

***CONDUCTA SUICIDA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN CANTABRIA Y ACTUACIÓN
ENFERMERA***

SUICIDAL BEHAVIOR: INTERVENTION PROGRAMS IN CANTABRIA AND NURSING PERFORMANCE



Trabajo de fin de grado mayo 2024

Facultad de enfermería UC

Autora: Mónica Gómez Isábal

Tutora: Mar Aparicio Sanz

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Agradecimiento:

A ti, que aunque aún no lo sabes, eres quien motivó estas páginas nada fáciles de escribir;

te perdoné nada más ocurrió todo, era lo mínimo que podía entregarte, un hombro, y un perdón a quien ni me podía mirar a la cara, esa mochila llena de piedras cayó sobre mi espalda de un día para otro, supongo nadie está preparado para vivir algo así, yo al menos no lo estaba, pero esa mochila no pesaba más que el amor que nos dimos;

ahora entiendo un poco mejor por lo que pudo pasar esa cabecita hasta que todo se fue de las manos, lo sentí muy dentro de mí y lo sentí mucho contigo; te quiero, y aprecio cada rincón de ti, las dí muchas veces, pero una vez más, doy gracias a la vida por poder hoy darte un beso y no tener que lanzarlo al cielo.

...tú mil cosas que agradecerme y yo mil cosas por las que pedirte perdón. Ojalá algún día se nos cumpla ese deseo que tantas veces pedimos en aquella terraza del quinto piso... ojalá.

ÍNDICE

Resumen/Abstract	5
1. Introducción.....	6
1.1 Contextualización	6
1.2 Justificación de la elección del tema	7
1.3 Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
1.4 Estrategias de búsqueda bibliográfica	7
1.5 Capítulos	8
2. Factores de riesgo, protectores y precipitantes del suicidio	9
2.1 Factores de riesgo	9
2.2 Factores protectores	10
2.3 Factores precipitantes	10
3. Evaluación del riesgo suicida y formas de suicidio.....	12
Evaluación del riesgo suicida	12
Formas de suicidio.....	12
4. Programas de actuación	15
4.1 Programas de actuación en España.....	15
4.2 Abordaje de la conducta suicida en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026....	16
4.2.1 Programa CARS.....	17
5. Atención y papel de enfermería en la conducta suicida.....	20
5.1 En conducta suicida adulta.....	20
5.2 En conducta suicida infanto-juvenil	21
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	22
Hospital de día Infanto-Juvenil	23
Hospitalización de niños, niñas y adolescentes	23
5.3 Plan de Cuidados de Enfermería.....	23
5.4 Barreras para la enfermería	27
6. El suicidio en medios de comunicación.....	28
7. Conclusiones.....	29
8. Referencias bibliográficas	30
9. ANEXOS.....	33

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, según la OMS fallecen 703.000 personas al año, lo que significa no sólo afecta a unos pocos países, a determinados colectivos o a franjas de edad concretas. España no escapa a esta problemática teniendo tasas de 8.85 suicidios anuales por cada 100.000 habitantes.

Para su abordaje desde la enfermería, es esencial identificar los factores de riesgo, protectores y precipitantes que pueden incidir en la conducta suicida, además de conocer las técnicas, herramientas, escalas de valoración y protocolos clínicos.

A pesar de la ausencia de un marco estratégico nacional de prevención del suicidio, los Sistemas autonómicos de Salud están implementando programas de intervención y prevención, haciendo hincapié en el programa CARS iniciado en 2016 en el HUMV, que ofrece una atención inmediata y multidisciplinar a personas que han cometido un intento autolítico sin éxito o han sufrido ideaciones suicidas.

En la intervención de la conducta suicida, tanto en edad adulta como en la etapa infanto-juvenil, es imprescindible el papel de la enfermería, dentro del equipo multidisciplinar, y así brindar una atención personalizada abordando las necesidades psíquicas y físicas de cada paciente desarrollado a través de las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Palabras clave: Suicidio, Atención de Enfermería, Prevención del Suicidio, Factores de Riesgo, Protocolos Clínicos

Abstract

Suicide is a public health problem worldwide; according to the WHO, 703,000 people die each year, which means it not only affects a few countries, certain groups or specific age groups. Spain does not escape this problem, having rates of 8.85 annual suicides per 100,000 inhabitants.

To approach it from nursing, it is essential to identify the risk, protective and precipitating factors that can affect suicidal behavior, in addition to knowing the techniques, tools, assessment scales and clinical protocols.

Despite the absence of a national strategic framework for suicide prevention, the regional Health Systems are implementing intervention and prevention programs, emphasizing the CARS program, started in 2016 at the HUMV, which offers immediate and multidisciplinary care. to people who have made an unsuccessful suicide attempt or have suffered suicidal ideations.

In the intervention of suicidal behavior, both in adulthood and in the child-adolescent stage, the role of nursing is essential, within the multiprofessional team, and thus provide personalized care addressing the psychological and physical needs of each patient developed to through the five stages of the Nursing Care Process.

Keywords: Suicide, Nursing Care, Suicide Prevention, Risks factors, Clinical Protocols

1. Introducción

“El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal”
Edwin Shneidman, 1985 (Jiménez, 2013.)¹

1.1 Contextualización

El suicidio se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y puede considerarse la emergencia principal en el campo de la salud mental debido, entre otras cosas, a la falta de medidas de prevención adecuadas en muchos de los países, incluida España.

A nivel mundial, la OMS estima que unas 703.000 personas mueren al año a causa del suicidio, lo que representa una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes o una muerte cada 40 segundos, y un intento suicida cada 3. Además, el 90% de los sujetos fallecidos ya padecían de una enfermedad de salud mental diagnosticada, siendo el más frecuente la depresión. (País Vasco, 2019)²

Es la primera causa de muerte violenta en gran cantidad de países, y desde una perspectiva de género, a pesar de un mayor número de intentos por parte de mujeres, son los hombres quienes más veces lo llevan a cabo. (Jiménez, 2013.)¹

Según la OMS, muchas de las personas que realizan el acto suicida no quieren fallecer, ni mucho menos desean la muerte, tan solo quieren dejar de sufrir y ésta es la única solución que encuentran. (Ravalli, 2017)⁴ No siempre quien intenta cometer el acto suicida lo consigue, tan solo una de cada veinte personas que lo intentan consigue acabar con su vida. El suicidio no sólo afecta a una población específica o a países con altos ingresos, sino que afecta desde niños hasta ancianos, por lo que es un grave problema de salud pública a nivel mundial. (OMS, 2023)⁵

En **España** se registran 8,85 suicidios por cada 100.000 habitantes. No obstante, algunas comunidades autónomas como Galicia, Canarias o Asturias superan la media. Las últimas estadísticas disponibles son del año 2022 elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022)⁶, y según sus datos se produjeron un total de 4.097 suicidios, donde 3.126 (74%) fueron hombres y 1.101 (26%) mujeres, lo cual significa que 3 de cada 4 eran varones. Estas cifras suponen una media de más de 11 suicidios cada día en España.(INE, 2022)⁶

En 2022 aumentó la cifra de suicidios en un 5,6% respecto a 2021, lo que supone 224 suicidios más que el año anterior y por cuarto año consecutivo se superan las cifras tanto totales como en cada sexo. En lo que llevamos de siglo ya ha habido más de 80.000 defunciones por esta causa, por lo que se está haciendo mucho hincapié en la necesidad de programas de prevención de la conducta suicida, para que las cifras no sigan aumentando. (INE, 2022)⁶

El riesgo de conducta suicida aumenta con la edad y siendo varón, con un pico entre los 45 y 55 años. Sin embargo, cabe destacar el incremento que se está dando en la edad adolescente (entre los 15 y 19 años), pasando este último año de 53 a 75 fallecidos, siendo así el suicidio la primera causa de muerte en la juventud española en un rango desde los 15 a los 29 años de edad.(Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022)⁷. A día de hoy, los suicidios en población joven superan el conjunto de fallecidos por violencia de género, homicidios,

accidentes en carretera y accidentes laborales, y son la principal causa de años potenciales perdidos. (Díaz, 2022)⁸

No obstante, a pesar de las alarmantes cifras de suicidio que se dan en nuestro país, España posee unas tasas considerablemente más bajas que otros muchos países como Corea (24,1), Lituania (18,5), Eslovenia (15,7), Japón (15,4) o países vecinos como Bélgica (15,2). (INE, 2022)⁶

Con el objetivo de mantener informada a la población de la magnitud epidemiológica e impacto en la sociedad del suicidio, la Fundación Española para la Prevención del Suicidio creó el Observatorio de Suicidio, que anualmente desde 2015 emite informes sobre la situación en España, actividad que aún mantiene en la actualidad.

1.2 Justificación de la elección del tema

Se ha llevado a cabo una monografía acerca de la conducta suicida en Cantabria y de la actuación enfermera en este ámbito debido al gran problema de salud pública que hoy día está atravesando la sociedad. Además, en cuanto a lo que enfermería se refiere, es de gran importancia ser conocedor del manejo de estos pacientes ya que se encuentran en situaciones muy vulnerables y con necesidades específicas que hay que conocer a la hora de trabajar con ellos. Personalmente, puedo decir me equivoqué mil veces cuando me topé con esto por primera vez, no querría volver a cometer los mismos fallos, por lo que este trabajo, para mí, para ser capaz de, ahora sí con más conocimientos, proporcionar esos cuidados de calidad.

1.3 Objetivos

Objetivo general

- Conocer el estado actual del abordaje de la conducta suicida

Objetivos específicos

- Identificar los factores que inciden en la conducta suicida
- Analizar las herramientas y programas de actuación
- Describir el papel de la enfermería frente a la conducta suicida

1.4 Estrategias de búsqueda bibliográfica

Esta monografía se ha realizado mediante la búsqueda en guías de la práctica clínica, manuales y artículos científicos. Se han consultado bases de datos científicas como son PubMed, Scielo, Google Académico y varios artículos recogidos de consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria como el Plan de Salud Mental de Cantabria 2002-2026. También ha sido de gran ayuda contar con páginas web oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Para la realización del presente trabajo se empleó el uso de los operadores booleanos ya que nos permite especificar más la búsqueda; algunos de los descriptores que empleamos a la hora de realizar nuestra investigación fueron estas:

DeCS	MeSH
Suicidio	Suicide
Prevención del Suicidio	Suicide Prevention
Intento de Suicidio	Suicide, Attempted
Atención de enfermería	Nursing Care
Factores de riesgo	Risks factors

Además, se han seguido unos criterios de inclusión como son el acceso gratuito, que se permita leer el texto completo, artículos en español, inglés o italiano y se ha intentado hacer uso de los artículos más recientes, para disponer de una información más actualizada (artículos desde 2015 a 2024). No obstante, también se ha empleado algún artículo y manual de mayor antigüedad por la gran relevancia y fiabilidad que éstos mostraban para la actual monografía.

