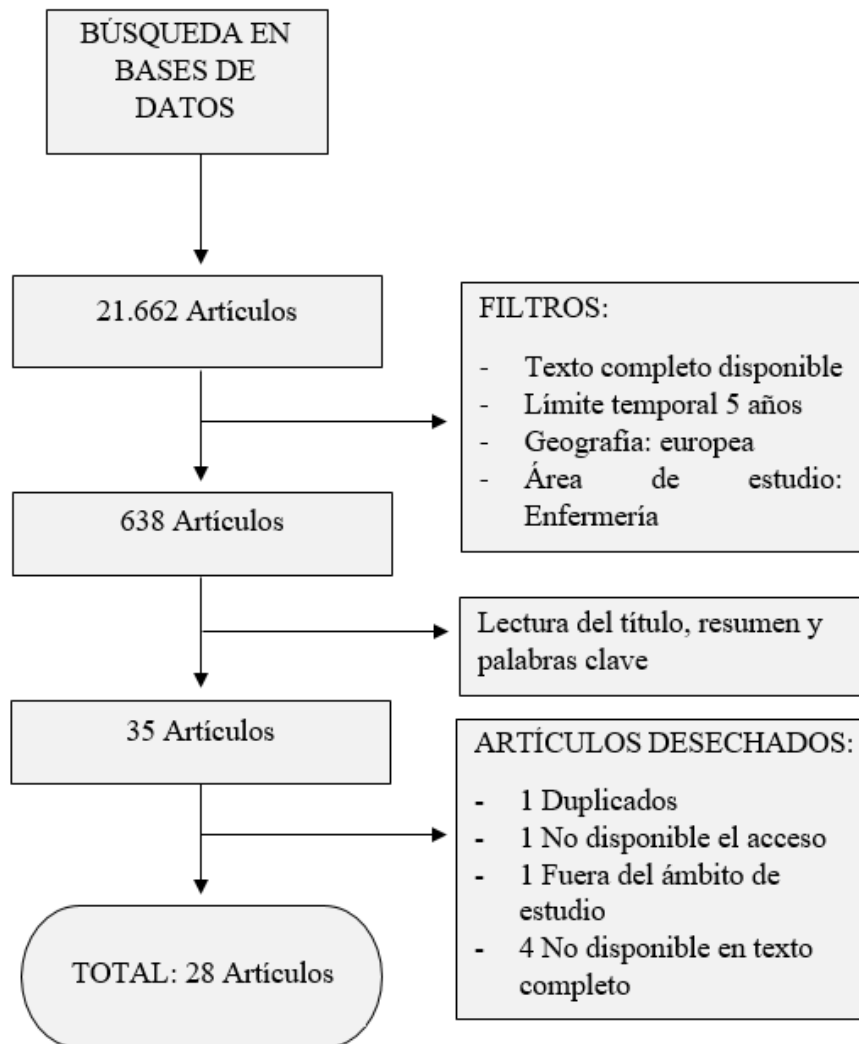


Figura 5: Mapa conceptual de la búsqueda realizada. Fuente: Elaboración propia.

## 6. Guía de Actuación dirigida al paciente con tentativa suicida en el servicio de urgencias.

### 6.1. Valoración.

La valoración del paciente que ha realizado un intento de suicidio es una competencia fundamental del colectivo de enfermería.

Los objetivos principales que se plantean en el servicio de urgencias ante este tipo de usuarios son: estabilización clínica, cribado de patología orgánica, tratamiento, vigilancia y derivación precoz.

#### 6.1.1. Clasificación de pacientes: Triage.

El triaje consiste en realizar una valoración inicial de toda aquella persona que acude a un servicio de urgencias y, clasificarlos en base a la gravedad de su estado de salud, determinando el tiempo máximo que su situación clínica les permite esperar la atención médica (1).

En la CV el sistema de triaje utilizado es el Sistema de Triage Manchester:

De carácter electrónico, este sistema presenta diferentes situaciones clínicas en las que se puede encontrar un paciente con ciertas características (1). Categoriza a los usuarios asignando un color que corresponde al tiempo máximo de espera para recibir atención sanitaria. Esta categorización se realiza gracias a la utilización de discriminadores clave que determinan el nivel de urgencia (1).

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min
2	Muy urgente	Naranja	10 min
3	Urgente	Amarillo	60 min
4	Poco urgente	Verde	120 min
5	No urgente	Azul	240 min

Figura 6: Sistema de Triage Manchester. Fuente: acceso libre en Internet.

Una vez asignado el código de triaje más oportuno para el estado de salud del paciente, se procede a la primera toma de constantes vitales: TA, SatO<sub>2</sub>, FC, FR y T<sup>a</sup>.

Las primeras medidas que deben adoptarse a la recepción de un paciente son: rápida evaluación de su situación clínica y rápida instauración de medidas que reduzcan el riesgo de muerte o discapacidad.

Las cuestiones que debemos realizarnos a la recepción de un paciente en el servicio de urgencias que ha intentado suicidarse son (1):

1. ¿Físicamente está en condiciones para esperar?
2. ¿Hay riesgo inmediato de suicidio?
3. ¿Debemos adoptar medidas de vigilancia?
4. ¿Es capaz el paciente de esperar hasta ser atendido por un médico en base a su estado psíquico?

Con la finalidad de responder a estas preguntas Horowitz et al. Diseñaron el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (ver Anexo 7) (1). Cuestionario de rápida aplicación y validado en territorio español. Diseñado para ser administrado por enfermería en el punto de triaje a pacientes que acuden al servicio de urgencias presentando conducta suicida (1).

El lugar adecuado para realizar el triaje con este tipo de usuarios debe reunir ciertas características, debe ser un espacio con un ambiente de privacidad (20). Además la literatura menciona que debería ser un espacio con un adecuado sistema de seguridad (1, 12).

Si el paciente se muestra agresivo o tiene a su alcance objetos potencialmente peligrosos se le instará a entregarlos, en caso de obtener una respuesta negativa a esta petición el equipo sanitario podría pasar parte a la policía o al servicio de seguridad del centro. Siguiendo con esta línea de seguridad en ningún momento una persona que ha cometido un intento de suicidio puede tener a su alcance medicación (1).

### **6.1.2. Entrevista clínica:**

La entrevista clínica es la herramienta más básica de valoración que el colectivo de enfermería dispone. Supone el primer contacto entre profesional y paciente, por este motivo es de suma



importancia ser cuidadosos y pertinentes con la manera de llevarla a cabo pues, puede ser determinante de la relación terapéutica que se entablará con el paciente.

Se recomienda que a través de la entrevista clínica el profesional obtenga información respecto la situación psicopatológica del usuario, además de recabar datos de interés como las variables sociodemográficas, los factores de riesgo presentes y los factores precipitantes y protectores.

La información que se recomienda recaudar en la entrevista abarca dos aspectos importantes (1):

1. Los factores precipitantes de la conducta.
2. Las características de la conducta.

Con ambos aspectos se pretende estudiar la prevención de futuros incidentes.

Tabla 6: Factores precipitantes y Características de la conducta suicida.

Factores precipitantes	Características de la conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"><li>• Situación social.</li><li>• Red de relaciones interpersonales.</li><li>• Acontecimientos vitales estresantes.</li><li>• Antecedentes de patología mental, intentos de suicidio previos, abuso de tóxicos.</li><li>• Características psicológicas relacionadas con la conducta y su motivación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Características del intento: modo escogido, intencionalidad, letalidad...</li><li>• Características personales: edad, sexo, trastorno mental, desesperanza.</li><li>• Características contextuales: aislamiento social, nivel económico, enfermedad orgánica.</li></ul>

Fuente: Datos extraídos de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Elaboración propia.

El programa SUPRE (Prevención de Suicidios) de la OMS publicó una serie de recomendaciones encaminadas a ayudar a los profesionales de la salud a recabar información acerca de la conducta suicida y la ideación suicida (21).

1. Qué preguntar:

- ¿Se siente infeliz?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de afrontar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?

2. Qué preguntar respecto al mecanismo de la conducta:

- ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?
- ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- ¿Ha decidido cuándo llevará a cabo el plan de acabar con su vida?

3. Cuándo preguntar:

- Tras establecer una comunicación empática y asertiva.
- Cuando se haya generado un clima de confianza y el paciente exprese sus sentimientos.

Las herramientas comunicativas que se postulan como las adecuadas a la hora de tratar a un paciente que ha cometido un intento de suicidio son: explicar con claridad todas las intervenciones que se llevarán a cabo (12), la escucha activa, empatía, asertividad y regulación emocional.

