



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2010/ 2014

**TRABAJO FIN DE GRADO**

Programa educativo para el correcto cribaje de personas con  
depresión y alto riesgo de intento autolítico.

Autor/a: Alba Vinardell Giménez.

Tutora: Carmen Muro.

# Índice

Índice .....	1
Resumen .....	2
Abstract.....	3
Introducción .....	4-6
Objetivos .....	7
Metodología.....	8-9
Desarrollo .....	10-16
Conclusiones .....	17
Bibliografía.....	18-20
Anexos .....	21-32
Agradecimientos .....	33

## RESUMEN

### Justificación

La OMS sitúa al suicidio entre las 20 causas de defunción más importantes a nivel mundial, y prevé que en 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo.

El suicidio es la principal emergencia para el profesional de salud mental y la complicación más frecuente de la depresión. Pese a esto la tasa de mortalidad por suicidio se mantiene a niveles elevados, e incluso presenta un pico en 2012 alcanzando niveles que no se recordaban desde 2005.

### Objetivo principal

Desarrollar un programa educativo dirigido a enfermeros especialistas en salud mental que les permita poder detectar conductas de riesgo suicida en pacientes diagnosticados previamente de Depresión Mayor consiguiendo reducir la tasa de mortalidad por suicidio.

### Metodología

Se ha partido de un estudio descriptivo retrospectivo con revisiones bibliográficas desde 2009 hasta 2013. Dentro de estas revisiones se incluyeron las bases de datos Cuiden Plus, Google Académico y PubMed, así como la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicadas de 2009 a 2012.

### Resultados

Como resultado está la creación de un programa educativo dirigido a los profesionales enfermeros que desempeñan su trabajo en las diferentes áreas de Salud Mental de forma que les permita detectar conductas de riesgo suicida en pacientes que previamente están diagnosticados de Depresión Mayor.

### Conclusión

Con adecuadas campañas de prevención para el abordaje de este problema

de salud pública se podría conseguir disminuir la tasa de mortalidad del suicido.

## ABSTRACT

### Introduction

WHO stands suicide among the 20 leading causes of death worldwide, and expects in 2020 it will be the second leading cause of disability in the world.

Suicide is the main emergency for the mental health professionals and the most common complication of depression. Despite this, the suicide mortality rate remains at high levels, and even it can be observed a peak in 2012, reaching unremembered levels since 2005.

### Main objective

Developing an educational program for specialists nurses in mental health to enable them to detect suicide risk behaviors in patients previously diagnosed with Major Depression managing to reduce the death rate from suicide.

### Methodology

It's started from a retrospective research with literature reviews published from 2009 to 2013. Within these reviews it's been included databases as Cuiden Plus , Google Académico and PubMed and pages from the World Health Organization (WHO) and press releases from the National Statistics Institute ( INE) published from 2009 to 2012.

### Results

As a result it's the creation of an educational program for professional nurses who perform their work in different areas of Mental Health so they'll be able to detect risk of suicidal behavior in patients previously diagnosed with major depression.

### Conclusion

With proper prevention campaigns for approaching this public health problem could be achieved reducing the mortality rate of suicide.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental con tendencia episódica y recurrente, caracterizado por la presencia de síntomas afectivos (tristeza patológica, disminución del interés en actividades usualmente placenteras), acompañados en mayor o menor medida, por síntomas cognoscitivos, somáticos y psicomotores. <sup>1,2</sup>

Los factores de riesgo implican tanto condiciones genéticas como ambientales. El conocimiento de los factores de riesgo por parte del personal de salud mental permite detectar poblaciones vulnerables en la consulta que requieran una valoración detallada de su salud mental. <sup>3,4</sup>

La depresión es una patología que ha ido aumentando y según afirma la OMS en 2020 será la segunda causa de incapacidad, por tanto tras este escalofriante dato queda patente la necesidad de actuación del personal enfermero. <sup>5</sup>