1.5 Capítulos

- En los capítulos 2 y 3 se identifican los factores de riesgo, protectores y precipitantes del suicidio, así como la evaluación del riesgo suicida y las formas de suicidio.
- En el capítulo 4 se analizan los programas de intervención ante la conducta suicida en España y Cantabria, centrándonos en esta última en el Programa CARS
- En el capítulo 5 se aborda el papel de la enfermería en la conducta suicida en dos ámbitos poblacionales: etapa infanto-juvenil y edad adulta
- En el capítulo 6 se analizan los efectos de los medios de comunicación.
- En el capítulo 8 se estudia el impacto sociosanitario.
- Finalmente, en el capítulo 9 las conclusiones.

2. Factores de riesgo, protectores y precipitantes del suicidio

Como ya se ha comentado con anterioridad, el suicidio se considera un problema de salud pública de ámbito global donde muchos grupos de población se consideran vulnerables, por ello se ha indagado acerca de aquellas circunstancias que nos acercan o alejan a tener una conducta suicida, teniendo en cuenta la multicausalidad de este fenómeno. Se han distinguido tres grupos que son, factores de riesgo, factores protectores y factores precipitantes, los cuales tendrán sus consiguientes subgrupos. (González, 2020)⁹

2.1 Factores de riesgo

Hay una gran cantidad de causas que pueden llegar a desencadenar una conducta suicida; Se entiende como factores de riesgo de suicidio aquellos atributos cuya presencia aumenta la posibilidad de que ocurra una conducta de riesgo, estos atributos pueden ser principalmente de tipo personal, familiar o social. (González, 2020)⁹ No obstante, la presencia de varios factores de riesgo no implica que se vaya a dar el suceso, no se convierte en “la causa”, pero el nivel de riesgo se verá aumentado por lo que hay que saber de ellos para así tenerlos en consideración y ser capaces de tomar las medidas oportunas. (Ministerio de Sanidad, 2012)¹⁰

De tipo:	
Personal	• Sentimientos de tristeza profunda, soledad, desesperanza, desinterés... • Abuso de drogas o alcohol • Padecer alguna enfermedad de salud mental (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar...) • Enfermedades crónicas (esclerosis múltiple, ELA...) • Tentativas previas de suicidio • Impulsividad • Haber sido o ser víctima de algún tipo de violencia
Familiar	• Suicidios familiares previos aumenta el riesgo de cometer conductas suicidas • Familia desestructurada • Escaso o nulo apoyo familiar • Exigencia excesiva • Aniversarios de fechas tristes
Social	• Soledad no deseada • Falta de apoyos sociales
Sexual	• Abusos sexuales • No aceptar la propia orientación sexual o sexualidad
Académico o laboral	• Fracaso escolar • Nivel socioeconómico bajo

	• Bullying • Situación laboral
--	---

Fuente: Elaboración propia (Sánchez, 2022)¹¹(Jiménez,2013)¹

2.2 Factores protectores

Los factores protectores son características que ayudan al desarrollo, reducen la aparición de las conductas suicidas y disminuyen la vulnerabilidad de la persona, disminuyendo así la probabilidad de suicidio incluso estando bajo algún factor de riesgo. (González, 2020)⁹ Básicamente son factores que nos ayudan a manejar el malestar o momentos críticos, y por ello deberíamos también otorgarles el valor que tienen. Entre estos destacan la capacidad de uno mismo ante la resolución de problemas, una buena autoestima o la capacidad de habilidades sociales entre otras.(Grinspun, 2009)¹²

De tipo:	
Personal	• Tener autoestima • Salud tanto física como psíquica • Mostrar buenas habilidades sociales y de comunicación • Buenas habilidades a la hora de resolver problemas
Familiar	• Mantener una relación sana con la familia • Respeto, confianza y amor
Social	• Red social de calidad • Mantener y crear vínculos de amistad • Integrarse a nivel sociocultural
Sexual	• Educación sexual • Desarrollarte acorde a tu orientación sexual
Académico o laboral	• Relaciones saludables en el puesto de trabajo o en los centros de aprendizaje • Recursos de ayuda externos

Fuente: Elaboración propia (Sánchez, 2022)¹¹(Jiménez, 2013)¹

2.3 Factores precipitantes

Finalmente, los factores precipitantes son situaciones de mucho estrés, que la persona interpreta como amenazantes, con un sentimiento de perturbación emocional y una baja expectativa en sus posibilidades de solución. Por lo que puede llegar a cometer un intento suicida. Algunos de estos factores pueden ser más o menos comunes en determinadas etapas de la vida. (País Vasco, 2019)²

Eventos vitales estresantes:
• Acoso, humillaciones • Pérdidas personales como puede ser la muerte o el divorcio • Maltrato físico, sexual o ambos • No aceptar la identidad sexual • Un gran conflicto • Diagnóstico de una enfermedad grave • Empeoramiento de enfermedad

Fuente: Elaboración propia (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022)⁷(País Vasco,2019)²

3. Evaluación del riesgo suicida y formas de suicidio

Evaluación del riesgo suicida

A la hora de prevenir la conducta suicida una buena evaluación del riesgo de cometerlo es crucial además de la detección precoz, lo cual conformarían la etapa de valoración.(Del Rocío, 2017)¹³ La entrevista clínica es nuestro gran aliado para afianzar esa relación profesional-paciente, crear ese ambiente íntimo y ahora sí, en un clima y vínculo de gran confianza poder recoger toda la información de interés posible. (Sánchez, 2022)¹¹ Como en cualquier entrevista clínica hay muchos factores a tener en cuenta como son: el tiempo del que disponemos, la escucha activa, el ambiente, la empatía, contar con el paciente para las decisiones, comentar juntos los objetivos y con ello generar una mayor satisfacción en el paciente y en el profesional, que por consiguiente logra una entrevista mucho más rica en información.

Después de una conducta suicida, es muy importante que sepamos hablar desde el respeto para que el paciente no se sienta juzgado. Se debe llevar a cabo una evaluación psicopatológica y social, además de evaluar la presencia de factores de riesgo y protectores para poder así valorar el riesgo actual del paciente de volver a repetir estas conductas. Es de gran importancia ser conocedor de las causas o factores precipitantes que llevaron al paciente al intento autolítico en cada una de las ocasiones en caso de haber sido más de un intento.

Es importante hacer uso de las escalas de evaluación, que son instrumentos psicométricos creados para evaluar el riesgo suicida. Sin embargo, el uso de estos no deben nunca ser sustitutos por el juicio clínico o la entrevista, sino que es una ayuda complementaria para que el diagnóstico sea lo más acorde y adecuado para nuestro paciente.(Ministerio de Sanidad, 2012)¹⁰ Las escalas más empleadas en estos casos son la escala de desesperanza, la Escala de ideación suicida, y la Escala de Intencionalidad Suicida, todas ellas de Beck; hay muchas otras que aún no están validadas en España, en el caso del HUMV el empleado de forma rutinaria es la Escala de Ideación Suicida de Beck. Esta es una Escala que cuenta con 19 Items, los cuales, el profesional una vez acabada la entrevista debería tener cumplimentada. Se recoge información acerca de la actitud que siente hacia la vida y la muerte, si ha tenido o sufre de pensamientos suicidas, si ha pensado en alguna forma de llevar a cabo fatal desenlace o incluso si lo ha intentado. Cada Item se evalúa de 0 a 2 puntos y se considera que una puntuación igual o mayor que 1 ya indica riesgo suicida; en pacientes ingresados en España, la media de puntuación que se obtiene es de un 12. Puede ser un instrumento muy útil en la práctica clínica ya no solo para saber el grado de ideación suicida sino para cuantificar los cambios en el paciente al cabo del tiempo. (Ministerio de Sanidad, 2012)¹⁰ (ver ANEXO 2)

Finalmente, hace pocos años se ha aceptado y confirmado la fiabilidad y validez de la versión española de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)(Del Rocío, 2017)¹³, la cual se reconoce como una herramienta confiable y adecuada para evaluar tanto la ideación, como la conducta suicida en entornos clínicos y de investigación. (ver ANEXO 3)

Formas de suicidio

Según los datos recogidos en la página oficial del Instituto Nacional de Estadística, hay unos métodos para consumar el suicidio que prevalecen notablemente muy por encima de otros. En

primer lugar, se encuentra el ahorcamiento, que representa el método escogido por el 45 % de los fallecidos, a éste le sigue el saltar desde un lugar elevado con un 26%, y tras éstos dos, las cifras de los otros métodos disminuyen notablemente. En tercer lugar, se encuentra la toma de drogas o medicación excesiva, al que le sigue medicación específica como serían antiepilépticos, sedantes hipnóticos, medicación antiparkinsoniana...; ya en cifras menos significativas encontramos lesiones por objetos cortantes, ahogamiento, envenenamiento por productos químicos y sustancias nocivas. (INE, 2022)⁶

En cuanto estratificamos las gráficas, se observan claras diferencias entre ambos sexos. En los métodos con mayores cifras de suicidio, como son el ahorcamiento y la precipitación desde un lugar elevado, predominan las cifras de hombres ya que suelen emplear los métodos más violentos de suicidio. (González, 2020)⁹ Sin embargo, en el caso de las mujeres a pesar de que el medio de precipitarse desde lugares de gran altitud sea el más empleado seguido del ahorcamiento, tienden a utilizar métodos menos violentos. Para concluir, se destaca que entre los métodos empleados menos frecuentes, las cifras de fallecidos no varía mucho entre ambos sexos. (INE, 2023)¹⁴

