



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2013 / 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA MANIFIESTA.**

Autor/a: Carmen Serrano Ibáñez
Tutora: M^a Isabel García Marco

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción	5-6
Objetivos.....	7
Metodología	8-9
Desarrollo:	10-26
○ Autores.....	10
○ Revisores externos	10
○ Declaración de conflicto de intereses	10
○ Justificación	10
○ Objetivos.....	10
○ Profesionales a quienes va dirigido	10
○ Población diana.....	10
○ Metodología	10
○ Actividades y procedimientos	11-23
○ Algoritmo de actuación	24
○ Indicadores de evaluación del protocolo	25-26
Conclusiones	27
Bibliografía.....	28-30
Anexos	31-36

RESUMEN

Las altas tasas de suicidio en la sociedad actual lo convierten en un importante problema de salud. El suicidio es la décima causa de muerte en los países desarrollados. Pese a esta elevada epidemiología, es un problema de salud evitable que con una adecuada detección del riesgo y una correcta prevención podría disminuir. El 75% de los pacientes que se suicidan visitaron el año anterior a su médico de cabecera. Por tanto, la enfermera comunitaria tiene un papel primordial al mantener una estrecha y continuada relación con el paciente, incluidos aquellos con manifestaciones suicidas.

El objetivo del trabajo es realizar un Protocolo de actuación para Enfermería de Atención Primaria en un paciente con ideas suicidas manifiestas. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, en Guías de Práctica Clínica y en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

Este protocolo establecería una serie de acciones basadas en el diagnóstico enfermero Riesgo de Suicidio (00150) que orientarían la labor de la enfermera hacia una adecuada prevención siguiendo las indicaciones de la taxonomía NANDA/NOC/NIC. Su uso puede, además de aumentar los conocimientos de la enfermera sobre este tema, unificar su actuación e identificar correctamente el paciente con riesgo suicida, reducir la tasa de suicidio.

ABSTRACT

The high rates of suicide in the current society turns it in an important health problem. Suicide is the tenth leading cause of death in developed countries. Despite this high epidemiology, it is an avoidable health problem that with appropriate detection of risk and with proper precaution, there is the possibility for reduction. Seventy-five percent of the patients who commit suicide, had been visiting their general practitioner the year prior. Therefore, the community nurse has an essential role in maintaining a strong and continuous relationship with the patient, including those with suicidal manifestations.

The goal of this work is to make an action Protocol for Nursing of Primary Attention faced with a patient with overt suicidal thoughts. A bibliography search has been made in the main databases, in Clinical Practice Guidelines and in the Library of the University of Zaragoza.

The Protocol would establish a series of actions based on the nurse diagnosis: Risk of Suicide (00150) that would guide the nurse's work towards an appropriate precaution following the order of the taxonomy NANDA/NOC/NIC. Its use could growing the knowledge of the nurse on the matter, unify its intervention, correctly identify the patient with risk of suicide and reduce the suicide rate.

INTRODUCCIÓN:

El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Es un término compuesto por dos vocablos latinos: *sui* ("de sí mismo") y *caedere* ("matar"), o sea, matarse a sí mismo. La OMS definió el suicidio en el año 1976 como *"un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados"*^{7, 12}.

A nivel mundial, alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año, suponiendo el 1'8% del total de fallecimientos. El suicidio se sitúa entre la segunda y tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años, y es la cuarta causa en el grupo de edad de 15 a 44 años. Según la OMS el suicidio es la décima causa de muerte en los países desarrollados, superando así a los homicidios, conflictos armados y accidentes de tráfico^{3, 16, 12}.

La OMS tiene una visión pesimista sobre la tendencia del número de suicidios en años próximos. Siguiendo la tendencia actual estima que en 2020 1,53 millones de personas morirán por esta causa¹⁷.