Dentro de esta patología nos encontramos con un apartado que es la evaluación del riesgo suicida en pacientes con depresión. Como profesionales sanitarios debemos conocer que el suicidio se considera la principal emergencia para el profesional de salud mental y la complicación más seria de la depresión, y que para prevenir este hecho de forma eficaz es necesario, entre otras cosas, conocer los factores predisponentes. <sup>3,4,6,7</sup>

El suicidio es un problema de salud pública reconocido por la OMS. Con respecto al concepto que engloba el término suicidio, la Organización Mundial de la Salud plantea las siguientes definiciones en su informe mundial sobre violencia y salud en un intento de unificar los términos relacionados con suicidio:

- Por un lado tenemos el término de “comportamiento suicida mortal” basado en el resultado, y que se emplea para los actos suicidas que ocasionan la muerte de la persona.
- “Comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte, lo que en nuestro entorno sanitario denominamos como intento autolítico.

La propia OMS sitúa el suicidio entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial <sup>8</sup>, aportando datos como su tasa de mortalidad global es de 16 por 100.000 o lo que sería lo mismo una muerte cada 40 segundos. <sup>9</sup>

A través de la revisión bibliográfica de diferentes estudios llevados a cabo en distintas poblaciones así como los datos aportados por la OMS se establece que la patología con más frecuencia asociada al intento autolítico es la depresión grave no psicótica. <sup>6,10-12</sup>

Para avalar esta afirmación, a través de la revisión bibliográfica se han encontrado artículos que recogen datos tan esclarecedores como afirmar que la prevención del suicidio no está siendo llevada a cabo con mucha efectividad dado que algunos estudios recogen que en poblaciones diana de adultos con intento suicida, el 80% habían tenido una depresión mayor con tendencia a ser considerados de alto riesgo autolítico. <sup>1</sup>

A nivel nacional contamos con los datos aportados por el INE (Instituto Nacional de Estadística). En sus cifras incluye la mortalidad por causas externas contando entre ellas principalmente accidentes de tráfico y suicidios. Tras una revisión de la última década, el suicidio se ha mantenido como principal causa externa de mortalidad, obteniendo en 2012 la tasa más alta que se recuerda desde 2005, representando 11,3% más que el año anterior. Este mantenimiento de las cifras de suicidio puede ser todavía más llamativo si lo comparamos con otra causa externa de mortalidad como pueda ser los accidentes de tráfico que en la última década se han conseguido reducir dado que consta con impactantes campañas de actuación y prevención.

Esto nos llevaría al último punto, tras la revisión de los datos del INE sería lógico pensar que con medidas de actuación eficaces destinadas a frenar las cifras de mortalidad por suicidio podríamos conseguir que se redujera la tasa como ha ocurrido año tras año con las tasas de otras causas externas de mortalidad. <sup>13-16</sup>

El abordaje de la prevención del suicidio, es según la OMS, una necesidad que no se ha visto tratada principalmente por la falta de sensibilización

sobre este problema de salud, siendo tan sólo unos pocos países los que han incluido la actuación de prevención entre sus prioridades.

A la vista de estos datos es evidente la importancia de prevenir el intento autolítico, siendo el objetivo del trabajo formar a los profesionales de salud mental para que detecten de forma precoz las conductas suicidas de pacientes previamente diagnosticadas de depresión.

## OBJETIVOS

- Desarrollar un programa educativo dirigido a los profesionales sanitarios que permita a los enfermeros de las áreas de Salud Mental poder detectar conductas de riesgo suicida en pacientes diagnosticados previamente de Depresión Mayor.
- Disminuir el índice de mortalidad por suicidio gracias a una detección precoz de conductas autolíticas en pacientes diagnosticados de Depresión.