CAUSAS	NÚMERO
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS, ANTIPIRÉTICOS Y ANTIRREUMÁTICOS	19
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) DROGAS ANTIEPILÉPTICAS, SEDANTES, HIPNÓTICAS, ANTIPARKINSONIANAS Y PSICOTRÓPICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	169
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) NARCÓTICOS Y PSICODISLÉPTICOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	21
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) OTRAS DROGAS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	7
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) OTRAS DROGAS, MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS	178
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) ALCOHOL	10
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) DISOLVENTES ORGÁNICOS E HIDROCARBUROS HALOGENADOS Y SUS VAPORES	8
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) OTROS GASES Y VAPORES	52
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) PLAGUICIDAS	7
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR (EXPOSICIÓN A) OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS	95
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACIÓN	1766
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN	114
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR DISPARO DE ARMA CORTA	69

LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR DISPARO DE RIFLE, ESCOPETA Y ARMA LARGA	76
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS	31
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR MATERIAL EXPLOSIVO	0
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR HUMO, FUEGO Y LLAMAS	14
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR VAPOR DE AGUA, OTROS VAPORES Y OBJETOS CALIENTES	1
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO CORTANTE	120
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO ROMO O SIN FILO	0
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO	1062
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR ARROJARSE O COLOCARSE DELANTE DE OBJETO EN MOVIMIENTO	62
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR COLISIÓN DE VEHÍCULO DE MOTOR	13
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OTROS MEDIOS ESPECIFICADOS	25
LESIÓN AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS	22

TOTAL 3941

Tabla propia de la fuente: (INE, 2023)¹⁴

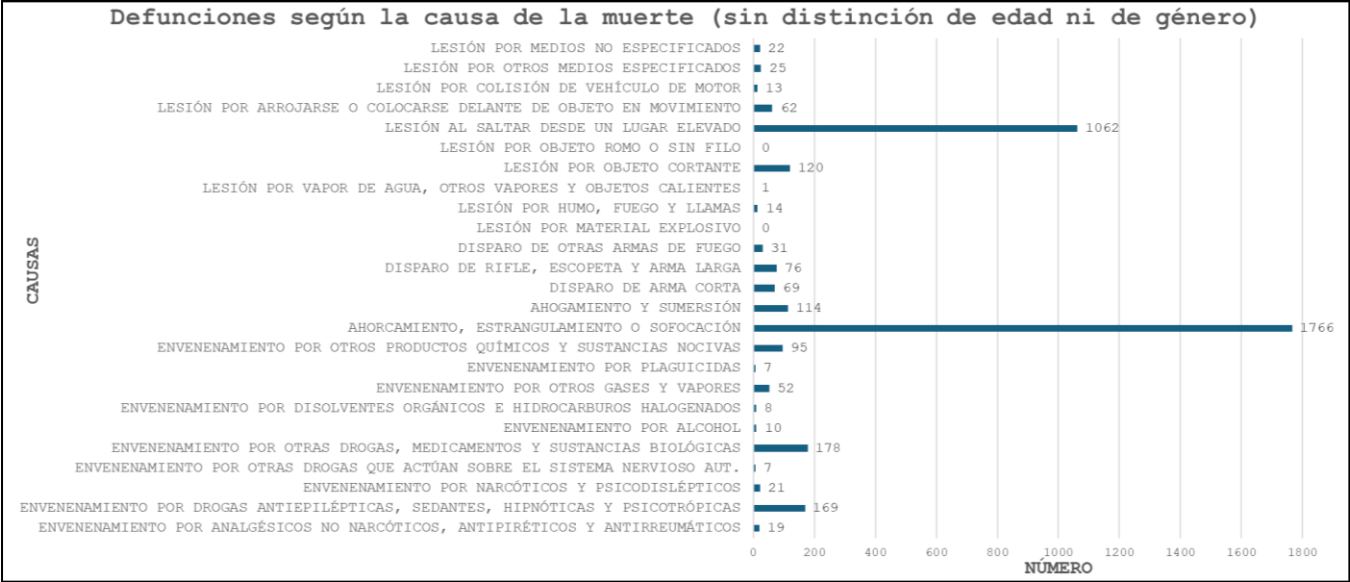


Tabla propia: (INE, 2023)¹⁴

4. Programas de actuación

4.1 Programas de actuación en España

En España no se dispone de un plan, estrategia o programa nacional de prevención del suicidio, por lo que hasta día de hoy, solo se han llevado a cabo iniciativas autonómicas y principalmente locales. (Ministerio de Sanidad, 2012)¹⁰ Sí es verdad, se ha formulado un Plan de ámbito estatal que se aborda en las Instituciones Penitenciarias.

El Sistema Nacional de Salud posee una Estrategia en Salud Mental creada en 2006, no obstante, no consta de una sección específica para la prevención del suicidio. Ya en 2015, se intentó actualizar con una sección específica, pero ésta fue denegada debido a la falta de acuerdo político entre las autonomías. Desde aquel momento y ante la ausencia de un marco estratégico nacional, las comunidades autónomas han tomado la iniciativa y han desarrollado sus propios proyectos para el abordaje de la conducta suicida. (Navío, 2020)¹⁵

Finalmente, en 2022 se adoptó una nueva revisión de esta estrategia para el periodo 2020-2026 que incorpora una línea de acción específica dedicada a la prevención, identificación temprana y atención de la conducta suicida. (García, 2023)¹⁶ Entre las iniciativas a destacar están:

- El *“Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas”* de Navarra es notablemente la mejor estrategia preventiva de la que dispone nuestro país. Es un plan que se encuentra meticulosamente delineado y coordinado con todos los agentes involucrados, ofreciendo también protocolos y herramientas adicionales. Además, presta una especial atención a la prevención en la población adolescente. (Oto, 2014)¹⁷
- El *“Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio”* en Asturias (2018), implementa un enfoque terapéutico que coordina los diferentes niveles asistenciales y disciplinas y estandariza la atención clínica durante un período de seguimiento de al menos un año. (Asturias, 2018)¹⁸
- El *“Programa de Prevención de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio”* o *“Programa CARS”* en Cantabria; En estos primeros años desde que inicia el programa, se han notado claras mejorías en la comunidad, ya que se ha reducido tanto el número de consultas recurrentes como los ingresos hospitalarios por lo que ha sido galardonado en varias ocasiones. (Artal, 2022)¹⁹
- La *“Estrategia de prevención de la conducta suicida”* en Castilla y León (2021-2025). (Castilla y León, 2022)²⁰
- La *“Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi”* en el País Vasco tiene el principal objetivo de reducir la incidencia a través de un programa que quiere romper las barreras del miedo hacia la búsqueda de ayuda y plantea un programa enfocado en la prevención intervención y post-vencción. (País Vasco, 2019)²
- El *“Programa Codi Risc Suïcidi (CRS)”* en Cataluña; esta Comunidad Autónoma ha estado muy activa en los programas europeos existentes y también gracias a ello han creado una serie de procedimientos y protocolos que posibilitan una actuación coordinada y un buen sistema de detección e intervención junto con la red sanitaria catalana. (Cataluña, 2015)²¹

4.2 Abordaje de la conducta suicida en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026

Cantabria se sitúa como la quinta Comunidad Autónoma con mayores tasas de suicidio, 10,08 suicidios por cada 100.000 habitantes en 2022, siendo la tasa notablemente mayor en varones (15,33) que en mujeres (5,23). Según datos del INE entre el año 2000 y 2020 en Cantabria se han registrado 646 suicidios.

En 2015, se realizó un Estudio Piloto para conocer una estimación de la prevalencia de casos de ideación o tentativa autolítica en Cantabria. Se constató una media diaria de una a dos personas con conducta suicida en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, siendo el 59% de los casos tentativas y el 41% restante ideas de suicidio. De todos éstos, más de una cuarta parte fueron personas que necesitaban de un ingreso hospitalario para controlar el riesgo de volver a sufrir conductas suicidas. (Díaz, 2022)⁸

Tras numerosas recomendaciones de la OMS acerca de prevención, detección precoz y el abordaje del suicidio, el Servicio de Psiquiatría del HUMV decidió en 2015 crear y desarrollar un nuevo programa orientado a la prevención del suicidio, llamado CARS. El 1 de marzo de 2016 se puso en marcha este proyecto con una filosofía muy clara de como abordar la conducta suicida, ya que para una disminución de la morbilidad es necesario un enfoque holístico. No solo atender al paciente durante la “crisis”, sino implementar un programa terapéutico integral, tratar de dónde proviene el problema, sus patologías psiquiátricas previas, y dar a la persona esas pautas de afrontamiento emocional para que sean capaces por sí mismos de llegar a autorregular esas emociones sin la necesidad de tener que recurrir a la medicación en su día a día. Desde entonces, la asistencia no se ha interrumpido en ningún momento hasta día de hoy. (Díaz, 2022)⁸

Asimismo, la Consejería de Sanidad junto con el Servicio Cántabro de Salud ha establecido 17 acciones en los diferentes ámbitos para abordar la conducta suicida: (De Sanidad, 2022)²²

- Se difunden recursos de ayuda a personas vulnerables, se aportan teléfonos como el 024, que es la línea de atención a la conducta suicida o se realizan dípticos para distribuir en salas de Urgencias, Centros de Salud (De Sanidad, 2022)²²
- Se realizan programas de sensibilización y concienciación para así intentar disminuir los factores de riesgo y potenciar además de dar el valor que merecen a los factores protectores como pueden ser una buena relación familiar o tener habilidades sociales. De igual forma se crea un protocolo para conducta suicida en el ámbito escolar. (De Sanidad, 2022)²²
- Se promueven programas y actividades para la tercera edad que aumenten esos factores protectores. (De Sanidad, 2022)²²
- Se coordinan los servicios de salud (Atención primaria, trabajador social, residencias de ancianos...) para identificar aquellos individuos vulnerables a ideas suicidas como pacientes con depresión endógena, personas drogodependientes o ancianos que se encuentren solos entre otros. (De Sanidad, 2022)²²
- Se abordan los casos de violencia de género (población vulnerable) y se lleva a cabo la valoración del riesgo suicida. (De Sanidad, 2022)²²
- Se ha creado un equipo multidisciplinar junto con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses para la investigación de los suicidios y obtener así una mejor información acerca de los casos ya consumados. (De Sanidad, 2022)²²