Realizar una anamnesis completa, haciendo especial hincapié en (1):

- Historia personal y familiar de patología mental.
- Conductas suicidas previas, tanto personales como familiares.
- Abuso de sustancias tóxicas y alcohol.
- Sucesos vitales estresantes.
- Alteración del nivel de conciencia y capacidad mental.
- Evaluación del estado de ánimo.
- Presencia de ideación suicida.
- Evaluación del modo de suicidio: precipitante, características, letalidad...
- Valoración riesgo inmediato de repetición de intento de suicidio.

- Valorar la capacidad de obtener un consentimiento informado por parte del paciente.
- Valorar la pertinencia de derivación a otro profesional.
- Protocolos a llevar a cabo con el paciente si no se deriva a otro servicio.

### **6.1.3. Historia Clínica**

A menudo, la información no procede del propio paciente debido a la gravedad de su estado físico o la negativa de comunicarse con el personal sanitario. En estas situaciones la obtención de información debe proceder de otras fuentes, en primer lugar mencionar la presencia de acompañantes, amigos o familiares y, seguidamente consultar la Historia Clínica del paciente (1). En ella no solo debemos registrar todo lo que suceda durante nuestra atención con el paciente, sino que además, puede servirnos como una fuente de información de diferentes profesionales que hayan tratado al usuario.

### **6.1.4. Escalas de Valoración y Evaluación de la conducta suicida.**

Escalas de valoración y evaluación de la conducta suicida validadas en territorio español:

- a) Escala de desesperanza de Beck.

Escala diseñada para medir el grado de pesimismo personal y las percepciones negativas respecto al futuro (Anexo 8). La desesperanza es considerada un factor de riesgo de la conducta suicida, por consiguiente, es un aspecto a tratar cuando se establece la relación terapéutica (1, 22).

Se compone de 20 preguntas en formato de Verdadero y Falso. Cada ítem de la escala es valorado de 0 o 1, por lo que el resultado final oscila entre el 0 y el 20. Una puntuación igual o mayor de 9 indica riesgo de suicidio (1, 22).

El estudio SUPRE de la OMS valoró la Escala de Desesperanza de Beck, afirmando que independientemente de la puntuación obtenida, con un resultado positivo (1 o Verdadero) en el ítem “el futuro me parece oscuro” sería suficiente para considerar a la persona de riesgo de cometer un intento de suicidio (21).

b) SAD PERSONS.

Escala que recibe su nombre a través del acrónimo formado por la letra inicial de cada uno de los apartados de la escala (Anexo 9) (1, 12, 22).

Cuenta con 10 ítems, cada uno referente a un factor de riesgo de la conducta suicida. Se valora con una puntuación de 0 o 1 cada apartado, si existe presencia del factor se obtiene una puntuación de 1, si el factor no está presente se obtiene una puntuación de 0 (1, 12, 22).

Los puntos de corte de dicha escala son (1, 12, 22):

Puntuación menor de 2: bajo riesgo de suicidio.

Puntuación entre 3 y 4: riesgo moderado.

Puntuación entre 5 y 6: riesgo alto.

Puntuación entre 7 y 10: riesgo muy elevado.

c) IS PATH WARM.

Escala que obtiene su nombre de la inicial de cada uno de los factores de riesgo que analiza. Indicada para detectar signos de alarma antes de que se suceda el comportamiento suicida (Anexo 10) (1, 22).

d) Escala de ideación Suicida.

Escala diseñada por Beck mediante la cual se pretende medir el alcance de los pensamientos suicidas. Indicada para ser realizada en el momento en que se sucede la conducta o para analizar intentos anteriores de suicidio (Anexo 11) (1, 22).

Formada por 19 ítems agrupados en 4 apartados (1, 22):

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

#### 4. Preparativos realizados.

Se ha mostrado como una herramienta adecuada para la discriminación entre la depresión y la depresión potencialmente suicida (22).

##### e) Escala de intencionalidad Suicida.

Diseñada nuevamente por Beck, mide la gravedad de una conducta suicida recién realizada (Anexo 12) (1, 22).

Indicada para la valoración de aspectos verbales y no verbales de la conducta suicida. Cuenta con 15 ítems que se puntúan de 0 a 2 según la intensidad que verbaliza el paciente. La puntuación final oscila entre 0 y 30. Se divide en dos partes (1, 22):

1. Circunstancias objetivas del intento de suicidio (preparación, contexto, encubrimiento...).
2. Percepción del paciente sobre la letalidad del método escogido.

El principal valor predictivo de futuros intentos de suicidio recae en el ítem que habla de las precauciones llevadas a cabo para evitar la intervención de los medios de rescate (1, 22).

##### f) Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton.

Escala diseñada para la valoración de los síntomas que acompañan a la depresión, incluye un ítem que mide la ausencia o presencia de ideación o conducta suicida (Anexo 13) (1, 22).

Se observó un incremento en el riesgo de suicidio de hasta 4,9 veces mayor en aquellas personas que obtuvieron una puntuación alrededor de 2 en la pregunta a cerca de la ideación o conducta suicida (1, 22).

## **6.2.Cuidados de enfermería.**

Una vez se ha realizado una evaluación correcta y completa del paciente, se determinará cuál es el lugar idóneo para llevar a cabo su tratamiento, en los servicios de urgencias se cuenta principalmente con dos rutas de atención: Tratamiento de corta duración y Tratamiento de larga

duración (nunca superior a 24h) u Observación. El estado clínico del paciente determinará el lugar más idóneo para ser tratado.

### **6.2.1. Cuidados de enfermería en base a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon:**

Para determinar las carencias de autocuidados de esta tipología de pacientes y adecuar las actuaciones de enfermería utilizaremos los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Se basa en una estratificación de 11 características que se entienden comunes y fundamentales para el correcto mantenimiento de la salud (23) (Anexo 14). Analizaremos únicamente aquellos patrones que pueden determinar nuestras actividades en el servicio de urgencias.

A continuación, en base a los patrones alterados se seleccionarán una serie de diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones que guiarán la práctica clínica así como, facilitarán la estandarización de cuidados. Para la realización de dichos diagnósticos, objetivos e intervenciones se utilizará la Taxonomía NANDA, NOC, NIC, ya que es una de las herramientas empleadas en los sistemas informáticos sanitarios españoles, además de ser fácilmente entendible y utilizada por toda la comunidad enfermera gracias a su sistema de codificación numérica (24).

#### **Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud.**

Este patrón funcional es el más alterado de todos, dado que una persona que desea acabar con su vida no tiene un manejo adecuado de su salud.

Para valorar este patrón podemos utilizar las escalas de valoración mencionadas anteriormente además de obtener información de las cuestiones realizadas en la entrevista con el paciente.

Los posibles diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería que pueden relacionarse con la alteración de este patrón, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC, son:

Tabla 7: Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 1.

Diagnósticos (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
(00137) Aflicción crónica (00069) Afrontamiento ineficaz	(1409) Autocontrol de la depresión	(5230) Aumentar el afrontamiento (4920) Escucha activa
(00151) Automutilación	(1401) Autocontrol de la agresión (1911) Conductas de seguridad personal	(6486) Manejo ambiental: seguridad (6340) Prevención del suicidio (4354) Manejo de la conducta: autolesión
(00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	(1405) Autocontrol de los impulsos (1408) Autocontrol del impulso suicida	(6610) Identificación de riesgos (5340) Presencia (6650) Vigilancia
(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud	(2002) Bienestar personal (1602) Conducta de fomento de la salud	(5465) Contacto terapéutico

Fuente: Elaboración propia.

### Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

Las personas que presentan conducta suicida, a menudo, padecen algún tipo de alteración mental. Además, la percepción del entorno que les rodea a menudo se encuentra alterada debido a un estado depresivo grave, al consumo de sustancias o a otro tipo de patologías psiquiátricas. Este patrón también valora el posible dolor que pueda presentar el usuario y la orientación en las tres esferas (espacio, tiempo y persona).

Los diagnósticos, objetivos e intervenciones desarrollados para mejorar los cuidados relacionados con este patrón serían:

Tabla 8: Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 6.

Diagnósticos (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
(00128) Confusión aguda	(1403) Autocontrol del pensamiento distorsionado	(4720) Estimulación cognoscitiva (6450) Manejo de ideas ilusorias

Fuente: Elaboración propia.

### Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.

Este patrón valora la imagen que una persona tiene de sí, especialmente de su valía. Por lo tanto, en usuarios con conductas suicidas este patrón se encuentra también gravemente alterado, ya que cuando una persona presenta deseos de violencia autoinfligida puede tener una imagen distorsionada de sí misma.