## METODOLOGÍA

Partimos de un estudio descriptivo retrospectivo con revisiones bibliográficas desde 2009 hasta 2013. Dentro de estas revisiones se incluye las bases de datos Cuiden Plus, Google Académico y PubMed, así como la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicadas de 2009 a 2012.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Cuiden Plus	Depresión mayor, conducta autolítica, suicidio.	Publicaciones del 2003 al 2014.	47	6
Google Académico	Depresión y suicidio en adultos	Publicaciones del 2009 al 2014.	406	5
PubMed	Depression, major depression, suicide and suicide prevention.	Publicaciones del 2009 al 2014.	100	2

Las razones para descartar artículos encontrados en las diferentes bases de datos se resumen en:

- Síndromes depresivos en grupos reducidos y concretos como pueda ser mujeres en situación de postparto o en casos de violencia doméstica, depresión en ambientes rurales y en personas mayores con demencia así como enfermedades terminales o crónicas relacionadas con ciertos tratamientos como diálisis.
- Intentos autolíticos relacionados con abuso de drogas tanto legales como ilegales así como acto suicida relacionado con enfermedades tipo oncológicas y sus tratamientos.

Este trabajo de fin de grado incluye un programa educativo enfocado a los profesionales de las áreas de Salud Mental de forma que les permita detectar conductas de riesgo suicida en pacientes que previamente están diagnosticados de Depresión Mayor.

# DESARROLLO

## 1.- DIAGNÓSTICO

### 1.1 Análisis

Según datos aportados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo <sup>17</sup>, considerándose dicho trastorno como el principal factor de riesgo a la hora de cometer un suicidio <sup>6,10-12</sup>, posicionándose el suicidio entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. <sup>8</sup>

Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000, o lo que es lo mismo a una muerte cada 40 segundos. En los últimos años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. <sup>9</sup>

### 1.2 Prioridades: ¿qué?, ¿por qué?

A continuación se presentan algunos de los datos aportados por el INE (Instituto Nacional de Estadística) que permite valorar la evolución de 2 causas externas de mortalidad como son el suicidio y los accidentes de tráfico desde 2009 hasta 2012: <sup>13-16</sup>

CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD		
	El suicidio	Accidentes de tráfico
Año 2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1ª causa externa de mortalidad con 3.429 personas fallecidas, cifra similar a años anteriores.</li><li>- 8 de cada 10 personas que se suicidaron fueron hombres.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Los fallecidos en accidentes de tráfico se situaron en 2.588 (un 14,6% menos que el año pasado).</li><li>- En 5 años se ha reducido a casi la mitad el número de muertes por esta causa.</li></ul>
Año 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>- El suicidio fue la 1ª causa externa de defunción con 3.145 muertes de las cuales 2.456 fueron hombres.</li><li>- Cifras similares a años anteriores.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Las muertes por accidentes de tráfico continuaron con su senda descendente y disminuyeron un 10,1% con respecto a 2009.</li></ul>

<b>Año 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El suicidio continúa siendo la 1ª causa externa de defunción.</li> <li>- El número de suicidios se situó en niveles similares a 2010 con 3180 fallecidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los fallecidos por esta causa volvieron a reducirse, en concreto un 9,4% menos que en 2010.</li> <li>- Desde comienzos de la pasada década los muertos por esta causa se han reducido aproximadamente a la tercera parte.</li> </ul>
<b>Año 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El suicidio fue de nuevo la principal causa externa de mortalidad.</li> <li>- Fallecieron por esta causa 3.539 personas, de las cuales 2.724 fueron hombres.</li> <li>- La tasa de suicidio se situó un 7,6% por cada 100.000 personas, siendo la tasa más alta desde 2005.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El número de fallecidos por accidentes de tráfico fue de 1.915 personas, lo que representa un 9,5% menos con respecto a 2011.</li> </ul>

Nota: Tener en cuenta que estas cifras recogidas por el INE no incluyen las tentativas de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Tras la revisión de estos datos es lógico establecer que con una correcta prevención del suicidio podríamos conseguir la disminución de defunciones por esta causa de forma paulatina como ha ocurrido con otra causa externa de defunción como son los accidentes de tráfico.