- Se dispone de instalaciones para asociaciones de apoyo. (De Sanidad, 2022)²²
- Se dispone de un protocolo para la postvención inmediata al suicidio, que es la intervención para familias, amigos y allegados ante el duelo por un suicidio (De Sanidad, 2022)²²
- Las personas que han mostrado una conducta suicida se les garantiza una continuidad de los cuidados. (De Sanidad, 2022)²²
- Se pone en marcha el programa CARS, programa asistencial con un programa terapéutico integral para el manejo de la conducta suicida. (De Sanidad, 2022)²²
- Se dispone de un programa para niños y adolescentes para el manejo de la conducta suicida. (De Sanidad, 2022)²²
- Se forma a los profesionales (acerca del manejo e identificación de ideaciones y tentativas suicidas) que se encuentran en una primera línea de intervención ante las conductas suicidas. (De Sanidad, 2022)²²

4.2.1 Programa CARS

El programa CARS es un programa de prevención del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla que ofrece una atención inmediata y multidisciplinar a personas que han cometido un intento autolítico o han sufrido ideación suicida. Está orientado a una disminución en la morbilidad de todas aquellas personas que hayan presentado ideas, tentativas de suicidio o ambas dos. Se aporta una asistencia profesional de rapidez e integrada con el equipo de salud mental en un margen de 24-72 horas desde que se da el Ingreso en Urgencias, ya sea por tentativa como por acudir buscando ayuda. Además, les proporciona medicación y recursos prácticos para gestionar sus pensamientos suicidas. (Artal, 2022)¹⁹ Una vez se ha revertido el riesgo vital en caso de haberlo, se lleva a cabo una valoración donde se decide a donde derivar al paciente, y en función de su estado clínico y si cumple los requisitos de inclusión podrá acceder al programa CARS o sino necesitar ingreso hospitalario o ser atendida en un programa o tipo de recurso diferente.(SCS, 2015.)²³ Una vez se ingresa en el programa, se lleva un seguimiento durante los próximos 12 meses, todo ello estando además en continuo contacto con la unidad de salud mental donde cada paciente es atendido. (Gaite, 2016)²⁴

CARS hace uso de un sistema abordado por procesos y una necesidad de cuidados; es un sistema totalmente personalizado y flexible a cada uno, además de limitado en el tiempo ya que en casos de vulnerabilidad es muy sencillo caer en la dependencia hacia el profesional. En una primera instancia, se viven los momentos de mayor debilidad e inestabilidad por lo que el objetivo principal es una estabilización clínica, y una vez en la fase de terapia grupal, se centra en potenciar la autonomía del paciente y llegar a recuperar un poco lo que era su vida. Puede acceder a este programa todo ciudadano mayor de edad dado de alta del Servicio de Urgencias del HUMV y que pertenezca al área sanitaria I de Santander, cubriendo así un cupo de 262.590 pacientes aproximadamente. En cambio, menores de edad, como niños y adolescentes son destinados a la consulta de Alta Resolución Infanto-juvenil donde se dispone de hospitalización psiquiátrica a tiempo parcial o en el caso de necesitar hospitalización psiquiátrica ingresan en la planta de pediatría. (Detalle - Dirección General Ordenación y Atención Sanitaria - cantabria.es, s. f.)

El programa cuenta con la ayuda de un cuadernillo y un rompecabezas que el paciente irá rellenando junto con el equipo terapéutico y tiene la función de crear un Plan de Seguridad. Se trata de un cuaderno de trabajo que va cogiendo forma a medida que pasan los meses vinculado a CARS, y por consiguiente se convertirá en un manual de recuerdos de todas las fortalezas que el paciente ha desarrollado en estos meses en el programa para superar la situación personal actual, y así tenerlo de ayuda para situaciones a las que se tenga que enfrentar en un futuro. En el cuadernillo se abordan puntos para aprender a manejar diversas situaciones, y entre otras cosas evitar de nuevo una conducta suicida, por lo que se abordan temas como la seguridad en el hogar, el aprender a detectar los factores de riesgo, los factores protectores, plasmar los motivos de cada uno para vivir o ser conocedor de los apoyos sociales con los que contamos (ya que es una pieza clave en el proceso)... todo esto se hace mediante preguntas que el paciente irá desarrollando poco a poco. (Gaite, 2016)²⁴ (ver en ANEXO 6)

Por lo tanto, una vez finalizado el tratamiento, el cuadernillo se lo lleva el paciente a casa y siempre que lo necesite podrá tenerlo cerca tanto por el significado simbólico de haber salido adelante como por el contenido que se encuentra en él. (ver ANEXO 6)

CARS está formado por un equipo multidisciplinar que consta de profesionales en el ámbito de psiquiatría, enfermería, psicología, terapia ocupacional...por consiguiente se dan unos cuidados integrales y lo más específicos posibles. Cabe destacar que un 60% de los pacientes atendidos eran mujeres, con una media de edad de 43 años y en cuanto al motivo, el 62% de todos los casos acudieron tras una tentativa de suicidio, mientras que el 38% fue por una ideación autolítica no llevada a cabo. (Díaz, 2022)⁸

Los objetivos principales de CARS son: (Díaz, 2022)⁸

- Minimizar el número de ingresos y la recurrencia de las consultas.
- Disminuir en situaciones de crisis el tiempo de la intervención por el equipo sanitario.
- Tener toda la información necesaria e in situ en la Historia Clínica Electrónica mediante la monitorización del paciente por la APP.
- Dar accesibilidad al paciente para pedir ayuda rápida en caso de emergencia.
- Disminuir la demora en la asistencia con una cita rápida en las próximas 24-72 horas.

De forma pionera, el HUMV desarrolló la APP CARS; ésta necesita del compromiso del paciente durante un mes para enviar a diario un cuestionario, y en relación a sus respuestas la propia aplicación decidirá si es necesario realizar una llamada con su especialista en ese preciso momento, si es necesario adelantar alguna de las consultas e incluso en el caso de detectarse una crisis se activará el mecanismo de emergencia. Además, la APP también tiene un contacto diario con la persona que el paciente identifique como su acompañante en el proceso, y así, éste también será conocedor de como se encuentra. Al estar hablando de una supervisión diaria se hace necesario que los pacientes otorguen su consentimiento para estar monitorizados y localizados a través del GPS de su teléfono móvil. A pesar de todos los avances a nivel tecnológico, el núcleo donde se quiere realmente intervenir sigue y seguirá siendo la presencialidad. (Artal, 2022)¹⁹



Imagen de la fuente: (Díaz, 2022)⁸

5. Atención y papel de enfermería en la conducta suicida

El papel enfermero en el contexto de la conducta suicida es crucial ya que es la primera vía de contacto para los pacientes por su fácil accesibilidad y cercanía, por lo que va mucho más allá de la mera aplicación de técnicas. Se ofrece una atención integral que atiende las necesidades del paciente, tanto físicas, psíquicas como emocionales. Desde Atención Primaria se tiene una gran labor a la hora de prevenir conductas suicidas, aunque en la actual monografía nos detendremos más en las intervenciones a realizar en Cantabria en base al Protocolo CARS. (Sastre, 2022)²⁶ Es también papel de enfermería “estar” para familia y allegados, ser empático, escuchar activamente, que lo sientan como un apoyo, ya no solo si se ha consumado el suicidio sino también tras intentos o conductas suicidas. (González, 2020)⁹ El abordaje enfermero y los recursos de que dispone el Sistema Cántabro de Salud para la atención de la Salud Mental serán diferentes según el rango de edad que se vea comprometido, por lo que abordaremos los programas en conducta suicida adulta y en conducta suicida infanto-juvenil de forma individual.

5.1 En conducta suicida adulta

En primer lugar y antes de adentrarnos con el PAE o Proceso de Atención de Enfermería, hay evidencia científica de muchas de las acciones que se deben llevar a cabo por el equipo enfermero para aportar unos cuidados de calidad. Como ya se ha comentado antes, la relación terapéutica es clave para la creación de un ambiente sano donde ambos perfiles puedan interactuar activamente y así poder crear un plan conjunto, logrando que el paciente se sienta cómodo como para expresar sus propias necesidades. (Clua, 2021)²⁷ Con una actitud empática, de respeto y una escucha activa, se logra un ambiente seguro y donde se mantiene la dignidad del paciente, donde en muchos casos esta relación se convierte en un nuevo factor protector. (Grinspun, 2009)¹² (Sánchez, 2022)¹¹

En segundo lugar, el equipo enfermero debe tener muy presente cualquier tipo de comentarios que indique “las ganas de morir”, tanto si son comentarios de forma directa como por ejemplo la afirmación “Cualquier día me mato”, o indirectas de forma no verbal como “acumular gran cantidad de pastillas”, “mostrar preocupación por arreglar el testamento”, “dejar de mostrar interés por el cuidado personal”... Es necesario realizar una valoración del riesgo suicida, realizar una valoración del riesgo suicida, realizar las anotaciones pertinentes en la historia clínica, hacerlo común con el equipo, y una vez tenemos el “riesgo de suicidio real”, crear un plan de seguridad adecuado a nuestro paciente, ya que de ese valor dependerán mucho las intervenciones que se lleven a cabo. (Grinspun, 2009)¹² (Sánchez, 2022)¹¹

A la hora de abordar la evaluación de riesgo, se debe preguntar sobre el suicidio tanto mediante comunicación verbal, como mediante el empleo de la observación, apreciar cómo se desenvuelve o como gesticula. Hay que estar muy atento a todas las señales que nos pueda dar el paciente. Se han dado muchas discrepancias en cuanto a la forma óptima de preguntar sobre el “suicidarse”, (Grinspun, 2009)¹² Aquí, se muestran algunos ejemplos sobre cómo formular estas preguntas:

- La semana pasada tuvo pensamientos suicidas, pero no lo llevaste a cabo, ¿qué es lo que te ha parado?

- ¿Has creído en algún momento o has verbalizado el “estaría mejor muerto”?
- ¿Por qué motivo crees necesitas dejar de vivir? ¿Qué es lo que mejoraría con tu marcha?
- ¿Has escrito alguna vez una carta de despedida?