En España, según los datos del INE, hay nueve suicidios al día. En el 2012 murieron 3539 personas por suicidio y lesiones autoinflingidas. El suicidio en nuestro país sigue las pautas del resto del mundo. Observando una gran diferencia entre ambos sexos, siendo los varones más del triple de las mujeres (78,31 y 22,56% respectivamente). Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa¹.

La identificación de los factores de riesgo tiene un papel muy importante pues guardan una estrecha relación con la conducta suicida, entre ellos destacan las enfermedades mentales y los factores socioeconómicos^{5, 12}. (Anexo I).

El perfil de riesgo es un hombre, de 40 o más años, soltero o viudo, con problemas socioeconómicos, residente en un pueblo y con antecedentes familiares depresivos. El riesgo aumenta con la pérdida de algo que le es valioso, enfermedades crónicas, carencia de red de apoyo o intento suicida previo^{1, 2, 7, 13, 15}.

Existen factores protectores que protegen al individuo del riesgo de conducta suicida. Se dividen en personales y sociales o medioambientales¹.

Entre los personales encontramos la habilidad para la resolución de problemas, la confianza en uno mismo, las habilidades sociales, la flexibilidad cognitiva y el tener hijos, especialmente en mujeres. En cuanto a los ambientales, destacan el tener una red de apoyo familiar y social, el tener trabajo, las creencias religiosas o espirituales, el adoptar valores culturales y tradicionales y el tratamiento a largo plazo en sujetos con enfermedad mental.

En el ámbito sanitario, la Atención Primaria (AP) es el primer contacto de la población con el Servicio de Salud, por su proximidad conoce el entorno sociofamiliar y económico de la persona; gozando la enfermería de una situación privilegiada dentro del equipo.

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS) el 75% de las personas que cometieron un suicidio contactaron el año anterior con su médico de AP, y el 45% lo hicieron un mes antes de llevarlo a cabo.

Pese a las altas tasas y a la evidencia de la importancia y trascendencia del cuidado de enfermería para las personas con conducta suicida, el desempeño del rol de los profesionales en esta área es lento y poco utilizado, de ahí la importancia de su formación y de la implantación de protocolos de actuación^{1, 4, 8, 16}.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar un protocolo de actuación para enfermería de atención primaria en pacientes con ideas suicidas manifiestas.

Objetivos específicos:

Aplicar la metodología enfermera NANDA para prevenir el suicidio.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de enero a abril del año 2014. Se han consultado diversas bases de datos, la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza y la página web del Instituto Nacional de Estadística.

Las palabras clave que se utilizaron en la búsqueda fueron: "valoración ideación suicida", "conducta suicida AP", "protocolo actuación suicidio", "factores suicidio detección atención primaria", "factor riesgo suicida enfermería", "enfermería prevención idea suicida", "indicadores suicidas detección atención primaria enfermería", "abordaje conductas suicidas desde atención primaria".

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LÍMITES: [Año]	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº UTILIZADOS
SCIENCE DIRECT	"Valoración ideación suicida"	2010-2014	50	2
	"Conducta suicida AP"	2010-2014	49	1
	"Protocolo actuación suicidio"	2010-2014	34	3
	"factores suicidio detección atención primaria"	2010-2014	44	1
ALCORZE	"Factor riesgo suicida enfermería"	2010-2014	1	1
CUIDEN	"enfermería prevención idea suicida"	2010-2014	1	1
GOOGLE ACADÉMICO	"indicadores suicidas detección atención primaria enfermería"	2010-2014	766	3
	"abordaje conductas suicidas desde atención primaria"	2010-2014	874	4

LIBROS	
TÍTULO	DISPONIBLE EN:
Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.	BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011.	
Vínculo de NOC y NIC a NANDA-1 y diagnósticos médicos.	
Clasificación de resultados de enfermería (NOC).	
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).	
PÁGINAS WEB	
Instituto Nacional de Estadística (INE) http://www.ine.es/	

Para la elaboración del protocolo se ha seguido la "Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia" del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

DESARROLLO:

1. **Autores:** Carmen Serrano Ibáñez

2. **Revisores externos:** M^a Isabel García Marco

3. **Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores:**
Ninguno

4. Justificación:

Dadas las altas tasas de suicidio y la importancia de su prevención, es necesario un protocolo de actuación para enfermería de AP.

El suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, esto significa que existe un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción. En ella se realiza un acto intencionado y auto-infligido que amenaza la vida y, en ocasiones, con resultado de muerte. Sería en este período donde trabajaría AP, entre la ideación y la ejecución, intentado evitar que el paciente llevase a cabo esos planes suicidas.

Además, el 75% de las personas que cometieron suicidio visitaron a su médico de AP el año anterior, y el 45% el mes antes de llevarlo a cabo.

5. Objetivos:

- Aumentar los conocimientos de la enfermera de AP sobre suicidio
- Detectar el riesgo suicida del paciente a través de la aplicación del protocolo
- Actuar siguiendo la metodología enfermera NANDA

6. **Profesionales a quienes va dirigido:** profesionales de enfermería de AP

7. Población Diana:

Persona que acude a la consulta de enfermería del centro de salud con manifestación de ideas suicidas.

8. **Metodología:** revisión bibliográfica de artículos y libros NANDA

9. Actividades o Procedimientos:

➤ **Evaluación del riesgo:**

Tras la manifestación de una ideación suicida, la enfermera evaluará el riesgo de suicidio utilizando la entrevista clínica y la aplicación de diversas escalas.

- La **entrevista** comprenderá de unas preguntas específicas para valorar la frecuencia y gravedad de las ideas suicidas además de la posibilidad real de suicidio (*Anexo II*).

Es necesario hablar con la persona, no por no hablar se elimina la posibilidad de suicidio. En cambio, la comunicación puede aliviar su ansiedad y sentirse mejor comprendidos^{1, 13}.

- **Aplicación de escalas** se pasarán las siguientes escalas con el objetivo de ratificar el riesgo suicida del paciente^{2,6,14}. (*Anexo III, IV*).
 - Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI): Cuantificar y evaluar la intencionalidad o grado de seriedad en la ideación suicida.
 - Escala SAD PERSONS: Identificar indicadores de riesgo. Ayuda a decidir la actuación con el paciente

➤ **Diagnóstico NANDA Riesgo de suicidio (00150).**

Una vez identificado este diagnóstico, con la confirmación del riesgo de suicidio, se aplicarán los objetivos, intervenciones y actividades del mismo, competencia de Enfermería^{18, 19, 20, 21, 22}.

Este diagnóstico nos propone una serie de factores de riesgo que presentarán los pacientes con ideación suicida, que nos ayudará en su identificación.

Factores de riesgo:

Conductuales: historia de intentos previos de suicidio, cambios notables de actitud, acumulación de medicinas.

Demográficos: edad (adulto, anciano), divorcio, sexo varón, viudedad

Físicos: dolor crónico, enfermedad física, enfermedad terminal.

Psicológicos: historia familiar de suicidio, trastorno psiquiátrico, enfermedad psiquiátrica, abuso de sustancias.

Situacionales: inestabilidad económica, vivir solo, pérdida de autonomía, pérdida de independencia, jubilación.

Sociales: duelo, desesperanza, problemas legales, soledad, pérdida de relaciones importantes, aislamiento social.

Verbales: expresa deseos de morir, amenazas de matarse.

Muchas de estas intervenciones coinciden con las recomendaciones de comportamiento ante una situación de ideación suicida que plantea la OMS¹ (*Anexo V, VI*).

Para la realización del protocolo se han seleccionado 6 objetivos (NOC), cada objetivo consta de unas intervenciones (NIC) y actividades correspondientes, así como de unos indicadores que permiten evaluar a ese objetivo.

Estos objetivos junto con sus intervenciones, actividades e indicadores se han escogido basándose en el trabajo de la enfermera de AP, con la intención de que ésta pueda utilizarlos para prevenir el suicidio. Se ha intentado proporcionar un material ágil y didáctico para su aplicación por parte de los profesionales. De tal manera que la enfermera podrá llevar a cabo las acciones que considere más adecuadas del protocolo de forma sencilla, estandarizada y fácilmente mensurable.