Tabla 9: Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 7.

Diagnósticos (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
(00119) Baja autoestima crónica	(1205) Autoestima	(5400) Potenciación de la autoestima (5220) Potenciación de la imagen corporal
(00124) Desesperanza	(1206) Deseo de vivir (1209) Motivación	(5310) Dar esperanza

Fuente: Elaboración propia.

### Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés

Patrón que pretende medir la adaptación a acontecimientos estresantes, así como las herramientas personales que se disponen para afrontar momentos de incertidumbre vital. Se



considera alterado este patrón pues, quienes intentan suicidarse, presentan una menor adaptación a acontecimientos vitales estresantes además de comorbilidades que disminuyen las estrategias de afrontación.

Tabla 10: Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería relacionados con el Patrón 10.

Diagnósticos (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
(00146) Ansiedad	(1402) Autocontrol de la ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad
(00210) Deterioro de la resiliencia personal	(1302) Afrontamiento de problemas	(5440) Aumentar los sistemas de apoyo

Fuente: Elaboración propia.

### 6.2.2. Cuidados de enfermería en base a la modalidad de tratamiento asignado en el servicio de urgencias:

El proceso común que se lleva a cabo cuando un paciente suicida es recibido en el servicio de urgencias consta de las siguientes actividades:

1. Recepción de los datos en admisión.
2. Atención en el punto de triaje en menos de 5 minutos (NIC: (6364) Triage: centro de urgencias). En ese momento será atendido por una enfermera quien:
  - Registrará el motivo de consulta, así como otros datos mencionados en el apartado de valoración de la presente guía.
  - Tomará las constantes vitales del paciente (TA, SatO<sub>2</sub>, T<sup>a</sup>, FC y FR) (25) (NIC: (6680) Monitorización de los signos vitales) y valorará rápidamente el estado físico.
  - En base a los algoritmos presentados por el sistema de Triage utilizado (Sistema de Triage Manchester en el ámbito de la CV), clasificará al paciente dependiendo de su estado clínico. Se recomienda que un paciente atendido por conducta suicida sea valorado en menos de 60 minutos (código “amarillo” como máximo) (1).

- Se le designará un médico para su atención en base al orden establecido en cada centro y, se decidirá su destino, también siguiendo los protocolos internos del servicio.

Las actividades realizadas por el colectivo de enfermería en el caso de que el usuario permaneciera en el servicio de urgencias en modalidad de **tratamiento de corta duración** serían:

- Ingreso del paciente y valoración de la situación clínica en la hoja de registros de enfermería.
- Valoración del riesgo inmediato de autolesión del paciente, crear un entorno de seguridad (12), incluyendo requisar objetos potencialmente peligrosos. Contar con la ayuda del equipo de celadores y/o personal de seguridad del hospital cuando sea necesario.
- En caso de que fuera necesario, realizar una canalización venosa periférica (NIC: (4235) Flebotomía: vía canalizada), aprovechar para extraer una analítica sanguínea completa (bioquímica, coagulación, hemograma y serología, NIC: (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa), si se precisara también concentración de gases (25).
- Realización de un electrocardiograma (25).
- Administración de la pauta farmacológica prescrita (NIC: (2300) Administración de medicación).
- Cura de las posibles heridas presentadas, así como la valoración de estas. Anotar en los registros de enfermería la valoración de las posibles heridas y lesiones y las pautas de tratamiento llevadas a cabo (NIC: (3660) Cuidados de las heridas) (25).

Las pruebas llevadas a cabo tienen como finalidad principal descartar la presencia de cualquier alteración física que pudiera alterar el estado mental del paciente. Se recomienda descartar la presencia de patologías como alteraciones de la glándula tiroides, diabetes, accidentes cerebrovasculares, epilepsia y esclerosis múltiple, entre otras (10, 25). A menudo, son recomendables las técnicas de diagnóstico por imagen como radiografías o TAC para apoyar en el diagnóstico (25).

Una vez estabilizado el estado físico del paciente se procederá en la medida de lo posible, a establecer una relación terapéutica más estrecha con el paciente. Contando con los familiares y/o acompañantes si estuviesen presentes. Sería buen momento para administrar escalas de valoración y conocer la mayor cantidad de información posible en referencia a la situación de salud actual del usuario.

En el caso que el paciente sea atendido en el servicio de urgencias en modalidad de **tratamiento de larga duración** (nunca más de 24h), las actividades de enfermería desarrolladas serán más complejas, debido a que la situación clínica del paciente es más delicada o necesita una mayor supervisión por el riesgo inmediato de autolesión o lesión a terceros. Estas incluirían:

- Monitorización continua de las constantes vitales (NIC: (6680) Monitorización de los signos vitales) (25).
- Actividades de soporte vital si fueran necesarias, activando los protocolos pertinentes para la ocasión dependiendo de cada centro.
- Toma de muestras y técnicas de enfermería: cateterización venosa periférica (NIC: (4235) Flebotomía: vía canalizada), toma muestra de sangre venosa (NIC: (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa), gasometría arterial (NIC: (4232) Flebotomía: muestra de sangre arterial), sondaje vesical (NIC: (0580) Sondaje vesical), y obtención de muestras de orina tanto para cultivo como para sedimento, monitorización del balance hídrico, oxigenoterapia según prescripción médica (NIC: (3320) Oxigenoterapia), sondaje nasogástrico (NIC: (1080) Sondaje gastrointestinal), técnicas de vaciamiento y lavado estomacal y del tracto digestivo (NIC: (4510) Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas) (25).
- Administración de medicación extremando las medidas de seguridad de administración (NIC: (2300) Administración de medicación y (2395) Control de la medicación).
- Realización de curas y cuidados de las heridas correspondiente al estado de la lesión (NIC: (3660) Cuidados de las heridas) (25).
- Evaluación continua del estado de salud del paciente.
- En caso de que el paciente expresara abiertamente intenciones de autolesionarse o lesionar a terceros y se encontrara especialmente agitado, se recomienda proceder a la contención a través de medidas verbales, en caso de ser insuficientes, se utilizarán medidas

farmacológicas y en último lugar medidas mecánicas de contención (12), se seguirán las medidas recomendadas por el centro y se avisará a los acompañantes de la decisión tomada y al personal de seguridad del centro.

- En caso de pacientes precipitados se pondrán en marcha las actividades dirigidas a los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) y pacientes traumatizados. Siendo requerida la presencia de una enfermera para las movilizaciones y la manipulación.

Todas las actividades mencionadas serán llevadas a cabo atendiendo en todo momento a las características de los pacientes con conducta suicida. Una vez estabilizada la situación clínica se procederá a establecer una relación terapéutica con el usuario, empleando la escucha activa y las herramientas de valoración mencionadas anteriormente para recabar la mayor cantidad de información acerca del estado mental y emocional del usuario. Se indagará sobre medios y métodos potenciales de lesión que disponga a su alcance y de intentos de suicidio previos, así como intenciones futuras de suicidio.

Llegado a este momento se discernirá sobre la pertinencia de que los posibles acompañantes accedan a la unidad, no obstante, la información a la familia y a los acompañantes se contempla como otra de las actividades que enfermería debe realizar.

Todas las actividades llevadas a cabo, así como las reevaluaciones del usuario serán registradas en las hojas de enfermería brindadas por el servicio.