Hay evidencia de que el preguntar directamente acerca del suicidio no aumenta las probabilidades de llevarlo a cabo, no obstante, es verdad que las enfermeras con más experiencia en este ámbito evalúan el riesgo en base entre otras cosas a su intuición, no como las más jóvenes, quienes emplean sistemas más instrumentales.(Sánchez, 2022)¹¹

Por otra parte, las unidades donde se encuentran pacientes de conducta suicida tienen que estar adecuadas y cumplir así las características físicas de seguridad, además de crear un ambiente tranquilo para que no se genere nerviosismo y agitación. Lo cual los hace menos propensos a tener conductas impulsivas. (Grinspun, 2009)¹² En cuanto llega un paciente nuevo a planta, se revisan todas las pertenencias y se guarda en el almacén todo tipo de objetos punzantes, de cristal, pastillas o cualquier objeto que se considere puede ser potencialmente dañino para el paciente, y todo esto queda debidamente registrado. Dependiendo del riesgo suicida que se obtenga en la valoración, se les dará una habitación más o menos lejos del control de enfermería para que así estén más controlados. Finalmente, el control de la toma de pastillas es bajo supervisión total enfermera para asegurarnos de un buen seguimiento del tratamiento.

Que una unidad esté adecuada, significa que este a salvo de cualquier tipo de objeto que sea potencialmente peligroso para el paciente como pueden ser:

- Medicamentos
- Cuerdas
- Ropa (Cordones, cinturones...)
- Objetos punzantes
- Cables
- Techo liso

Cabe añadir, que una vez se les da el alta, a los pacientes se les ha fomentado un “hogar seguro” alejado de cualquier tipo de objeto al que pueda acudir en caso de conducta suicida, todo este proceso al igual que el duro camino que deben recorrer es mucho más fácil con apoyo familiar y social. Por otra parte, destacar que siempre y en la medida que se permita, no se ponen contenciones, pero en el caso de ser necesarias por seguridad, se aportará toda la información necesaria al paciente para que entienda la situación en la medida de lo posible. (Grinspun, 2009)¹²

5.2 En conducta suicida infanto-juvenil

Los trastornos de salud mental ejercen una fuerte influencia en la vida de los jóvenes, siendo los trastornos de ansiedad y depresión los más comunes, impactando alrededor del 12% y 3% respectivamente. Se ha evidenciado que muchos trastornos mentales que se manifiestan en la infancia persisten o vuelven a aparecer en la vida adulta. De hecho, un 73% de los adultos con algún tipo de problema de salud mental fueron ya diagnosticados antes de cumplir los 18.(De Sanidad, 2022)²²

Según datos de la OMS, durante el año 2020 se documentaron un total de 314 casos de suicidio de jóvenes en España, de los cuales 14 correspondían a menores de 15 años y los 300 restantes a jóvenes de entre 15 y 19. Estas alarmantes cifras están aumentando, en 2021 ya fueron 8 casos más, de niños menores de 15 años que hace un año.(Martín, 2023)²⁸ Los jóvenes tras la crisis sanitaria del Covid-19 han sufrido un aumento de los riesgos psicológicos y sociales como son el hacinamiento, el uso excesivo de las tecnologías, el aislamiento, el maltrato intrafamiliar... todo esto ha influido negativamente, siendo así, que se ha multiplicado por 23 la cifra de casos atendidos por ideación suicida y por 25 los casos de intentos suicidas. (López, 2022)⁴⁴

Las tasas de suicido son más elevadas en niños que en niñas, sin embargo, en los últimos años se han ido equiparando las cifras, incluso con una ligera superación de las tasas en mujeres menores de quince años respecto a los varones de este grupo etario. Además, como también ocurre en adultos, el pertenecer a grupos vulnerables, tener alguna discapacidad, pertenecer a la comunidad LGTBI o provenir de familias migrantes, aumenta el riesgo de suicidio. Teniendo en cuenta asimismo, que están en pleno desarrollo de sus valores y personalidad, y en un momento donde el riesgo de ser objeto de discriminación y exclusión aumenta. (López, 2022)⁴⁴

La **prevención en el ámbito educativo** busca reconocer y apoyar a los estudiantes que requieren ayuda. Este es el lugar donde más tiempo pasan los jóvenes, por lo que sus escuelas son uno de los espacios óptimos para promover conductas preventivas involucrando también a familias, profesores y profesionales sanitarios.(Villalobos, 2023)³⁰ Se enfoca en promover la salud mental, previniendo factores de riesgo e identificando factores protectores. Se aborda la comprensión de los mitos y verdades sobre la conducta suicida, así como saber qué responder adecuadamente ante señales de alerta de conducta suicida, brindando orientación sobre qué acciones tomar o qué decir. También es de gran importancia que se fomente y supervise en las escuelas el respeto entre el alumnado y profesorado, protección hacia cualquier tipo de violencia, generar ambientes seguros para poder desarrollar habilidades como son la empatía, la autoestima o ser capaz de pedir ayuda (García, 2022.). Se han desarrollado multitud de estrategias en el plano educativo, estrategias de sensibilización, de información, acciones de psicoeducación... entre ellas, una de las que destaca es el entrenamiento de gatekeepers o “guardianes” que consiste en proporcionar habilidades a individuos que no son expertos en salud mental (profesores, estudiantes) a reconocer y actuar ante un niño con riesgo de suicidio, y una vez identificado ponerle en contacto con el profesional que le corresponda. (Villalobos, 2023)³⁰

A pesar de que muchas de las acciones llevadas a cabo por el equipo de enfermería sean las mismas independientemente de la edad del paciente, en el Servicio Cántabro de Salud hay unas áreas específicas para atender la Salud Mental Infanto-Juvenil dependiendo de las necesidades de cada paciente. Por lo que tienen otros recursos diferentes a donde acudir. Por primera vez, en Cantabria se ha implementado una red integral de servicios de atención para abordar los problemas de salud mental en niños y adolescentes, que incluye desde consultas, hasta hospitalizaciones de media estancia o una aguda. Estas áreas están organizadas de la siguiente manera:(De Sanidad, 2022)²²

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Se ha dado un incremento de recursos humanos en las 3 áreas sanitarias de las que disponemos. (Gobierno de Cantabria, 2018)³²

1. Santander, área I: Se atiende a la población de 0 a 18 años y dispone de una plantilla de 3 psiquiatras, 3 psicólogas, 1 enfermera y un auxiliar administrativo. Ratio de psiquiatría y psicología de 1: 8.160 (De Sanidad, 2022)²²

2. Laredo, área II: Se atiende población entre 3 y 18 años, dispone de 1 psiquiatra, 2 psicólogas, 1 enfermera y 1 técnico auxiliar. Ratio de psiquiatría y psicología de 1: 6.491 (De Sanidad, 2022)²²
3. Torrelavega-Reinosa, área III-IV: Se atiende de 0 a 18 años de edad, con 3 psiquiatras, 4 psicólogas (2 de ellas a tiempo completo) y 1 enfermera. Ratio de psiquiatría y psicología 1: 4.056 (De Sanidad, 2022)²²

Hospital de día Infanto-Juvenil

En el hospital de día se atiende de ocho a tres de la tarde a jóvenes de entre 13 a 18 años con patología mental que necesitan hospitalización a tiempo parcial. Asimismo, abarca otras áreas hospitalarias como interconsultas, hospitalizaciones breves, supervisión de las urgencias que lleguen... (De Sanidad, 2022)²² Esta unidad cubre toda Cantabria, y no solamente representa una alternativa favorable al internamiento total, sino que también ha demostrado ser efectiva en la prevención de futuras hospitalizaciones en otras instituciones médicas o de cuidado social. Posibilita a los jóvenes una continuidad de su tratamiento médico intensivo en el hospital mientras a su vez siguen conectados con su familia y amigos. Esto promueve su integración social y facilita su reintegración después de estar tiempo bajo atención médica. (Gobierno de Cantabria, 2018)³²

Hospitalización de niños, niñas y adolescentes

- Hospitalizaciones breves

Actualmente, los jóvenes que requieren hospitalización psiquiátrica son ingresados en el HUMV en la planta de Pediatría junto con un acompañante, donde son llevados por el equipo especialista de Salud Mental Infantil. (De Sanidad, 2022)²² Allí, reciben tratamiento también por parte del equipo del hospital de día Infanto-Juvenil, esto representa un cambio significativo, ya que antes eran enviados incluso a otras comunidades autónomas para recibir atención por parte de un profesional de psiquiatría. Añadir que en casos de agresividad grave o riesgo de fuga, los niños pueden ser ingresados en la planta de psiquiatría del hospital manteniéndose en línea con el protocolo de psiquiatría infantil. (De Sanidad, 2022)²² (Gobierno de Cantabria, 2018)³²

- Hospitalizaciones de media y larga estancia

Para hospitalizaciones de media y larga estancia disponemos del Centro Hospitalario Padre Menni donde se cuenta con 3 camas disponibles a través de un acuerdo con el Servicio Cántabro de Salud, éstas están destinadas a menores que necesiten hospitalización prolongada y además son ingresos que no requieren de acompañamiento por parte de su tutor o familiar. Dispone de una psicóloga especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil y una maestra voluntaria para el seguimiento escolar del menor, además zonas de juego y zonas comunes para el desarrollo del menor. (De Sanidad, 2022)²²

5.3 Plan de Cuidados de Enfermería

Para una buena praxis asistencial es necesario hacer un Plan de Cuidados específico para cada paciente; se necesitan diagnósticos enfermeros y de ahí se seleccionan las intervenciones enfermeras que se consideren necesarias para lograr los resultados ya antes seleccionados. El proceso de atención de enfermería es un procedimiento estructurado y metódico que sigue un

orden específico y se fundamenta en el método científico, consta de 5 etapas las cuales están todas interrelacionadas, y éstas son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; iremos desarrollando todas ellas en el abordaje de la conducta suicida. Vamos a realizar este plan de cuidados desde el enfoque del programa CARS.