Además los datos disponibles por la OMS demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión reducen las tasas de suicidio, al igual que el contacto de seguimiento de quienes han llevado a cabo un intento autolítico. Además añadir que actualmente en nuestra comunidad autónoma no existe ningún protocolo establecido a seguir por los enfermeros de las áreas de salud mental de los C.S en el seguimiento de pacientes diagnosticados de depresión, por tanto la responsabilidad de actuación en la prevención del suicidio en estos casos recae en los profesionales sanitarios.

## 2. PLANIFICACIÓN

### 2.1 Objetivos: ¿qué?, ¿a quién?, ¿cuánto?

El objetivo general del programa educativo es llevar a cabo un taller formativo dirigido a los profesionales enfermeros que desempeñan su trabajo en las diferentes áreas de Salud Mental de forma que les permita detectar conductas de riesgo suicida en pacientes que previamente están diagnosticados de Depresión Mayor.

El objetivo del programa a medio-largo plazo sería disminuir la tasa de mortalidad por suicidio.

### 2.2 Destinatarios/Población

El programa educativo va dirigido a los profesionales Enfermeros especialistas en Salud Mental que trabajen en Zaragoza, Huesca y Teruel en unidades psiquiátricas de corta, media y larga estancia (Anexo 1).

Para la captación de asistentes interesados en asistir al taller se enviará a todos los supervisores de las unidades correspondientes folletos con la información de horarios, días y sesiones del taller (Anexo 2).

### 2.3 Recursos: ¿con qué?

Los recursos humanos sería una enfermera especialista en Salud Mental que llevaría a cabo la búsqueda bibliográfica pertinente para impartir el programa así como la preparación de todas las sesiones incluidas en la formación.

Con respecto a la bibliografía incluiríamos la página de la OMS, el INE y las bases de datos Cuiden Plus, PubMed y Google Académico.

El material necesario para llevar a cabo el taller será la Sala de Usos Múltiples del Centro de Salud Actur Sur con unas 50 sillas para los asistentes, un proyector conectado a un ordenador y una pizarra sobre la cual proyectar para poder visualizar los Anexos del programa.

El presupuesto estimado del proyecto en recursos humanos serían 400€ (12€/h aproximadamente) más 50€ en recursos materiales (bolígrafos y

folios) dado que la sala donde se desarrollarían las sesiones ya está dotada de lo necesario.

#### 2.4 Estrategias: ¿cómo?, ¿dónde?

El programa irá dirigido principalmente por la enfermera especialista en Salud Mental que imparta el programa educativo. La segunda, tercera y cuarta sesión irá en parte dirigida por los asistentes y la participación y predisposición que muestren durante la sesión. Y la quinta sesión irá dirigida por un paciente, invitado en este programa para compartir su experiencia vivida desde dentro.

El método de elección es el método indirecto que permite una mayor libertad y creatividad a los asistentes de forma que puedan expresar libremente sus opiniones y solventar cualquier duda que le vaya pareciendo.

El programa educativo y todas sus sesiones se llevarán a cabo en el Centro de Salud Actur Sur en la Sala de Usos Múltiples ubicada en la Planta Calle.

La línea básica de actuación sería dotar a los asistentes de los conocimientos necesarios para lograr los objetivos pero al mismo tiempo que se sientan libres de dar su opinión y ampliar la información con sus propias experiencias laborales.

#### 2.5 Actividades

Nombre de la actividad: Taller formativo dirigido al profesional enfermero especializado en Salud Mental para el cribaje de personas con depresión que presentan un alto riesgo de intento autolítico.

Objetivos del taller: establecer una relación entre depresión e intento autolítico, determinar factores de riesgo suicida, establecer indicaciones para la evaluación de dicho riesgo, aportar una lista de recomendaciones y contraindicaciones en este tipo de situaciones y conocer un caso clínico explicado por su protagonista.

Destinatarios: Profesionales Enfermeros especialistas en Salud Mental que trabajen en Zaragoza, Huesca y Teruel en unidades psiquiátricas de corta,

media y larga estancia.