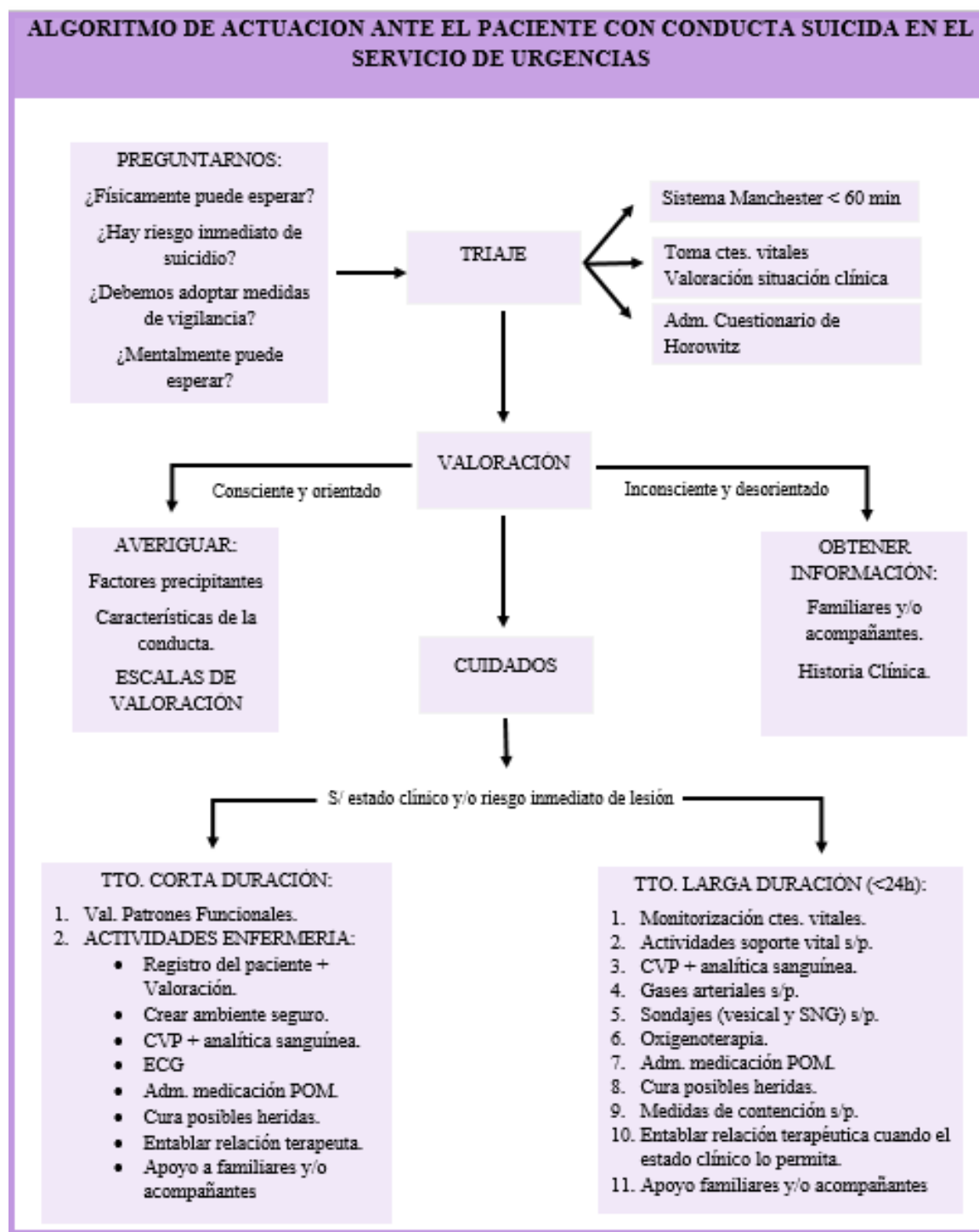


Figura 7: Algoritmo de actuación ante el paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias.  
Fuente: Elaboración propia.

### 6.3. Complicaciones Potenciales

El reconocimiento de complicaciones que puede presentar un paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias serán identificadas a través de los diagnósticos de enfermería (NANDA) que expresen riesgo:

Tabla 11: Complicaciones potenciales del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias.

Complicaciones potenciales del paciente con conducta suicida.
(00173) Riesgo de confusión aguda r/c consumo de alcohol y/o drogas.
(00037) Riesgo de intoxicación r/c consumo de drogas y medicamentos deliberadamente.
(00035) Riesgo de lesión r/c conducta suicida.
00206) Riesgo de sangrado r/c lesiones autoinfligidas.
(00205) Riesgo de shock r/c la letalidad de la conducta suicida.
(00150) Riesgo de suicidio r/c intencionalidad suicida manifiesta.
(00038) Riesgo de traumatismo r/c lesiones autoinfligidas.
(00140) Riesgo de violencia autodirigida.
(00138) Riesgo de violencia dirigida a otros.

Fuente: Elaboración propia.

### 6.4. Alta del servicio de urgencias.

Los servicios de urgencias prestan atención a los usuarios un máximo de 24h, los posibles destinos a los que puede recurrir un paciente que ha sido dado de alta en el servicio son: ingreso hospitalario en el hospital de referencia de salud mental correspondiente a cada usuario, alta bajo seguimiento ambulatorio y alta a domicilio sin recomendación de seguimiento ambulatorio (ver en Anexo 15 la cartera de servicios de salud mental en la CV).

Se recomienda que todo paciente que ha sido dado de alta del servicio de urgencias sea visitado por un especialista de salud mental. Esta derivación puede obtenerse a través de una petición de consulta desde el mismo servicio de urgencias o desde atención primaria.

En caso de que el usuario ya disponga de un especialista de salud mental asignado, el médico de atención en urgencias o el MAP intentará, en la medida de lo posible, adelantar la cita con el psiquiatra.

Se recomienda además que, desde atención primaria se derive al psicólogo y/o al trabajador social en caso de detectarse problemas sociales y ambientales que puedan considerarse factores precipitantes o de riesgo de la conducta suicida.

Para potenciar las relaciones entre niveles asistenciales y, asegurar la continuidad asistencial, se recomienda que los profesionales de enfermería de urgencias que hayan atendido al paciente, se pongan en contacto con la enfermera de atención primaria que el paciente tenga asignada, se le informará de la letalidad del plan, recurrencia, y los factores de riesgo detectados.

Finalmente destacar la importancia de comunicar a familiares y acompañantes los motivos de alta, entregar el informe correctamente cumplimentado y explicar las posibles medidas de tratamiento prescritas y actividades recomendadas. Se aprovechará para mostrar la enfermería como una figura de apoyo para paciente y allegados.

## **7. Discusión y Limitaciones.**

El intento de suicidio se ha convertido en uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias. Crane EH afirma que, cerca del 39% de las personas que consuman un suicidio han visitado los servicios de urgencias en el último año (26). Otro estudio realizado en el ámbito de las urgencias hospitalarias informa que, aquellas personas que se suicidan realizan más visitas a los servicios de urgencias que quienes fallecen por otro tipo de patologías (27). Este mismo artículo afirma que una enfermera puede llegar a atender una media de 15 pacientes al mes bajo el diagnóstico de intento de suicidio en el servicio de urgencias (27).

Señalada la importancia que posee la atención de urgencias en quienes intentan suicidarse, se destacan los principales factores de riesgo que deben conocer los trabajadores de los servicios de urgencias. Estos son: la depresión mayor, las alteraciones mentales tales como bipolaridad y el consumo de drogas y alcohol (3,10, 16, 28-31) y como principal factor predictivo los intentos de suicidio previos, especialmente si han sido cometidos en las dos últimas semanas (3,26, 28, 29).

En cuanto al principal motivo de consulta al servicio de urgencias en referencia al intento de suicidio, el consumo de fármacos es el motivo más frecuente (8). Rubio González et al. afirman que, aproximadamente el 70% de las consultas por intoxicaciones en el servicio de urgencias son causadas por drogas hipnosedantes, mayormente benzodiazepinas mediante las cuales se realizaban intentos de suicidio (32). Otro artículo constata que el principal motivo de urgencias por intento de suicidio es el envenenamiento autoinfligido, señalando que un 66,8% de los usuarios atendidos son mujeres, las drogas utilizadas son en primer lugar antidepresivos, seguido de benzodiazepinas (33). Por su parte, los hombres, son más propensos a utilizar el alcohol como medio de envenenamiento y tienden a mostrarse especialmente agresivos con el personal, dificultando la realización de diversas técnicas de enfermería como los sondajes nasogástricos (33).