Se han agrupado los objetivos (NOC) en dos grandes grupos según su función.

- **Controlar y prevenir la conducta suicida:** comprende los NOC:
 - 1405 Autocontrol del impulso suicida
 - 1902 Control del riesgo
- **Fomentar el bienestar físico y psíquico del paciente:** Sus NOC son:
 - 2002 Bienestar personal
 - 1204 Equilibrio emocional
 - 1201 Esperanza
 - 1305 Modificación psicosocial

A continuación aparecen dos tablas con las intervenciones correspondientes a cada NOC.

CONTROLAR Y PREVENIR LA CONDUCTA SUICIDA:	
NOC	NIC
1405 AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA	4420-Acuerdo con el paciente 5240-Asesoramiento 4370-Entrenamiento para controlar los impulsos 6160-Intervención en caso de crisis 4354-Manejo de la conducta suicida: autolesión 6340-Prevención del suicidio
1902 CONTROL DEL RIESGO	4420-Acuerdo con el paciente 6610-Identificación de riesgos 4354-Manejo de la conducta: autolesión 6340-Prevención del suicidio

FOMENTAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSÍQUICO DEL PACIENTE:

NOC	NIC
2002 BIENESTAR PERSONAL	6340-Prevención del suicidio
1204 EQUILIBRIO EMOCIONAL	4420-Acuerdo con el paciente 5330-Control del humor 6650-Vigilancia
1201 ESPERANZA	4420-Acuerdo con el paciente 5240-Asesoramiento 5310-Dar esperanza
1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL	4420-Acuerdo con el paciente 5240-Asesoramiento 5440-Aumentar los sistemas de apoyo 5330-Control del humor 4370-Entrenamiento para controlar impulsos

Lo siguiente es trabajar cada objetivo por separado con sus intervenciones y actividades correspondientes para que la profesional pueda seleccionarlas en función de su criterio y de la situación de su paciente.

<u>OBJETIVO (NOC)</u>	
Autocontrol del impulso suicida (1405): acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio	
<u>INTERVENCIONES (NIC)</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
- Acuerdo con el paciente: negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Instruir en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas
- Asesoramiento: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desaconsejar la toma de decisiones cuando se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible
- Entrenamiento para controlar los impulsos: ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudarle a identificar el problema o situación que requiera una acción mediata ○ Enseñarle a <<detenerse y pensar>> antes de comportarse impulsivamente
- Intervención en caso de crisis: utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a las crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo de la crisis	<ul style="list-style-type: none"> ○ Planificar la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro
- Manejo de la conducta: autolesión: ayuda al paciente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan

para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo	<p>provocar autolesión e intervenir para evitarlas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer un trato si fuese oportuno <<para que no se autolesione>> ○ Animarle a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse
- Prevención del suicidio: disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda.

OBJETIVO (NOC)	
Control del riesgo (1902): acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables	
INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
- Acuerdo con el paciente: negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si presenta signos de incongruencia que pueden indicar una falta de compromiso para cumplir el contrato
- Identificación de riesgos: análisis de los factores de riesgo potenciales. Determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revisar los datos derivados de las medidas rutinaria de evaluación de riesgos ○ Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales así como sus interrelaciones ○ Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo ○ Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo
- Manejo de la conducta: autolesión: ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicar el riesgo a los demás cuidadores ○ Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/tentativas de suicidio

<p>- Prevención del suicidio: disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio○ Determinar si dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio○ Proporcionar pequeñas cantidades de las medicaciones prescritas que pueden ser letales a los pacientes de riesgo, con el fin de reducir la oportunidad de suicidarse, según corresponda○ Identificar las necesidades de seguridad inmediatas al negociar un contrato de no autolesión o seguridad○ Iniciar las precauciones contra el suicidio (observación y vigilancia continua, proveerse de un entorno protector), en caso de alto riesgo de suicidio○ Observar, registrar e informar de cualquier cambio en el estado de ánimo o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares
---	--