Metodología: Charla formativa.

Descripción del procedimiento: Será un taller formativo que constará de 6 sesiones dirigidas por la enfermera especialista en salud mental que imparta la formación a excepción de la quinta sesión que la llevará a cabo un paciente diagnosticado en el pasado de Depresión Mayor con intento autolítico e ingreso en la Unidad Psiquiátrica del Royo Villanova.

Recursos humanos y materiales: Los recursos humanos serán la enfermera especialista en Salud Mental que imparta el taller formativo y el paciente voluntario para compartir su experiencia con los asistentes. Los recursos materiales serían bolígrafos para rellenar el cuestionario, y con respecto a las sillas, proyector, pizarra y ordenador se encuentran ya en la sala del centro.

Lugar y duración: C.S Actur Sur, Sala de Usos Múltiples, planta calle. La duración aproximada del taller es de 3 horas con descanso de 20 minutos.

Métodos de evaluación: una encuesta al finalizar el taller y la realización del caso clínico a modo de autoevaluación.

- Cronograma: ¿cuándo?

El programa educativo se llevará a cabo en el mes de mayo. Los días escogidos serán:

Viernes, 2 de mayo	De 16,30h a 19,30h
Lunes, 5 de mayo	De 16,30h a 19,30h
Martes, 13 de mayo	De 16,30h a 19,30h
Miércoles, 21 de mayo	De 16,30h a 19,30h
Jueves, 29 de mayo	De 16,30h a 19,30h

Cada uno de estos días seleccionados contará con el mismo taller formativo

que consta de 6 sesiones divididas por contenido temático y que se explican a continuación.

### 3.- EJECUCIÓN

SESIÓN	CONTENIDO TEMÁTICO	DURACIÓN
Sesión 1	Presentación del tema y justificación de la importancia de la prevención en estas situaciones.	30 minutos
Sesión 2 (Anexo 3) (Anexo 4) (Anexo 5) (Anexo 6)	Factores de riesgos, evaluación de pacientes psiquiátricos con riesgo suicida y recomendaciones y contraindicaciones en el manejo de este tipo de situaciones.	30 minutos
Sesión 3	Compartir conocimientos entre asistentes y en valorar si los errores que se hayan podido cometer podrían ser evitados con una guía de actuación.	45 minutos
DESCANSO DE 20 MINUTOS		
Sesión 4 (Anexo 7)	Caso clínico y autoevaluación de los conocimientos adquiridos previamente en el taller.	25 minutos
Sesión 5	Presentación de un paciente diagnosticado de Depresión Mayor e historia de intento autolítico, que contará su vivencia personal de dicha situación para que los asistentes conozcan mejor a este tipo de pacientes.	20 minutos
Sesión 6	Despedida de los asistentes y entrega de un correo electrónico de asistencia para cualquier duda que haya podido quedar sin resolver.	10 minutos



#### 4.- EVALUACIÓN

Como método de evaluación, al finalizar la charla, los asistentes rellenarán una breve encuesta de 5 preguntas (Anexo 8) para evaluar el taller y diferentes aspectos del mismo.

A la hora de que los asistentes autoevalúen los conocimientos adquiridos, en la sesión 4 llevarán a cabo la actuación ante un caso clínico, de forma que ellos mismos puedan valorar si los conceptos clave del taller han quedado claros.

## CONCLUSIONES

Para concluir, el suicidio puede ser considerado una causa externa de mortalidad prevenible en muchos casos con una correcta actuación clínica del personal sanitario y su importancia no debe ser mermada por ser en ocasiones un tema tabú en la sociedad.

Como conclusión personal respecto a la realización de este trabajo, creo que merece la pena nombrar el conflicto entre la campaña de prevención del suicidio que conllevaría abandonar la discreción con que se trata este tema y por otro lado el ya conocido efecto contagio que tiene los intentos autolíticos.