El principal aspecto que los profesionales de urgencias deben conocer cuando acude en paciente con conducta suicida, es tomar en serio todo comentario acerca de la muerte autoinfligida (1,12), especialmente si es realizada por alguna persona perteneciente a un grupo de riesgo. A



continuación se expondrán una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales de urgencias:

- La OMS en su documento titulado “Preventing suicide, a global imperative” (9), recomienda que los servicios de urgencias dispongan de un registro específico que recoja los intentos de suicidio realizados por cada paciente (9). Esta recomendación se hace visible además, en diversos artículos de manejo del paciente suicida (13).
- Otra guía de intervención, publicada nuevamente por la OMS, recomienda que el personal sanitario realice preguntas abiertas sobre el suicidio a los pacientes que presentan conductas suicidas, pues se ha demostrado que no generan más actos de autolesión, sino que disminuyen la ansiedad de los pacientes suicidas y los puede animar a buscar ayuda profesional (20).
- En cuanto un paciente suicida accede a un servicio de urgencias, se deben promover medidas de seguridad que eviten que este se lesione intencionadamente (27, 34).
- Betz ME y Boudreraux ED, recomiendan el reconocimiento de patologías orgánicas en quienes intentan suicidarse (34), así como la aplicación de consejos activos y directos sobre la manera de evitar riesgos en el entorno del paciente (34).
- Se aconseja que los profesionales de los servicios de urgencias, especialmente médicos, sepan detectar la depresión (27), de esta manera se mejoraría el diagnóstico y tratamiento de los pacientes suicidas.
- Diversos autores señalan la necesidad de desarrollar un algoritmo de actuación dirigido al personal de urgencias para mejorar la atención de los pacientes suicidas sin la necesaria presencia de un psiquiatra (34).
- Finalmente, Youngstrom EA, señala la importancia del uso de entrevistas estructuradas y el uso de escalas validadas para apoyar a los profesionales sanitarios no especializados en salud mental (35). Además de las mencionadas anteriormente, señalaremos dos más: la escala NGASAR, escala de administración enfermera la cual pretende medir factores de riesgo del suicidio como sentimientos de desesperanza, sucesos vitales estresantes recientes, alucinaciones persecutorias, depresión y verbalización de intencionalidad suicida (30). La siguiente escala de evaluación fue aportada por Boudreaux ED et al. quienes señalan la importancia de averiguar si el paciente se ha sentido desesperanzado o deprimido las últimas

dos semanas, si en los anteriores 15 días ha presentado pensamientos sobre el suicidio, si alguna vez ha intentado suicidarse y, en caso de ser afirmativo indagar acerca de los motivos que lo propiciaron y hace cuánto tiempo que se realizó (36).

Varias fuentes de información consultadas aportan un dato relevante en lo que prevención se refiere, afirman que un seguimiento telefónico o por mensajería disminuye los intentos de suicidio (3, 13, 37). Se basa en una serie de mensajes predeterminados enviados desde el servicio de urgencias, la información contenida hace referencia al estado de salud del usuario, le recuerda posibles citas médicas y muestra a los profesionales de la salud como una figura de apoyo (37). En este estudio se constató una disminución del 21,6% en intentos de suicidio de pacientes reincidentes, especialmente en mujeres (37).

Otro de los aspectos que se esperaba esclarecer a través de este trabajo es el conocimiento de las impresiones que los pacientes suicidas despiertan en el personal de enfermería de los servicios de urgencias. La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (1) afirma que, los profesionales desarrollan una actitud hostil hacia aquellos que intentan suicidarse, especialmente cuando existe una elevada carga laboral (1). Este documento, achaca esta actitud a una carencia en la formación de los profesionales y, en la actitud de los usuarios, pues afirma que, en ocasiones, los intentos de suicidio son llevados a cabo para conseguir cambios deseados tales como bajas laborales o certificados de discapacidad y no por deseo de quitarse la vida (1). Otro artículo señala que las enfermeras sienten frustración cuando acude un paciente a los servicios de urgencias por intento de suicidio repetidas veces (38), afirmando que los consideran usuarios difíciles de tratar y que a menudo, se sienten incompetentes (38). En ese mismo documento, encontramos que los sentimientos de frustración disminuyen a medida que las enfermeras pasan más años en el servicio de urgencias, detectándose un aumento de la frustración nuevamente cuando se superan los 16 años en el servicio (38).

Por lo que respecta a los sentimientos desarrollados por los estudiantes de enfermería cuando entran en contacto con un paciente con conducta suicida, destacaremos la ansiedad y el miedo (39), especialmente en los servicios de urgencias, donde ven la atención a este tipo de pacientes como un reto (39). Este mismo artículo, señala que tras la realización de un programa de

intervención a los estudiantes de enfermería, donde les enseñaban herramientas de manejo y valoración del paciente suicida expresaban sentirse más preparados para tratarlos (39).

En cuanto a los sentimientos que los pacientes suicidas desarrollan cuando son atendidos por los profesionales de enfermería no se han encontrado datos en la búsqueda realizada, pero sí, se hallaron las emociones que experimentaban los familiares. Estos manifiestan sentirse desatendidos y apreciar cierto grado de ansiedad en la relación que los profesionales entablan con ellos (40). Afirman que los enfermeros y demás profesionales se comunican con ellos para obtener información acerca de la conducta adoptada por su familiar pero dicen a penas recibir información de los cuidados llevados a cabo sobre el paciente (40).

El intento de suicidio representa el 12,9% del total de Años de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) suponiendo una media de 7,51 años ajustados debido a secuelas producidas por diversos intentos de suicidio (15). Este hecho, sumado a los datos expuestos a lo largo del trabajo, no dejan duda de la necesidad de tratamiento y prevención del suicidio. Diversos estudios coinciden en la necesidad del desarrollo de guías estratégicas tanto nacionales como autonómicas que aseguren el correcto tratamiento de los pacientes con conductas suicidas (3, 15). A nivel de la CV señalaremos la puesta en marcha de planes y estrategias de salud como el IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunidad Valenciana (41) y la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 (42). En ambos documentos se contempla la necesidad de desarrollar un modelo de atención integral al paciente suicida que disminuya la variabilidad interdepartamental (41), así como el desarrollo de una red centinela del trastorno depresivo-ansioso en el año 2013 (41), no obstante no se encuentra en la actualidad desarrollada ninguna de las actividades que se recomendarían para la disminución de dicha variabilidad. Por su parte, la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 (42) afirma la necesidad de que la CV disponga de planes y protocolos de atención a los pacientes suicidas en los servicios de urgencias (42), pero, al igual que en el IV Plan de Salud de la CV no hay nada desarrollado ni vigente.

La OMS tanto en su documento titulado “Preventing Suicide: a global imperative” (9) como en el programa SUPRE (21) deja ver la necesidad de eliminar tabús y estigmas de las personas con conductas suicidas, promoviendo el desarrollo de campañas de sensibilización y una apropiada

difusión del tema en cuestión por parte de los medios de comunicación (9, 21). Además, pone de manifiesto la necesidad que existe de que los profesionales de los servicios de urgencias sean formados en el manejo de los pacientes suicidas (9).

Para concluir mencionar uno de los datos aportados por Paul Wilkinson, quien afirma que si el intento de suicidio fuera reconocido en el DSM-V se mejoraría el reconocimiento y tratamiento de estos pacientes, aumentando de este modo la calidad asistencial (7). Esta necesidad es respaldada por Cheryl McCullumsmith quien sostiene que si existiera una nomenclatura estandarizada para identificar a los pacientes con intento de suicidio, no solo se aumentaría la calidad asistencial, sino que también ayudaría a la diferencia entre los pacientes que intentan lesionarse y aquellos que intentan suicidarse (43).

Las principales limitaciones que han aparecido a lo largo del desarrollo del presente trabajo se han basado en la recopilación de información pertinente. Pese a que en las diferentes bases de datos consultadas se apreciaba un gran número de artículos, no se adaptaban a las necesidades del trabajo, puesto que analizaban aspectos concretos del intento de suicidio y no actividades de enfermería validadas bajo consenso de expertos.

La limitación más profunda de la guía que se propone, se basa en la carencia de un comité que valore y acepte las actividades desarrolladas, por limitación temporal no se pudo conseguir el equipo humano necesario que validara las actividades desarrolladas, por ese motivo, se trata de una propuesta de guía que en ningún caso intenta dictaminar qué actuaciones debe realizar el colectivo de enfermería, simplemente es el desarrollo de una serie de recomendaciones basadas en una revisión de la bibliografía y no cuenta con ninguna validez oficial.

## **8. Conclusiones**

Actualmente el suicidio está cerca de duplicar las muertes por accidentes de tráfico y, el intento de suicidio se ha convertido en uno de los principales motivos de consulta en las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Personalmente opino que los profesionales de los servicios de urgencias deben poseer conocimientos y formación a cerca de la conducta suicida, datos importantes que se deberían saber pueden ser los factores de riesgo y los factores precipitantes, principalmente. También el desarrollo de algoritmos y guías dirigidas a los pacientes suicidas mejorarían la calidad de la atención, ayudando a profesionales y usuarios.

Desde el presente trabajo desearía plasmar la necesidad de la relación terapéutica y la entrevista clínica como uno más de los cuidados que las enfermeras deben desarrollar. En los servicios de urgencias, donde el ritmo de trabajo es rápido y a menudo caótico, se deja de lado la atención psicológica, aspecto clave en el trato con los pacientes suicidas.