OBJETIVO (NOC)	
Bienestar personal (2002): alcance de la percepción positiva del estado del proveedor de cuidados primarios	
INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
- Prevención del suicidio: disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar una forma de hablar directa y sin prejuicios para hablar sobre el suicidio ○ Ocuparse de los aspectos de calidad de vida y control del dolor ○ Ayudarle a comentar sus sentimientos acerca del contrato

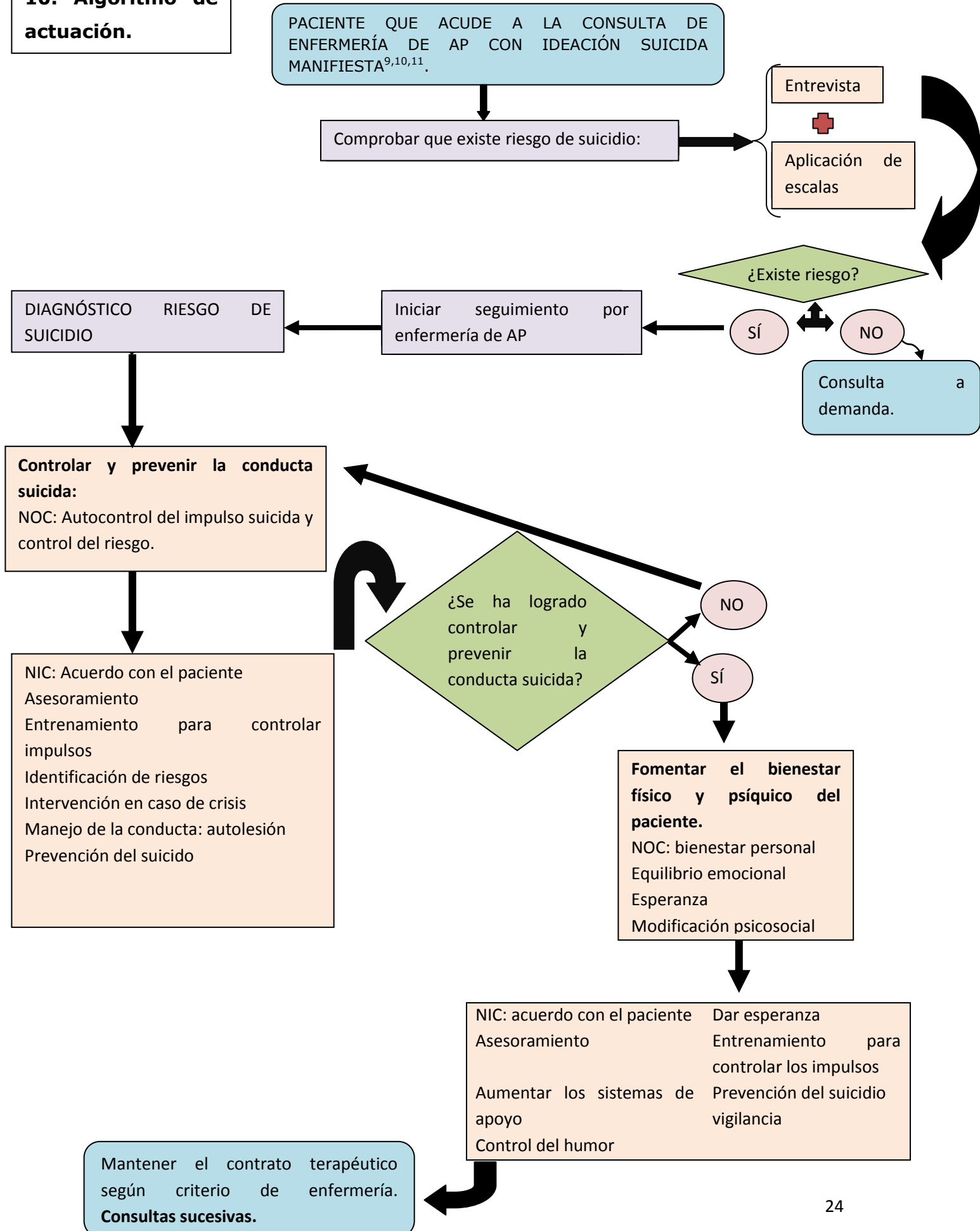
OBJETIVO (NOC)	
Equilibrio emocional (1204): adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias	
INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
- Acuerdo con el paciente: negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudarle a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse
- Control del humor: proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento ○ Proporcionarle un seguimiento de forma ambulatoria a intervalos apropiados según sea necesario
- Vigilancia: recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Preguntarle por la percepción de su estado de salud ○ Controlar el equilibrio emocional