Valoración (Recogida de datos, Organización, Validación, Análisis)

Es la primera etapa del plan de cuidados, y se emplea un método organizado y sistemático para así recoger e interpretar toda la información necesaria para conocer la situación de salud del paciente. Se realiza la entrevista clínica, a la que le llamamos “consulta de acogida” donde se irá poco a poco creando esa relación de confianza (Sastre, 2022)²⁶. Se analizan problemas sanitarios previos, los aún presentes, su estilo de vida, se explica cómo funciona el Programa CARS y se realizará la primera valoración en las próximas 24-72 horas tras la alta hospitalaria. (ver ANEXO 4) (Sastre, 2022)²⁶ En esta primera valoración CARS se cumplimentarán los siguientes documentos estandarizados: (ver ANEXO 5)

- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) (SCS, 2015.)²³
- Cuestionario EuroQol-5D de calidad de vida (SCS, 2015.)²³
- AUDIT-C en relación con el consumo de alcohol (SCS, 2015.)²³
- Escala de Acontecimientos Estresantes de Brugha (LTE) (SCS, 2015.)²³
- Test de Fagertröm para la dependencia de la nicotina (SCS, 2015.)²³

Además, se aporta al paciente un inventario de Razones para vivir (RFL) para que así pueda completarlo antes de la primera cita con el psiquiatra, que se dará en las próximas 24 horas, además de concertarse las próximas citas con enfermería, psicóloga clínica y terapeuta ocupacional. (SCS, 2015.)²³

Es fundamental hacer una valoración integral y valorada por el equipo, por lo que nos centraremos asimismo en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, (ver en ANEXO 4) deteniéndonos en aquellos que nos son de mayor relevancia (Desales, 2014)³¹. Gordon describe 11 patrones donde se abarcan las esferas social, psíquica, física y del entorno del individuo, algunas de estas áreas son la nutrición, actividad-ejercicio, eliminación, rol-relaciones... todos estos patrones nos permiten conocer áreas de debilidad y fortaleza del paciente y así como conocer como éstas impactan en su bienestar.

En los pacientes con riesgo de conducta suicida hay una serie de patrones que se ven más afectados como son:

- 1. Patrón funcional de la percepción/ manejo de la salud

El primer patrón funcional pretender conocer la autopercepción que tiene el paciente sobre su salud, y su estilo de vida además de la habilidad para gestionar y tener un control del propio bienestar. (Desales, 2014)³¹ Habitualmente, los pacientes con conductas suicidas muestran grandes alteraciones en la autovaloración de los factores de riesgo tanto de tipo personal como en los asociados a su estilo de vida y frecuentemente, esquivan los intentos de ayuda por parte de ambiente más cercano o incluso de los profesionales.

- 2. Patrón nutrición/metabólico

A través de este patrón, se procura identificar la interrelación que pueden tener los trastornos de la conducta alimentaria con la conducta suicida, permitiendo en muchos casos detectar el riesgo de conducta suicida a partir de aquellos. Se ha investigado acerca del TCA y la conducta suicida y se ha observado que las mujeres que presentan un TCA moderado-grave, muestran una probabilidad diez veces mayor de tener conductas suicidas.(Sanfiz, 2000)³³ En este patrón es importante, por tanto, valorar los hábitos de alimentación.

- 5. Patrón del sueño y descanso:

Aborda los ciclos de sueño, la sensación de descanso, las horas de sueño, la calidad de éste, así como la energía percibida para afrontar el día.(Desales, 2014)³¹ En muchas ocasiones, pacientes con conductas suicidas tienen alterado este patrón, en muchos casos se manifiesta como síntoma de ansiedad, que a su vez puede estar relacionado con una preocupación excesiva. Se ha demostrado el elevado riesgo de suicidio en las horas de insomnio, a pesar de que la mayoría de suicidios se den de forma diurna, de 12:00 a 03:00 de la mañana es la hora de mayor riesgo para aquellos que no concilian el sueño.(De La Vega, 2020)³⁴

- 7. Patrón autopercepción-autoconcepto

Este patrón se enfoca principalmente en cómo se percibe una persona a sí misma, como valora su autoestima e identidad personal; (Chozas, 2024) Los pacientes con conductas suicidas suelen tener a menudo inseguridades y discomfort con su propia imagen, no valoran su cuerpo, muestran sentimientos negativos hacia su persona y presentan sentimientos de inadecuación lo que resulta en una muy baja autoestima. (Constanza, 2018)³⁶(Sanfiz, 2021)³³

En uno de los estudios realizados acerca del autoconcepto en adolescentes con conducta suicidas, se citaron frases como estas, “no me agrada mi apariencia física”, “soy muy torpe y creo nada atractiva para el sexo opuesto”, “soy mala para realizar deportes o cualquier tipo de juegos” o “con mi novio me pongo celosa por todo”, lo cual que avala claramente la alteración de este patrón. (Balsa, 2001)³⁷

- 8. Patrón rol-relaciones

Este patrón se centra en el rol que desempeña cada persona en la sociedad, en el entorno laboral familiar y social, además de la satisfacción de ésta en sus relaciones. (Chozas, 2024) El paciente con conducta suicida debido al desajuste emocional que presenta, muestra relaciones personales muy inestables de las que en muchas ocasiones acaba alejándose porque siente hace mal a su alrededor. En este patrón, es muy importante el papel enfermero para ser conocedor de las relaciones de las que dispone el paciente, su red de apoyo, actividades en las que participa y estructuración familiar. (Moutier, 2023)³⁸

- 10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

El patrón diez se basa en la evaluación de la habilidad del paciente para gestionar, adaptarse, tolerar y manejar las situaciones de estrés motivadas por problemas cotidianos. (Chozas, 2024) Los pacientes con conducta suicida tienden a tener una baja tolerancia al estrés y pueden ver convertidas situaciones de su vida diaria (para otros fácilmente afrontables) en factores precipitantes de su conducta suicida. Por ello, importante conocer la capacidad del

paciente para identificar situaciones que le puedan provocar estrés y su forma de resolverlas.(Constanza, 2018)³⁶

El propósito de esta valoración es tener la información suficiente para poder realizar un diagnóstico una vez ya se han identificado los factores de riesgo, el apoyo del que se dispone, las estrategias de afrontamiento y ahora sí diseñar un plan individualizado junto con la participación de su entorno socio-familiar. (SCS, 2015)²³

Diagnóstico y planificación: Resultados esperados (NOC) e Intervenciones a realizar (NIC)

La segunda etapa del Plan de Cuidados es la identificación de diagnósticos enfermeros (NANDA), tras la evaluación acerca de los aspectos en relación con la conducta suicida, se identifican los problemas a tratar en el paciente, se determina el diagnóstico y se hace una pequeña valoración sobre la calidad de vida percibida.(SCS, 2015)²³ Tras esta primera etapa, se comienza la planificación mediante el uso de taxonomía NANDA-I; se decide cuáles son los resultados o taxonomía NOC que deseamos y así seremos conocedores de la efectividad de las intervenciones (NIC) que llevemos a cabo(Del Rocío, 2017)¹³.

Se implementa un tratamiento rápido y completo con el fin de alterar el curso natural del comportamiento suicida, permitiendo que el individuo desarrolle habilidades para enfrentar sus problemas y buscar soluciones factibles y realistas en lugar de recurrir a las conductas suicidas. En caso de haber algún tipo de trastorno psiquiátrico, se trata en las dos primeras semanas con una mayor intensidad que irá disminuyendo a medida que se va recuperando la autonomía..(SCS, 2015)²³ En pacientes de estas características y basándonos en la valoración previa y su sintomatología, los diagnósticos más empleados en estos casos son: (NNNConsult, 2024)⁴⁰

- [00289] Riesgo de conducta suicida (ver en ANEXO 5)
- [00140] Riesgo de violencia autodirigida (ver en ANEXO 6)
- [00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (ver en ANEXO 7)
- [00276] Autogestión ineficaz de la salud (ver en ANEXO 8)
- [00124] Desesperanza
- [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo

Ejecución y evaluación

En un primer momento se aplican intervenciones individuales y cuando se considera necesario se inicia un módulo de intervención en grupo junto con los familiares. Esto se hace con el fin de reestablecer la salud mental, así como solventar los factores de riesgo. Por lo que se han diseñado diversas opciones terapéuticas cuyo objetivo es potenciar las estrategias de afrontamiento e incidir en la importancia de contar con el apoyo social y familiar. (SCS, 2015)²³

Finalmente, la evaluación es una fase de constante observación que acompaña al profesional durante todo el proceso y se va evaluando hasta que punto se van alcanzando los objetivos establecidos. (Del Rocío, 2017)¹³

Una vez se da el alta en el Programa CARS, el paciente necesita de una continuidad de cuidados para evitar que vuelva a recaer en conductas suicidas y prevenir tentativas, por lo que se acuerdan consultas para continuar asistencialmente a los 3, 6 y 9 meses tras finalizar el programa, además de la posibilidad de contactar con el programa en caso de necesidad. En estas consultas se cumplimentan las encuestas estandarizadas que ya se completaron en el ingreso para así poder monitorizar el progreso o cualquier tipo de recaída. (SCS, 2015)²³

5.4 Barreras para la enfermería

A la hora de abordar a estos pacientes con riesgo de suicidio, el mundo enfermero se ha topado con muchas barreras en la práctica diaria; El mayor impedimento según los estudios de Sufrate Sorzano, es sin duda la escasez de formación específica sobre todo en servicios de Urgencias y hospitales generales. Para trabajar con este tipo de paciente, un 100% de los enfermeros encuestados refieren no se les ha dado la formación continua necesaria acerca del abordaje e intervención de este perfil de paciente, y tan solo un 4% considera la formación recibida en la Universidad como suficiente. Por lo que en muchos casos esa falta de conocimientos junto con falta de experiencia y el impacto emocional añadido se convierte en una gran limitación que mejoraría de forma significativa en la autoeficacia y confianza enfermera.(Sánchez, 2022)¹¹ Estudios evidencian que muchas enfermeras y enfermeros comparten sentimientos como ansiedad, tristeza, frustración, y la sensación de que cae mucha responsabilidad sobre ellas al enfrentarse a pacientes con problemas de tal dificultad, lo cual genera limitaciones a la hora de brindar una atención integral. Muchas y muchos de ellos acaban buscando apoyo externo y muchas otras deciden no están dispuestas a trabajar en este tipo de plantas por el impacto emocional que este conlleva. Por lo que varios estudios han propuesto que se supervise la salud mental de los profesionales para evitar que esa atención con pacientes suicidas afecte ya no solo a la práctica clínica sino a su vida personal. (Clua, 2021)²⁷

Otra de las limitaciones más sonadas son la falta de tiempo, el estigma, o los prejuicios que los pacientes mismos tienen hacia los problemas de salud mental; en pacientes con riesgo de suicidio, si hay algo de lo que debemos disponer, es tiempo. En muchas ocasiones, las entrevistas pueden durar hasta días, ya que cada uno pone el límite de hasta donde quiere llegar y alcanzar ese grado y clima de confianza requiere de un tiempo, pues es un tiempo necesario que debemos respetar.(Sánchez, 2022)¹¹ Cabe añadir el estigma que aun a día de hoy hay en nuestra sociedad en cuanto se habla de suicidio, esto sumado a la culpa y vergüenza que sienten los pacientes que sí han salido adelante, les lleva en muchas ocasiones a ocultar su realidad, lo cual genera un cúmulo de emociones que hace todo incluso más difícil. (Sacristán, 2023) En algunos medios ya se ha comparado el suicidio con muertes silenciadas, y ya en 2022 la OMS pidió de nuevo que se de visibilidad a este tema y se trate con total normalidad. (Ferré, 2011)²⁵(Asensio, 2022)⁴¹

6. El suicidio en medios de comunicación

El suicidio, como problema de salud pública que es, se ve afectado en muchas ocasiones por el rol clave que juegan los medios de comunicación. Como ya advirtió la OMS hace unos años, “La forma en que los medios informan acerca de casos de suicidio pueden influir en otros suicidios”.(Ravalli, 2017)⁴, por lo tanto periodistas, personas muy conocidas, políticos, también tienen que ser conscientes del alcance que pueden llegar a tener sus palabras en la población.