Actualmente, autoridades sanitarias, estatales y medios de comunicación silencian la conducta suicida, tanto los suicidios consumados como aquellos que no llegan a realizarse, este hecho se debe al miedo generalizado al efecto “contagio” o efecto Werther. Dicho fenómeno, aparte de no estar demostrado, se ha desmentido, la muestra de casos de suicidio en los medios de comunicación no aumenta el número de suicidios, aunque sí ayudaría a la sociedad a comprender la problemática situación ante la que nos enfrentamos, además de mostrarle a las familias y amigos que han perdido a algún ser querido por este motivo que no están solas.

El estigma de la enfermedad mental se hace plausible en la conducta suicida, convirtiéndose en un tema tabú del que nadie desea hablar, no obstante, el silencio no ayudará a quienes han perdido las ganas de vivir, será el reconocimiento del problema y la puesta en marcha de medidas de prevención y tratamiento las que nos ayudarán a frenar este problema.

## **9. Bibliografía.**

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
2. Morales Romero A, Rodríguez Valenzuela A, Quiñoz Gallardo MD. Implementación de la Guía: Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida RNAO. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0897.php>
3. Sieso Sevil, AI, Fernández Parrado C, Zahído López V, Pardo Falcón ME. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.php>
4. Bárcena Menoyo P, Carrasco D. Etimología de SUICIDIO [Internet]. [Citado el 04 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?suicidio>
5. Sánchez JC, Villarreal ME, Musitu G. Ideación suicida. Capítulo 12. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13>
6. American Psychiatric Association: Diagnosis And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association. 2013. 342p.
7. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. [Internet]. Eur Child Adolesc Psychiatry (2013) 22 (Suppl 1):S75–S79. doi 10.1007/s00787-012-0365-7
8. Alves de Medeiros V, Santos da Silva AM, Nogueira de Magalhães AP, Gomes de Andrade T, Mancussi e Faro AC, Nardi AE. [Suicide attempts in a emergency hospital]. Arq Neuropsiquiatr. 2014;72(2):123-128. doi: 10.1590/0004-282X20130212
9. Grupo de trabajo del informe técnico de Preventing Suicide: a global imperative. Preventing suicide: a global imperative. Organización Mundial de la Salud. Luxemburgo, 2014. ISBN: 9789241564779

10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
11. Suicidio y Comportamiento Suicida. MedLine Plus [Internet]. Rockville Pike, Bethesda. USA. 21 de febrero de 2016. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
12. Pérez Lobato MC, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM. Caso Práctico de Urgencia Extrahospitalaria: Intento de Suicidio por Ingesta de Fármacos. Sevilla, España. 2012.
13. Cook BL, Progovac AM, Chen P, Mullin B, Hou S, Baca-García E. Novel Use of Natural Language Processing (NLP) to Predict Suicidal Ideation and Psychiatric Symptoms in a Text-Based Mental Health Intervention in Madrid. [Internet] Computational and Mathematical Methods in Medicine. 2016. ID 8708434. doi: 10.1155/2016/8708434
14. Defunciones por Suicidio. [Internet] Instituto Nacional de Estadística. 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3656&capsel=3657>
15. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: Políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2007.
16. Bruner J, Russel M, Herr K, Benjamin E, Myers L, Boyko O, et al. Nonsuicidal Self-Injury–Related Foreign Bodies in the Emergency Department. Elsevier [Internet]. 2014. 36:80-87. doi: 10.1053/j.sult.2014.10.007
17. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón 2013-2017. Disponible en: <http://hospitalprovincial.es/vl/>
18. Salud Mental. Salud Mental: Gobierno Provincial de Alicante. La dipu de los pueblos. 2016. Disponible en: <http://www.diputacionalicante.es/es/LaDiputacion/Areas/Paginas/Salud-Mental.aspx>
19. Webs Departaments de Salut. Webs Departaments de Salut Generalitar Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 2017. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/webs-departamentos-de-salud>

20. Grupo de trabajo de la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención a la salud no especializada. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de la salud no especializada. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. 2012.
21. Bertolote JM. Prevención del Suicidio Un Instrumento Para Médicos Generalistas. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud y Toxicomanías. Ginebra. 2000.
22. Brim C, Lindauer C, Halpern J, Storer A, Barmason S, Young Bradford J, et al. Clinical practice guideline: suicide risk assessment. Emergency Nurses Association. 2012. (Dec):15.
23. Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Observatorio Metodología Enfermera. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Disponible en: [http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=391](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391)
24. Enfermería Actual. Actualización en Enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología enfermera. Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/>
25. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias 3ª Edición. 2012. Escuela de Urgencias y Emergencias. Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León.
26. Crane EH. Patients with Drug-Related Emergency Department visits involving suicide attempts who left against medical advice. The CBHSQ Report. 2016. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville.
27. Betz ME, Miller M, Barber C, Miller I, Sullivan AF, Camargo CA, et al. Lethal means restriction for suicide prevention: Beliefs and behaviors of emergency department providers. *Depress Anxiety*. 2013. 30(10):1013-1020. doi: 10.1002/da.22075
28. Boudreaux ED, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department. *Am J Prev Med*. 2016. 50(4): 445-453. doi: 10.1016/j.amepre.2015.09.029
29. Arias SA, Miller I, Camargo CA, Sullivan AF, Goldstein AB, Allen MH, et al. Factors Associated with Suicide Outcomes 12-months After Screening Positive for Suicide Risk n



- the Emergency Department. *Psychiatr Serv.* 2016. 67(2): 206-213. doi: 10.1176/appi.ps.201400513
30. Façanha J, Carlos Santos J, Cutcliffe J. Assessment of Suicide Risk: Validation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Index for the Portuguese Population. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2016 (30): 470-475. doi: 10.1016/j.apnu.2016.04.009
31. Pacheco Tabuenca T, Robles Sánchez JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid. mil.* 2011. 67(4): 345-353. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712011000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000500003)
32. González Rubio V, Redondo Martín S, Ruíz López del Prado G, Muñoz Moreno MF, Velázquez Miranda A. Urgencias Hospitalarias Asociadas al Consumo de Hipnóticos y Sedantes, Castilla y León, 2009-2013. *Rev Esp Salud Pública.* 2016. (90):1-12. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100421](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100421)
33. Akoz A, Gur STA, Oral E, Avsar UZ, Emet M. Can we predict agitation in patients with suicide attempts in the emergency department? *Afri Health Sci.* 2016. 16(3): 831-837. doi: 10.4314/ahs.v16i3.25
34. Betz ME, Boudreaux ED. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2016. 67(2): 276-282. doi: 10.1016/j.annemergmed.2015.09.001.
35. Youngstrom EA. Using Standardized Methods to Assess Suicidal Behavior: The Need Is Even Greater Than It Looks. *J Clin Psychiatry.* 2015. (76): 1331-1332. doi: 10.4088/JCP.14com09573
36. Boudreaux ED, Jaques ML, Brady KM, Matson A, Allen M. The Patient Safety Screener: Validation of a Brief Suicide Risk Screener for Emergency Department Settings. *Archives of Suicide Research.* 2015. 19(2): 151-160. doi: 10.1080/13811118.2015.1034604
37. Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P, et al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry.* 2014. (14):1-5. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/294>
38. Karman P, Kool N, Poslawsky IE, Van Meijel B. Nurses' attitudes towards self-harm: a literatura review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* (22): 65-75. doi: 10.1111/jpm.12171

39. Heyman I, Webster BJ, Tee S. Curriculum development through understanding the student nurse experience of suicide intervention education – A phenomenographic study. *Nurse Educ Pract.* 2015 (15): 498-506. doi: 10.1016/j.nepr.2015.04.008
40. Aparecida Buriola A, Arnauts I, Decesaro MN, Félix de Oliveira ML, Silva Marcon S. [Nursing assistance to a family of a member who attempted suicide]. 2011. *Esc Anna Nery.* 15(4): 710-716. doi: 10.1590/S1414-81452011000400008
41. Grupo de trabajo del IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020). IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020). Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
42. Grupo de trabajo de la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
43. McCullumsmith C. Laying the Groundwork for Standardized Assessment of Suicidal Behavior. *J Clin Psychiatry.* 2015. (76): 1333-1336. doi: 10.4088/JCP.14com09603

## 10. Anexos

**Anexo 1:** Métodos más comunes de suicidio en España, en base al sexo (Hombres). Año 2015.

Tabla 12: Medios de suicidio empleados por los hombres en España en el año 2015.