<u>OBJETIVO (NOC)</u>	
Esperanza (1201): optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante	
<u>INTERVENCIONES (NIC)</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
- Acuerdo con el paciente: negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Explorar con él métodos de evaluación de la consecución de objetivos ○ Ayudarle a identificar hasta los más pequeños éxitos
- Asesoramiento: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar a que enumere y priorice las alternativas posibles al problema ○ Ayudar a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos ○ Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda
- Dar esperanza: aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar al paciente/familia a identificar áreas de esperanza en la vida ○ Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona ○ Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente)

OBJETIVO (NOC)	
Modificación psicosocial (1305): cambio de vida: respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante	
INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
- Acuerdo con el paciente: negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	○ Ayudarle a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
- Asesoramiento: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales	○ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
- Aumentar los sistemas de apoyo: facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.	○ Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias
- Control del estado de ánimo: proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico	○ Proporcionar o remitirle para un tratamiento contra el abuso de sustancias, si dicho abuso es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo ○ Ayudar a que asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo

<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento para controlar impulsos: ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales	<ul style="list-style-type: none">o Animarle a practicar la solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.
--	--

10. Algoritmo de actuación.



11. Indicadores de Evaluación:

OBJETIVOS (NOC)	INDICADORES
<p>➤ Autocontrol del impulso suicida:</p> <p>1 nunca demostrado- 5 siempre demostrado</p> <p>Mejoría: aumento de la puntuación</p>	<p>140815-Expresa esperanza</p> <p>140804-Verbaliza ideas de suicidio, si existen</p> <p>140810-Revela planes de suicidio si existen</p> <p>140813-No intenta suicidarse</p> <p>140819-Refiere control adecuado del dolor crónico</p> <p>140826-Utiliza recursos para la prevención del suicidio</p> <p>140822-Hace planes para el futuro</p>
<p>➤ Bienestar personal:</p> <p>1 no del todo satisfecho- 5 completamente satisfecho</p> <p>Mejoría: aumento en la puntuación</p>	<p>200201-Realización de actividades de la vida diaria</p> <p>200202-Salud psicológica</p> <p>200203-Relaciones sociales</p> <p>200207-Capacidad de afrontamiento</p> <p>200209-Nivel de felicidad</p>
<p>➤ Control del riesgo:</p> <p>1 nunca demostrado- 5 siempre demostrado</p> <p>Mejoría: aumento en la puntuación</p>	<p>190201-Reconoce los factores de riesgo personales</p> <p>190203-Controla los factores de riesgo personales</p> <p>190204-Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas</p> <p>190208-Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p> <p>190217-Controla los cambios en el estado general de salud</p>
<p>➤ Equilibrio emocional:</p> <p>1 nunca demostrado - 5 siempre demostrado</p> <p>Mejoría: aumento en la</p>	<p>120401-Muestra afecto adecuado a la situación</p> <p>120402-Muestra un estado de ánimo sereno</p> <p>120403-Muestra control de impulsos</p> <p>120424-Expresa el seguimiento del régimen</p>