Es muy importante ser conocedor de las luces y sombras que tienen los medios de comunicación en nuestra sociedad, y emplear las primeras como método de prevención. Éstos pueden tener un papel clave a la hora de facilitar recursos de ayuda como puede ser, un teléfono o un servicio de salud donde acudir, aportar datos auténticos y fiables, aclarar el carácter transitorio de los pensamientos suicidas, evitar sensacionalismos principalmente si se trata de alguien de mucho alcance o comentar de forma comprensible las consecuencias físicas y psíquicas que puede traer consigo un intento suicida fallido. (Ravalli, 2017)⁴(MMCC, 2022)³⁹

Pero lo cierto, es que no siempre se actúa acorde a lo correcto; en el caso de personas célebres como Avici, Virginia Woolf o Amy Winehouse se ha hecho público el cómo, el dónde y el por qué con todo tipo de detalles del acto suicida, lo cual puede llegar a tener un impacto enorme principalmente en personas vulnerables y sentirse así incitadas y con las pautas de poder realizarlo si así lo desearan. (García, 2023) Además, hay algunos antecedentes históricos que ya tuvieron sus consecuencias en la población, como fue la exitosa lectura en 1774 de la novela “Las penas del joven Werther” donde el protagonista decide quitarse la vida tras el desamor de su amada, lo cual conllevó una afluencia de suicidios de gente joven influidos por su teórico “héroe”. Tras varios suicidios con características idénticas al de la novela, se decidió su prohibición en algunos países, pero para muchos de ellos, el daño ya estaba echo. (Hernández, 2022)

Para concluir, recalcar la importancia del buen uso de los medios de comunicación ya que los extremos nunca fueron buenos y no se puede pasar de crear del suicidio un tabú por pánico al efecto Werther, a informar a la población sin ningún tipo de restricción, mostrando por ejemplo imágenes o los métodos empleados.

7.Conclusiones

Del trabajo realizado, he podido extraer las siguientes conclusiones:

La conducta suicida, como se corrobora en los datos oficiales, es un problema de salud pública a nivel mundial, agravado además por ser un gran tabú en nuestra sociedad, estigmatizado y sumido en la desinformación. Por ello, considero que es esencial mejorar la divulgación de la problemática; los medios de comunicación deberían jugar un factor protector, sin sensacionalismos, y mostrando la realidad tal como es, ya que muchas veces estos temas son desconocidos para la población e incluso para los profesionales sanitarios no directamente implicados. A la vista de los datos, creo que es insuficiente la implicación del Sistema Nacional de Salud en la prevención y en la atención de la conducta suicida, aunque hay programas muy consolidados en diferentes Comunidades Autónomas.

Por el contrario, en Cantabria sorprende gratamente la potencialidad y la ambición del Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) puesto en marcha en 2015 por el HUMV, concebido como un programa terapéutico integral, personalizado y flexible, orientado a la disminución de la morbilidad de las personas que han presentado conducta suicida. He podido conocer, la amplia red de servicios para abordar los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes en Cantabria, que incluye unidades de salud mental infanto-juvenil, hospital de día infanto-juvenil, hospitalización breve en la unidad de pediatría, y hospitalización de media y larga estancia en el Centro Hospitalario Padre Menni. He de reconocer que desconocía la existencia de todos estos dispositivos hasta que comencé a realizar este trabajo.

Decir que no todo son luces para la enfermería en la atención a los pacientes con riesgo suicida. En nuestra práctica diaria nos topamos con algunas barreras que deben ser superadas: la escasez de formación específica, la falta de tiempo para una atención adecuada, el estigma, o los prejuicios que los pacientes mismos tienen hacia los problemas de salud mental, esto genera un impacto emocional muy grande en muchos profesionales. Por lo que considero también queda aún mucho por hacer en el cuidado de los que cuidamos.

Por último, resaltar el imprescindible papel de la enfermería en la intervención de la conducta suicida dentro del equipo multidisciplinar. Desde que comencé esta carrera, supe siempre que somos esenciales, ya no sólo por tener unos conocimientos o ser conocedor de mil técnicas, sino por la capacidad tan grande que tenemos de llegar y cuidar con mimo a quien tenemos enfrente. Considero trabajar con pacientes con estas conductas debe emocionalmente hablando muy duro, no obstante, a la vez también creo nos hace ser más conscientes, nos hace prestar atención a esos pequeños detalles, a intentar todavía más fuerte crear un vínculo profesional-paciente, y ser por un tiempo ese hombro que quizás no encontró ahí fuera. Una escucha activa, empática, con respeto, convertirte en un nuevo factor protector para él o ella. Es seguramente lo que suena más sencillo, pero es lo que he visto más falta hace en un hospital.

8. Referencias bibliográficas

1. Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Santiago, P., et al (2013). Guía de autoayuda, Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer? Salud Madrid, Comunidad de Madrid.
2. País Vasco, (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Prevención del Suicidio. Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/pa%C3%ADs-vasco/>
3. España, Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2024). *Programas de prevención de la conducta suicida en España*. <https://www.fsme.es/centro-de-ocumentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-espa%C3%B1a/>
4. Ravalli, M. J., Calisti, N. L., Román, V., Abud, C., Zingman, F., et al (2017). *Comunicación, Infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Suicidio*. DIRECCIÓN EDITORIAL: Unicef Argentina. www.unicef.org.ar
5. Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
6. INE. Instituto Nacional de Estadística. (2022). Retrieved April 17, 2024, from <https://www.ine.es>
7. España, Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2022). *Estadísticas 2022 Suicidios España*. <https://www.fsme.es/observatorio>
8. Díaz, S. (2022). PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO CARS. En Interpsiquis, 2022, XXIII Congreso Virtual Internacional
9. González, R. D., & Picado, M. (2020). Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i129.34298>
10. España, Ministerio de Sanidad, P. S., & Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: versión resumida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
11. hez, S., (2022) *Actuación de enfermería en el paciente con riesgo de suicidio*. Revisión bibliográfica. TFG para optar al título de enfermera, Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña, España.
12. Grinspun, D. (2009). Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamientos suicidas. Con la colaboración de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, Canadá. www.rnao.org/bestpractices
13. Del Rocío, M., & García, A. (2017). Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico Nanda «00150 Riesgo de Suicidio».
14. INE. Instituto Nacional de Estadística. (2023) *Suicidios por medio empleado, sexo y edad*. Retrieved April 20, 2024, from <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49949>
15. Navío, M., Pérez, V., & Del Olmo, P., (2020) *Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental DEPRESIÓN Y SUICIDIO 2020*, Con la colaboración de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (pp. 223-229). Madrid: ediciones Wecare-u

16. García, J., Cuéllar, A. G., Berta, A., Segura, J., & Aparicio, A. M. (2023, 27 de Marzo) Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. *Departamento de Salud Gobierno Vasco*.
17. Oto, M., Goñi, A., Echávarri, A., Villanueva, P., Pérez, B., Satrústegui, C., et al (2014) *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Gobierno de Navarra.
18. Asturias, (2018). *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio*. (s. f.). Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/asturias/>
19. Artal, J., De Santiago, A.I., Gaite, L., (2022) (en prensa) *El Hospital Valdecilla presenta la APP CARS, para monitorizar y actuar precozmente ante conductas suicidas* (2022). Retrieved April 29, 2022, from <https://www.humv.es/2022/04/29/21272/>
20. Castilla y León, (2022). *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025*. (s. f.). Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/castilla-y-le%C3%B3n/>
21. Cataluña, (2015), Programa Codi Risc Suïcidi (CRS). Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/crs/>
22. De Sanidad, C. (2022). *PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2022-26 GOBIERNO de CANTABRIA*. Consejería de Sanidad-Servicio Cántabro de Salud.
23. SCS, (2015) *Conclusiones y recomendaciones*. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Consejería de Sanidad-Servicio Cántabro de Salud.
24. Gaite, G., De Santiago, A.I., Artal J., *Mi Plan de Seguridad Personal CARS* (2016) cuadernillo CARS. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.
25. Ferré, C., Montescó, P., Mulet, M., LLeixá, M., Albacar, N., & Adell, B (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20(3), 155-159. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200004>
26. Sastre, J., Gómez, E., San Emeterio, L.E, Gómez, M., Carceller, T., et al (2022). *El papel del enfermero especialista en salud mental en la asistencia a las personas con riesgo suicida*. *Interpsiquis* 2022, XXIII Congreso Virtual Internacional. www.interpsiquis.com
27. Clua, R., Casanova, G., & Moreno, A.R., (2021) *Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies*. *Journal of Advanced Nursing*, volume 77: p.2995–3007. <https://doi.org/10.1111/jan.14789>
28. Martín, A., Torralbo, L., Blanco, A.B., de Cos, C., López, S., et al (2023) Prevención, detección e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo. Gobierno de Cantabria
29. Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S., & Shapiro, C. M. (2012). *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. Columbia University Department of Psychiatry, NY, USA https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4_24
30. Villalobos, G., Hernán, F., Ceballos, M., Karen, A., Tascón, L., et al. (2023). Prevención de la conducta suicida en contextos escolares. Una revisión de los tipos de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 217-236. Epub 31 de julio de 2023. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100012>
31. Desales, C., Soriano, C., & Arvizu, P., (2014). Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Fragile Older Persons: A consensus report. *En Journal of American Geriatric Society*, 4, 145–167. <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html>