Medio empleado	Hombres
Lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulación o sofocación	1421
Lesión autoinfligida por objeto romo o sin filo	526
Lesión autoinfligida por otros medios especificados	107
Envenenamiento por otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas	91
Lesión autoinfligida por disparo de otras armas de fuego y no especificadas	91
Lesión por disparo de rifle, escopeta y arma larga	71
Lesión autoinfligida por ahogamiento y sumersión	62
Lesión autoinfligida por vapor de agua, otros vapores y objetos calientes	60
Envenenamiento por otros productos químicos y sustancias nocivas	48
Lesión autoinfligida por disparo de arma corta	39
Envenenamiento por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas	34
Lesión autoinfligida al saltar desde un lugar elevado	33
Lesión autoinfligida por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento	32
Envenenamiento por otros gases y vapores	30
Envenenamiento por narcóticos y psicodélicos	14
Envenenamiento por plaguicidas	11
Lesión autoinfligida por humo, fuego y llamas	6
Lesión autoinfligida por colisión de vehículo de motor	2
Envenenamiento por alcohol	1
Envenenamiento por otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	1

Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia.

**Anexo 2:** Métodos más comunes en España de suicidio en base al sexo (Mujeres). Año 2015.

Tabla 13: Medios de suicidio empleados por las mujeres en España en el año 2015.

Medio empleado	Mujeres
Lesión autoinfligida al saltar desde un lugar elevado	316
Lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulación o sofocación	243
Envenenamiento por otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas	108
Lesión autoinfligida por ahogamiento y sumersión	57
Lesión autoinfligida por medios no especificados	54
Envenenamiento por otros productos químicos y sustancias nocivas	41
Envenenamiento por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas	29
Lesión autoinfligida por objeto cortante	20
Lesión autoinfligida por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento	15
Lesión autoinfligida por colisión de vehículo de motor	9
Envenenamiento por otros gases y vapores	7
Envenenamiento por alcohol	4
Envenenamiento por narcóticos y psicodélicos	3
Envenenamiento por plaguicidas	3
Lesión autoinfligida por disparo de otras armas de fuego y no especificadas	3
Lesión autoinfligida por humo, fuego y llamas	3
Envenenamiento por analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	2
Lesión autoinfligida por disparo de arma corta	2
Lesión autoinfligida por otros medios especificados	2
Lesión por disparo de rifle, escopeta y arma larga	1

Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia.

**Anexo 3:** Suicidios en España en el año 2015 en base al mes de defunción, dividido por sexos.

Tabla 14: Total de suicidios divididos por mes de defunción y sexo.

<b>Mes de defunción</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Enero	204	72
Febrero	197	73
Marzo	264	103
Abril	217	70
Mayo	248	83
Junio	249	59
Julio	272	87
Agosto	236	76
Septiembre	218	77
Octubre	189	85
Noviembre	179	56
Diciembre	207	81

Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia.

**Anexo 4:** Total de suicidios en el año 2015 dividido por Comunidades Autónomas.

Tabla 15: Total de suicidios en base a las CCAA en las que se registró la defunción.

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Suicidios</b>
Andalucía	682
Aragón	131
Asturias, Principado de	135
Baleares, Islas	93
Canarias	190
Cantabria	38
Castilla y León	224
Castilla-La Mancha	167
Cataluña	495
Comunidad Valenciana	348
Extremadura	58
Galicia	318
Madrid, Comunidad de	327
Murcia, Región de	106
Navarra, Comunidad Foral de	53
País Vasco	168
Rioja, La	25
Ceuta	3
Melilla	4
Extranjero	37

Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia.

**Anexo 5:** Total de suicidios divididos por edad en la Comunidad Valenciana en el año 2015.



Figura 8: Total de suicidios registrados en la CV dividido por edades. Fuente: Datos extraídos del INE. Elaboración propia.

**Anexo 6:** Total de Hospitales de Referencia de los Departamentos de Salud en la Comunidad Valenciana en base a si disponen de servicio de psiquiatría o no.

Tabla 16: Total de hospitales de referencia de los departamentos de salud en la CV en base a los que disponen de servicio de psiquiatría y los que no.

Departamento	Hospital de Referencia	Servicio de Psiquiatría
Vinaróz	Hospital Universitario de Vinaróz	NO
La Plana	Hospital Universitario La Plana	NO
Castellón	Hospital Universitario General de Castellón	SÍ
Sagunto	Hospital de Sagunto	SÍ
Valencia Clínico-La Malva-Rosa	Hospital Universitario Clínico de Valencia	SÍ
Valencia Arnau de Vilanova-Líria	Hospital Arnau de Vilanova	SÍ
	Hospital de Líria	NO
Valencia La Fe	Hospital Universitario Politécnico La Fe	SÍ
Valencia Dr. Peset	Hospital Universitario Dr. Peset	Sin datos
Requena	Hospital General de Requena	NO
Hospital General de Valencia	Hospital Universitario General de Valencia	SÍ
La Ribera	Hospital Universitario de La Ribera	SÍ
Gandía	Hospital Fransesc de Borja	SÍ
Denia	Hospital de Denia-MarinaSalud	SÍ
Játiva –Onteniente	Hospital Luís Alcañíz de Játiva	Sin datos
	Hospital General de Onteniente	SÍ
Alcoy	Hospital Público Virgen de Los Lirios	SÍ
La Marina Baixa	Hospital Marina Baixa	SÍ
San Juan de Alicante	Hospital Universitario San Juan de Alicante	SÍ
Elda	Hospital General de Elda	SÍ
Hospital General de Alicante	Hospital General Universitario de Alicante	NO
Elche-Hospital General	Hospital Universitario General de Elche	SÍ
Orihuela	Hospital Vega Baja	SÍ
Torreveja	Hospital Universitario de Torreveja	NO
Manises	Hospital de Manises	NO
Elche-Crevillente	Hospital Universitario del Vinalopó	NO
La Pedrera	Hospital La Pedrera	NO

Fuente: Datos extraídos de la Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Elaboración propia.



**Anexo 7:** Cuestionario de Horowitz.

CUESTIONARIO DE RIESGO DE SUICIDIO DE HOROWITZ

- Nombre del paciente:
  - Fecha:
  - Historia Clínica:
1. ¿Ha deseado usted estar muerto durante las últimas semanas?
    - Sí
    - No
    - No responde
  2. Durante las últimas semanas, ¿ha pensado Ud. o su familia estarían mejor si Ud. estuviera muerto?
    - Sí
    - No
    - No responde
  3. Durante las últimas semanas, ¿ha tenido Ud. pensamientos acerca de matarse?
    - Sí
    - No
    - No responde
  4. ¿Ha intentado Ud. alguna vez matarse?
    - Sí
    - No
    - No responde
- En caso de que la respuesta sea Sí, ¿cómo?
  - En caso de que la respuesta sea Sí, ¿cuándo?

**Anexo 8:** Escala de desesperanza de Beck.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por cencido, 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 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 importante 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.		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Anexo 9:** Escala SAD PERSONS

Sex (Sexo)	1 Varón
Age (Edad)	1 > 65 años
Depression (Depresión)	1
Previous (Intento previo)	1
Ethanol (Abuso de alcohol)	1
Rational thinking loss (Pérdida de pensamiento racional)	1
Social support lacking (Sin apoyo social)	1
Organised plan (Planificación)	1
No spouse (Sin pareja)	1
Sickness (Enfermedad)	1

Puntuación:

0-2	Seguimiento ambulatorio.
3-4	Seguimiento ambulatorio (estrecho control).
5-6	Hospitalización, salvo muy buen apoyo y control familiar.
7-10	Hospitalización.