<p>puntuación</p> <p>1 siempre demostrado – 5 nunca demostrado</p> <p>Mejoría: <u>disminución de la puntuación</u></p>	<p>de medicación</p> <p>120425-Expresa el seguimiento del régimen terapéutico</p> <p>120407-Conflicto de ideas</p>
<p>➤ Esperanza:</p> <p>1 nunca demostrado – 5 siempre demostrado</p> <p>Mejoría: <u>aumento en la puntuación</u></p>	<p>120102-Expresión de confianza</p> <p>120103-Expresión de ganas de vivir</p> <p>120104-Expresión de razones para vivir</p> <p>120112-Establecimiento de objetivos</p>
<p>➤ Modificación psicosocial:</p> <p>1 nunca demostrado – 5 siempre demostrado</p> <p>Mejoría: <u>aumento en la puntuación</u></p>	<p>130502-Mantenimiento de la autoestima</p> <p>130508-Identificación de múltiples estrategias de superación</p> <p>130509-Uso de estrategias de superación efectivas</p> <p>130514-Participación en aficiones recreativas</p> <p>130511-Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida</p>

CONCLUSIONES:

El suicidio es un problema de salud evitable con una adecuada actuación profesional. Debido al elevado contacto de estos pacientes mantienen con la AP, resulta necesaria la implantación de un protocolo de actuación para enfermería.

El protocolo sigue las indicaciones del diagnóstico enfermero Riesgo de Suicidio (00150). Se trata de un protocolo con medidas estandarizadas y aceptadas a nivel global; permitiendo aumentar los conocimientos de la enfermera de AP sobre el suicidio.

Este protocolo detectaría si existe un riesgo de suicidio en aquellas personas que manifiesten ideas suicidas, así como la evaluación de las actividades llevadas a cabo.

Una vez establecido el protocolo, tras el período de tiempo que los profesionales de Enfermería del centro de salud o del sector consideren oportuno, podría abrirse a nuevas líneas de investigación para su actualización y mejora.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitaria de Galicia (avalia-t); 2010. Guía de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02
2. Ayuso-Mateos J L, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012; 5(1): 8-23.
3. Triñanes Y, Senra-Rivera C, Seoane-Pesqueira G, González-García A, Álvarez-Ariza M, de-Las-Heras-Liñero E, et al. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. Rev Calid Asist 2014; 29(1): 36-42
4. Instituto Nacional de Estadística [sede web], Defunciones según la Causa de Muerte 2012 Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad . 098 Suicidio y lesiones autoinflingidas. [actualizada 31 enero 2014; acceso 11 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
5. Piedrahita L E, García M A, Mesa J S, Rosero I S. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Colomb Med. 2011; 42: 334-41
6. Sieso-Sevil A I, Fernández-Parrado C, Zahíno-López V, Pardo-Falcón M E. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la enfermera especialista de salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.php>
7. Mejía-Luchinger M, Sanhueza-Ojeda P, Gonzalez-Hernandez J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. Rev. memoriza. Com. 2011; 8: 15-25

8. Carmona-Navarro C, Pichardo-Martínez C. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(6): [08 pantallas]
9. Seva-Fernández A, Jiménez-Cortés M, Aubá-Guedea E, Manrique-Astiz E. Protocolo de manejo del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*. 2011; 10(85): 5782-5
10. Chiclana-Actis C, Giner L. Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*. 2011; 10(85): 5777-81
11. Bugarín-González R, García-Álvarez M J. Conductas autolesivas. *Cad Aten Primaria*. 2012; 18: 70-72
12. Navas-Orozco W. Abordaje del suicidio en Atención Primaria. *Rev Méd Costa Rica Centroamérica*. 2013; LXX (606): 219-225.
13. Álvarez-Moital I, Fontenla-Vivanco E. ¿Cómo detectar el riesgo suicida?. *FMC*. 2010; 17(5): 305-6
14. García-Nieto R, Parra-Urbe I, Palao D, López-Castroman J, Sáiz P A, García-Portilla MP et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad inextermidores. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2012; 5(1): 24-36
15. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *REv Esp Med Legal*. 2012; 38(4): 137-142
16. Carvajal-Carrascal G, Caro-Castillo CV. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Av. Enferm*. 2012; XXX(3): 102-117
17. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. 2008-2012. Área de Dirección de Organizaciones sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010.
18. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007
19. Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.

20. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculo de NOC y NIC a NANDA-1 y diagnósticos médicos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2012
21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Elsevier; 2013

ANEXOS

Anexo I:

ENFERMEDADES MENTALES	FACTORES SOCIALES	OTROS
Depresión	Género	Intento previo de suicidio
Enfermedad bipolar	Edad	Antecedentes familiares
Esquizofrenia	Situación laboral	Enfermedad física
Abuso de sustancias	Estado civil	Pérdidas personales, económicas
Transtornos de la alimentación	Lugar de residencia	Personas que han sufrido abusos
Transtornos de la personalidad	Carencia de red de apoyo social y/o emocional	

Fuente: elaboración propia.

Anexo II:

PREGUNTAS ENTREVISTA CLÍNICA:

- ¿Ha pensado que no vale la pena vivir?
- ¿Ha pensado en acabar con su vida?
- ¿Cree usted que sus razones para vivir superan a las de morir?
- ¿Si encontrase la manera se quitaría la vida?

Fuente: Álvarez Moital I, Fontenla Vivanco E. ¿Cómo detectar el riesgo suicida?. FMC. 2010; 17(5): 305-6

Anexo III:

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA: SCALE FOR SUICIDE IDEATION (SSI)

1. Deseo de vivir:

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Débil
- 2. Ninguno

2. Deseo de morir:

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir:

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. Deseo de intentar activamente el suicidio:

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

5. Deseos pasivos de suicidio:

- 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. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida):

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio):

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia la ideación/deseo:

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out:

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad):

- 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. Razones para el intento contemplado:

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse

1. Combinación de 0 y 2
2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado):
0. No considerado
1. Considerado, pero detalles no calculados
2. Detalles calculados/bien formulados
13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado):
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. Seguro de su valor, capacidad
15. Expectativas/espera del intento actual:
0. No
1. Incierto
2. Sí
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

Fuente: Sieso Sevil A I, Fernández Parrado C, Zahíno López V, Pardo Falcón M E. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la enfermera especialista de salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.php>

Cada ítem se puntúa de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida)

- Si el paciente contesta con un 0 (0=ausente) a los ítems 4 y 5 → pasa directamente a contestar el ítem 20;
- Si la respuesta al ítem 4 ó 5 es 1 ó 2 (2=máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems.

El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 en cada apartado es indicativa de riesgo de suicidio, Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el riesgo de suicidio.

Anexo IV:

ESCALA SAD PERSONS

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad (Age) < 20 o >45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N: No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

Fuente: Guía de práctica clínica del SNS.

Valoración

Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Anexo V:

Recomendaciones de comportamiento ante una situación de ideación suicida. OMS.

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
<ul style="list-style-type: none">- Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma.- Mostrar apoyo y preocupación- Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo- Preguntar acerca de los intentos previos- Explorar posibilidades diferentes al suicidio- Preguntar acerca del plan de suicidio- Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio- Identificar otros apoyos- Quitar los medios, si es posible- Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.	<ul style="list-style-type: none">- Ignorar la situación- Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico- Decir que todo estará bien- Retar a la persona a seguir adelante- Hacer parecer el problema como algo trivial- Dar falsas garantías- Jurar guardar secreto- Dejar a la persona sola

Fuente: Guía de práctica clínica del SNS.

Anexo VI:

Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre ideación suicida. OMS

CÓMO PREGUNTAR

- ¿Se siente feliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?

CUÁNDO PREGUNTAR:

- Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia

QUÉ PREGUNTAR

- para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Fuente: Guía de práctica clínica del SNS.