Es esta discreción la que por otro lado nos impide vislumbrar la envergadura que tiene el problema, y si con adecuadas campañas de prevención, como bien se ha hecho con otras causas externas de mortalidad, se pueden disminuir las tasas de mortalidad del suicidio, quizá sea el momento de encontrar un punto intermedio entre ambas posturas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr. Abril 1999; 15(2).
- 2.- Who.Int [Inthernet] World Health Organization. Programas y proyectos: Trastornos mentales. [actualizado Octubre 2012; citado 14 marzo 2014] Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- 3.- Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, García Valencia J, Rodríguez Guarín, Bravo Narváez E, Jaramillo LE, Palacio Acosta CA, Sánchez Pedraza R, Castro Díaz SM. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Parte I: factores de riesgo, tamización, diagnóstico y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión. Revista Colombiana de Psiquiatría. Diciembre 2012; 41(4): 719-739.
- 4.- Foster TJ. Suicide prevention as a prerequisite for recovery from severe mental illness. Int J Psychiatry Med. 2013;46(1): 15-25.
- 5.- Vicente-Ruiz MA, de la Cruz-García C, Fuentes-Álvarez MT, Hernández-Álvarez G, López-Velázquez G. Prevalencia de depresión en adultos mayores residentes en asilo, en comunidad rural y factores asociados. Rev Paraninfo Digital. 2013; 17.
- 6.- XXX Zimmermann Serret A, Carballo Álvarez M, Alcaraz Bravo, J. Tentativa de suicidio: valoración de un caso clínico en un servicio de urgencias. Enfermería Clínica. Sep-Oct 2007. 17 (5): 272-277.
- 7.- YYY Domínguez Fernandez N, Pintor Holguin E, González Murillo AP, Rubio Alonso M, Herreros Ruiz-Valdepeñas B. Metas de Enfermería. 2012. 15(6): 66-70.
- 8.- Who.Int [Internet] World Health Organization. Programas y proyectos: Prevención del suicidio. [actualizado Agosto 2012; citado 14 marzo 2014]

Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/es/)

9.- Who.int [Internet] World Health Organization. Programas y proyectos: prevención del suicidio. [actualizado Agosto 2012; citado 11 marzo 2014]

Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index.html)

10.- Armendáriz García NA, Alonso Castillo MM, López García KS, Alonso Castillo BA. Depresión en mujeres: Análisis de concepto desde la perspectiva de enfermería. [Invest Educ Enferm -Col-](#). 2013; 31(2):270-276.

11.- Ramos Godoy O, Guzmán Terán N, Hinojosa Castro C, Motta Guerrero R. Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud. Revista Facultad de Medicina Humana Universidad Ricardo Palma. 2012, 12 (1).

12.- Baek JH, Kang ES, Fava M, Mischoulon D, Nierenberg AA, Yu BH, Lee D, Jeon HJ. Serum lipids, recent suicide attempt and recent suicide status in patients with major depressive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. Febrero 2014; 51(C): 113-118.

13.- INE.es [Internet] Instituto Nacional de Estadística. Nota de Prensa: Defunciones según la causa de muerte en el año 2009 [actualizado 4 julio 201; citado 7 febrero 2014]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebas e&L=0>

14.- INE.es [Internet] Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa: Defunciones según la causa de muerte en el año 2010 [actualizado 20 marzo 2012; citado 7 febrero 2014]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebas e&L=0>

15.- INE.es [Internet] Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa: Defunciones según la causa de muerte en el año 2011 [actualizado 27 febrero 2013; citado 7 febrero 2014]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebas>

[e&L=0](#)

16.- INE.es [Internet] Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa: Defunciones según la causa de muerte en el año 2012 [actualizado 31 enero 2014; citado 7 febrero 2014]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebas>  
[e&L=0](#)

17.- Who.int [Internet] World Health Organization. Centro de prensa: La depresión. [actualizado Octubre 2012; citado 14 marzo 2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

18.- Balagué Gea L, Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, Mosquera Metcalfe I. Los "otros profesionales" en la atención a personas con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. [Index Enferm](#). 2013; 22(1-2):35-39.