32. Gobierno de cantabria.es. (2018) Servicio Cántabro de Salud. https://www.cantabria.es/detalle/-journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/6900408
33. Sanfiz, P., (2021) *La conducta suicida y su relación con los problemas de alimentación e imagen corporal: una revisión sistemática*. Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universitat de les Illes Balears, España
34. De La Vega, D., Zacarías, M., Sosa, P., & Giner Jiménez, L. (2020, mayo). *TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SUICIDIO*. Conferencia. www.interpsiquis.com
35. Cañón, S.C., & Carmona, J.A., (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. Revisión Pediatría Atención Primaria, 387-397. Epub 14 de diciembre de 2018. Universidad de Manizales, Colombia. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322018000400014&lng=es&tlng=es.
36. Constanza, S., Buitrago, C., Alberto, J., & Parra, C. (2018). Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revisión Pediatría Atención Primaria vol.20 no.80*
37. Balsa, A., Naranjo, R., & Rodríguez, Y., (2011). *Caracterización del autoconcepto en adolescentes con intento suicida del área de salud Manicaragua*. En Contribuciones a las Ciencias Sociales, agosto 2011, www.eumed.net/rev/cccss/13/
38. Moutier, C. (2023, Agosto 3). *Conducta suicida*. Manual MSD Versión Para Público General. American Foundation for Suicide Prevention. https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida#Causas_v748496_es
39. España, Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2022). *Guía breve de Recomendaciones de Información sobre Suicidio para Medios de Comunicación*.
40. NNN CONSULT. Herramienta para consultar y diseñar planes de cuidados de enfermería. Elsevier. 2024. Available from <https://www.nnnconsult.com/ayuda/>
41. Gil Asensio, S., (2022) *El estigma del Suicidio*. Revisión Bibliográfica. Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social, Facultad de Educación y Trabajo.
42. España, Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental -SESPA- *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio* (2018, Marzo). Imprime: Imprenta Goymar.
43. España, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2020). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*.
44. López, D.J., Al-Halabí, S., Guerrero, M., Morell, M.F. & Fonseca-, (2022). Nueva guía para la prevención del suicidio en adolescencia. Infocop. Recuperado de: <https://www.infocop.es/la-conducta-suicida-un-problema-de-salud-publica-urgente/>

9. ANEXOS

ANEXO 1

- GLOSARIO DE ABREVIATURAS

DeCS	Descriptores de ciencias de la salud
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NOC	Clasificación de resultados de enfermería
NIC	Clasificación de intervenciones de enfermería
WHO	World Health Organization
LTE	Escala de Acontecimientos Estresantes de Brugha
RFL	Inventario de Razones para vivir
PAE	Proceso de atención enfermera
SCS	Servicio Cántabro de Salud
SSI	Scale for Suicide Ideation
HUMV	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
CARS	Programa para el manejo de la conducta suicida y prevención del suicidio

- ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i>
0. Moderado a fuerte
1. Débil
2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i>
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i>
0. Porque seguir viviendo vale más que morir
1. Aproximadamente iguales
2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i>
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i>
0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i>
0. Breve, periodos pasajeros
1. Por amplios periodos de tiempo
2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i>
0. Raro, ocasional
1. Intermitente
2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i>
0. Rechazo
1. Ambivalente, indiferente
2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i>
0. Tiene sentido del control
1. Inseguro
2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i>
0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i>
0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
1. Combinación de 0 y 2
2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i>
0. No considerado
1. Considerado, pero detalles no calculados
2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i>
0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
2. Método y oportunidad accesibles
2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguros de su valor, capacidad
15. Expectativas/espera del intento actual
0. No
1. Incierto
2. Si
16. Preparación actual para el intento contemplado
0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. Nota suicida
0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada
18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)
0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado
0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

ANEXO 3 (Shahid, 2012)²⁹

- C-SSRS (COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE)

SUICIDAL IDEATION	
Ask questions 1 and 2. If both are negative, proceed to "Suicidal Behavior" section. If the answer to question 2 is "yes", ask questions 3, 4 and 5. If the answer to question 1 and/or 2 is "yes", complete "Intensity of Ideation" section below.	Since Last Visit
1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wish to fall asleep and not wake up. <i>Have you thought about being dead or what it would be like to be dead?</i> <i>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and never wake up?</i> <i>Do you wish you weren't alive anymore?</i> If yes, describe:	Yes No ☐ ☐
2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General, non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide (e.g., "I've thought about killing myself") without thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. <i>Have you thought about doing something to make yourself not alive anymore?</i> <i>Have you had any thoughts about killing yourself?</i> If yes, describe:	Yes No ☐ ☐
3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g., thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when, where or how I would actually do it...and I would never go through with it." <i>Have you thought about how you would do that or how you would make yourself not alive anymore (kill yourself)? What did you think about?</i> If yes, describe:	Yes No ☐ ☐

Aborted Attempt or Self-Interrupted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. Has there been a time when you started to do something to make yourself not alive anymore (end your life or kill yourself) but you changed your mind (stopped yourself) before you actually did anything? What did you do? If yes, describe:	<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total # of aborted or self-interrupted</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Yes	No	☐	☐	Total # of aborted or self-interrupted		_____	
Yes	No								
☐	☐								
Total # of aborted or self-interrupted									

Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). Have you done anything to get ready to make yourself not alive anymore (to end your life or kill yourself)- like giving things away, writing a goodbye note, getting things you need to kill yourself? If yes, describe:	<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total # of preparatory acts</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Yes	No	☐	☐	Total # of preparatory acts		_____	
Yes	No								
☐	☐								
Total # of preparatory acts									

Suicide: Death by suicide occurred since last assessment.	<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Yes	No	☐	☐				
Yes	No								
☐	☐								
	Most Lethal Attempt Date:								
Actual Lethality/Medical Damage: 0. No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1. Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2. Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3. Moderately severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4. Severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5. Death	Enter Code _____								
Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality=0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care	Enter Code _____								

- PATRONES FUNCIONALES

ANEXO 4

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
1. Percepción-manejo de la salud	Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud
2. Nutricional-metabólico	Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes
3. Eliminación	Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio
5. Sueño-descanso	Sueño, descanso y relajación
6. Cognitivo-perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición
7. Autopercepción-autoconcepto	Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo
8. Rol-relaciones	Compromiso del rol y relaciones
9. Sexualidad-reproducción	Satisfacción sexual y patrón reproductivo
10. Adaptación-tolerancia al estrés	Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés
11. Valores-creencias	Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona

- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NNNConsult, 2024)⁴⁰

ANEXO 5

Diagnóstico: [00289] Riesgo de conducta suicida r/c ideas suicidas, conducta autolesiva, acumulación de medicamentos y control de impulsos ineficaz.				
Definición: Susceptible de actos autolesivos asociados a intención de morir				
Patrón: 10, Afrontamiento-tolerancia del estrés				
Resultado NOC: [1408] Autocontrol del impulso suicida				
(1) Nunca demostrado	(2) Raramente demostrado	(3) A veces demostrado	(4) Frecuentemente demostrado	(5) Siempre demostrado
[140802] Mantiene vinculaciones en las relaciones				
[140804] Verbaliza ideas de suicidio, si existen				
[140821] Utiliza los servicios de salud mental disponibles				
[140816] No intenta causarse lesiones graves				
[140815] Expresa esperanza				
Intervenciones NIC				
[4354] Manejo de la conducta: autolesión		• Determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos. • Retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente. • Comunicar el riesgo de autolesión a otros profesionales de la salud. • Formular un plan de cuidados con el paciente incluyendo metas para prevenir conductas no deseadas de autolesiones.		
[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos		• Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente. • Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.		

Tabla propia: (NNNConsult, 2024)⁴⁰

ANEXO 6

Diagnóstico: [00140] Riesgo de violencia autodirigida r/c señales conductuales de intento de suicidio, recursos personales inadecuados y plan suicida.				
Definición: Susceptible de tener conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.				
Patrón: 9, Evitar peligros/seguridad				
Resultado NOC: [2002] Bienestar personal				
(1) Nunca demostrado	(2) Raramente demostrado	(3) A veces demostrado	(4) Frecuentemente demostrado	(5) Siempre demostrado
[200201] Realización de las actividades de la vida diaria				
[200202] Salud psicológica				
[200203] Relaciones sociales				
[200204] Vida espiritual				
Intervenciones NIC				
[5440] Aumentar los sistemas de apoyo		• Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. • Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.		

Tabla propia: (NNNConsult, 2024)⁴⁰

ANEXO 7

Diagnóstico: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c estresores m/p fracaso para emprender acciones que prevengan problemas de salud y fracaso para emprender acciones que prevengan problemas de salud
Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida y/o las acciones de manera que mejoren el nivel de bienestar.
Patrón: 10, Afrontamiento-tolerancia del estrés

Resultado NOC: [1408] Autocontrol del impulso suicida				
(1) Nunca demostrado	(2) Raramente demostrado	(3) A veces demostrado	(4) Frecuentemente demostrado	(5) Siempre demostrado
[140801] Expresa sentimientos				
[140809] Se contiene de utilizar sustancias modificadoras del estado de ánimo				
[140810] Revela planes de suicidio si existen				
[140815] Expresa esperanza				
Intervenciones NIC				
[5270] Apoyo emocional		• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.		
[5450] Terapia de grupo		• Dar al grupo un sentido de dirección que le posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo. • Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí. • Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí. • Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.		

Tabla propia: (NNNConsult, 2024)⁴⁰

ANEXO 8

Diagnóstico: Autogestión ineficaz de la salud r/c síntomas depresivos m/p expresa insatisfacción con la calidad de vida
Definición: Gestión insatisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica.
Patrón: 9, Evitar peligros/seguridad
Resultado NOC: [1702] Creencias sobre la salud: percepción de control

(1) Nunca demostrado	(2) Raramente demostrado	(3) A veces demostrado	(4) Frecuentemente demostrado	(5) Siempre demostrado
[170205] Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud.				
[170207] Voluntad para seguir viviendo				
[170201] Responsabilidad percibida sobre decisiones acerca de la salud				
Intervenciones NIC				
[4360] Modificación de la conducta		• Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. • Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia. • Animar al paciente a que examine su propia conducta. • Desarrollar un método (p. ej., un gráfico o diagrama) para registrar la conducta y sus cambios.		

Tabla propia: (NNNConsult, 2024)⁴⁰