**Anexo 10:** Escala IS PATH WARM

Ideation (Ideación suicida)	1
Substance abuse (Abuso de sustancias)	1
Purposelessness (Pérdida de propósitos)	1
Anger (Agresividad incontrolada)	1
Trapped (Sentimientos de que no existe otra salida)	1
Hopelessness (Desesperanza)	1
Withdrawing (reducción del contacto con familiares y amigos)	1
Anxiety (Ansiedad, agitación o trastornos del sueño)	1
Recklessness (Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias)	1
Mood (Cambios en el estado de ánimo)	1

**Anexo 11:** Escala de ideación suicida de Beck.

1. Deseo de vivir.	<input type="radio"/> De moderado a fuerte <input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Ninguno
2. Deseo de morir.	<input type="radio"/> De moderado a fuerte <input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Ninguno
3. Razones para vivir/morir	<input type="radio"/> Las de vivir superan a las de morir <input type="radio"/> Aproximadamente igual <input type="radio"/> Las de morir superan a las de vivir
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio.	<input type="radio"/> De moderado a fuerte <input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Ninguno
5. Deseo de suicidio pasivo.	<input type="radio"/> Tomaría precauciones para salvarse <input type="radio"/> Dejaría la vida/la muerte al azar <input type="radio"/> Evitaría tomar las medidas necesarias para salvar o conservar la vida
6. Dimensión temporal: duración de la ideación/deseo suicida.	<input type="radio"/> Breve, períodos pasajeros <input type="radio"/> Períodos más prolongados <input type="radio"/> Continua o casi continua
7. Dimensión temporal: frecuencia del suicidio.	<input type="radio"/> Rara, ocasional <input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> Persistente o continua
8. Actitud hacia la ideación/deseo	<input type="radio"/> De rechazo <input type="radio"/> Ambivalente, indiferente <input type="radio"/> De aceptación
9. Control sobre la acción suicida/deseo de “acting out”.	<input type="radio"/> Tiene conciencia de control <input type="radio"/> Inseguro de control <input type="radio"/> No tiene conciencia de control
10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia, religión, irreversibilidad).	<input type="radio"/> No lo intentaría debido a un impedimento <input type="radio"/> Alguna preocupación acerca de los impedimentos <input type="radio"/> Mínimas o ninguna preocupación acerca de los impedimentos
11. Motivo del intento proyectado.	<input type="radio"/> No considerada <input type="radio"/> Combinación de 0 y 2 <input type="radio"/> Huir, acabar, solucionar problemas
12. Método: especificidad/planificación del intento proyectado.	<input type="radio"/> No considerada <input type="radio"/> Considerada, pero detalles no ultimados <input type="radio"/> Detalles ultimados o bien formulados
13. Método: disponibilidad/oportunidad del intento proyectado.	<input type="radio"/> Método no disponible; oportunidad <input type="radio"/> Método que requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no fácilmente disponible. <input type="radio"/> Método y oportunidad aprovechable <input type="radio"/> Futura oportunidad o disponibilidad del método anticipado
14. Sentido de la capacidad para llevar a cabo el intento.	<input type="radio"/> No animado, demasiado débil, temeroso, incompetente <input type="radio"/> Inseguro del valor, competencia <input type="radio"/> Seguro de la competencia, valor
15. Expectativas/anticipación del intento actual.	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Incierta, no segura <input type="radio"/> Sí
16. Preparación actual del intento proyectado.	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Parcial (por ejemplo empezando a reunir píldoras) <input type="radio"/> Completa (por ejemplo, píldoras conseguidas, pistola cargada)
17. Nota suicida.	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Iniciada pero no completa; solamente pensada <input type="radio"/> Completa
18. Actos finales en anticipación a la muerte (por ejemplo, seguro, testamento).	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Pensada o hechas algunas disposiciones <input type="radio"/> Hechos planes definidos o arreglos completos
19. Engaño/ocultamiento del suicidio proyectado.	<input type="radio"/> Ideas reveladas abiertamente <input type="radio"/> Refrenado a revelarlo <input type="radio"/> Dispuesto a engañar, ocultar, mentir

**Anexo 12:** Escala de intencionalidad suicida

1. Aislamiento	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal. 2. Nadie cerca o en contacto
2. Medición del tiempo	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (evita a los otros pero no evita su intervención) 2. Toma precauciones activas (evita intervención de otros)
4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborados potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. Actos finales en anticipación de la muerte	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. Preparación activa del intento	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. Nota suicida	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. Comunicación verbal	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (“estoy cansado de la vida” 2. Comunicación no ambigua (“quiero morir”)
9. Propósito supuesto del intento	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida
10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte	0. Pensó que era improbable 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
11. Concepción de la letalidad del método	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. Seriedad del intento	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida
13. Actitud hacia vivir/morir	0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. Concepción de la capacidad de salvamento médico	0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. Grado de premeditación	0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3h antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3h antes del intento
16. Reacción frente al intento	0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. Preconcepciones de la muerte	0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. Número de intento de suicidio previos	0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. Relación entre ingesta de alcohol e intento	0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)	0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad. 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad. 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

**Anexo 13:** Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo...)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Idea de suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas o amenazas de suicidio 4. Intentos de suicidio
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Problemas en el trabajo y actividades	0. Ausentes 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. “Juega” con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud pasiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes con la ansiedad	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez abdominal 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Fatigabilidad y pérdida de energía 2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido
14. Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales	0. Ausentes 1. Débiles 2. Graves 3. Incapacitantes
15. Hipocondría	0. Ausente 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar solo A o B)	A. Según manifestaciones del paciente: 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida según el enfermo B. Según pesaje por parte del médico: 0. Pérdida de peso < 500g/semana 1. Pérdida de peso > 500g/semana 2. Pérdida de peso >1 kg/semana
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, etc. 2. Niega estar enfermo

Puntuación:

0-7	Estado normal
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que depresión mayor

**Anexo 14:** Patrones Funcionales de Marjory Gordon

Tabla 17: Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

---

<b>Patrones Funcionales de Marjory Gordon</b>
Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud
Patrón 2: Nutricional – Metabólico
Patrón 3: Eliminación
Patrón 4: Actividad – Ejercicio
Patrón 5: Sueño – Descanso
Patrón 6: Cognitivo - Perceptual
Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto
Patrón 8: Rol – Relaciones
Patrón 9: Sexualidad – Reproducción
Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés
Patrón 11: Valores - Creencias

---

Fuente: Elaboración propia.



**Anexo 15:** Cartera de Servicios de Salud Mental en la Comunidad Valenciana

<b>1. ATENCIÓN AMBULATORIA</b>			
<b>SERVICIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PRESTACIONES</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>
1.1. Centros de Atención Primaria (CAP).	Formado por centros de salud y ambulatorios. Suponen el primer eslabón de acceso al sistema nacional de salud (SNS). Su ámbito de actuación es la zona básica de salud.	Prevención y promoción de la salud mental. Prestación de asistencia a demanda, programada y urgente (tanto en el centro como en el domicilio). Detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a recursos de salud mental.	ABUCASIS II.
1.2. Unidades de Salud Mental (USM).	Centros de abordaje psicoterapéutico de la enfermedad mental, utilizando terapia psicofarmacológicas y técnicas psicoterapéuticas. Su ámbito de actuación supera la zona básica de salud.	Valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención domiciliaria. Atención urgente y coordinación con diversos recursos asistenciales.	ABUCASIS II.
1.3. Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMI y USMI-A).	Misma descripción que las USM diferenciándose de estas por la edad de la población a la que atiende. Coordinados con la USM y los CAP.	Mismas prestaciones que la USM, señalando en estos casos la coordinación con recursos no asistenciales (Bienestar Social, M <sup>o</sup> Educación, Justicia y otros), y la integración y participación de los padres y familiares.	ABUCASIS II.

<b>2. ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>			
<b>SERVICIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PRESTACIONES</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>
2.1. Atención urgente.	La atención psiquiátrica urgente se lleva a cabo dentro de los servicios de urgencias de la red de hospitales de la comunidad valenciana.	Recepción, valoración, diagnóstico, tratamiento y derivación (a la USM correspondiente o unidades de hospitalización psiquiátrica).	ORION.
2.2. Unidades de Hospitalización psiquiátrica (UHP).	Tratamiento intensivo en régimen de ingreso. Indicado en casos de gravedad de la sintomatología y estabilización de la fase aguda. Ubicación habitual en hospitales generales. Los tipos de ingreso son: programados (USM) o urgente (servicios de urgencias) estos a su vez pueden ser voluntarios o involuntarios.	Valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y derivación (con cita) a la USM.	ORION.
2.3. Unidades de Hospitalización Domicilio (UHD).	Atención hospitalaria en el domicilio del usuario. Se realizará mediante la aprobación del médico facultativo y la familia. Se coordina con la USM y los CAP.	Mismas prestaciones que las UHP.	SISAL.

<b>2. ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>			
<b>SERVICIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PRESTACIONES</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>
2.4.Hospitales de Día (HD).	Recurso temporal indicado para usuarios con trastorno mental grave. Régimen de hospitalización parcial (sin pernoctación). Vinculado a la USM.	Valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. Programas específicos para cada necesidad (rehabilitación cognitiva, afrontamiento al estrés, apoyo a las familias...).	ABUCASIS.
2.5. Unidades de Media Estancia (UME).	Ingreso hospitalario por patología refractaria o empeoramiento que no ha podido ser tratado por la atención ambulatoria o las unidades de hospitalización de agudos por requerir una atención más prolongada (entre 4 y 6 meses).	Valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Asistencia psicoterapéutica mediante un plan de atención integral, que incluye la terapia farmacológica. También disponen de programas para atención a las familias. Derivación (con cita) a la USM.	SISAL.