19.- Morriss R, Kapur N, Bying R. Evaluación del riesgo de suicidio y autolesión en adultos. *BMJ*. 2013; 347: f3572.

# ANEXOS

## Anexo 1

<b>UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA</b>
---

### **ZARAGOZA**

#### **UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA**

---

**RESIDENCIA DE MEDIA ESTANCIA "PROFESOR REY ARDID"**

Cno. Viejo de Alfocea ,10 (Juslibol) Tfno.: 976 73 10 00  
50191 ZARAGOZA Fax: 976 73 07 19

**UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA "ALONSO V"**

C/ Duquesa Villahermosa, 66-68 Tfno.: 976 33 15 00  
50009 ZARAGOZA Fax: 976 33 15 32

#### **UNIDADES DE LARGA ESTANCIA**

---

**CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "NTRA. SRA. DEL PILAR"**

C/ Duquesa Villahermosa, 66-68 Tfno.: 976 33 15 00  
50009 ZARAGOZA Fax: 976 33 15 32

**UNIDAD PSICOGERIÁTRICA**

C/ Monasterio de Ntra. Sra. de los Ángeles, 20 Tfno.: 976 34 15 00  
50012 ZARAGOZA

**CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE SÁDABA**

Ctra. de Sos s/n Tfno.: 976 67 54 79  
50670 SÁDABA (Zaragoza) Fax: 976 67 54 79

**CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO "NTRA. SRA. DEL CARMEN"**

(Privado con camas concertadas)  
Camino del Abejar s/n (Garrapinillos) Tfno.: 976 77 06 35  
50190 ZARAGOZA

**UNIDADES DE CORTA ESTANCIA (Unidades de Psiquiatría)**

---

**HOSPITAL "MIGUEL SERVET"**

Pº Isabel la Católica, 1-3  
50009 ZARAGOZA

Tfno.: 976 76 55 00

**HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"**

Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 ZARAGOZA

Tfno.: 976 55 64 00

**HOSPITAL "ROYO VILLANOVA"**

Avda. San Gregorio, 30  
50015 ZARAGOZA

Tfno.: 976 46 69 10

**HOSPITAL PROVINCIAL "NTA. SRA. DE GRACIA"**

C/ Ramón y Cajal, 60  
50004 ZARAGOZA

Tfno.: 976 44 00 22

**SERVICIO DE URGENCIAS PSQUIÁTRICAS**

---

**HOSPITAL "MIGUEL SERVET"**

Pº Isabel la Católica, 1-3  
50009 ZARAGOZA

Tfno.: 976 76 55 00

**HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"**

Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 ZARAGOZA

Tfno.: 976 55 64 00

**HOSPITAL "ROYO VILLANOVA"**

Avda. San Gregorio, 30  
50015 ZARAGOZA

Tfno.: 976 46 69 10

**HOSPITAL PROVINCIAL "NTA. SRA. DE GRACIA"**

C/ Ramón y Cajal, 60  
50004 ZARAGOZA

Tfno.: 976 44 00 22

## **HUESCA**

### **UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

---

#### **CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"**

Ctra. de Arguís s/n  
22006 HUESCA

Tfno.: 974 22 07 72

### **UNIDAD DE LARGA ESTANCIA**

---

#### **CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"**

Ctra. de Arguís s/n  
22006 HUESCA

Tfno.: 974 22 07 72

### **UNIDAD DE CORTA ESTANCIA**

---

#### **HOSPITAL "SAN JORGE"**

Avda. Martínez de Velasco, 36  
22004 HUESCA

Tfno.: 974 31 49 11

### **SERVICIO DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**

---

#### **HOSPITAL "SAN JORGE"**

Avda. Martínez de Velasco, 36  
22004 HUESCA

Tfno.: 974 31 49 11



## **TERUEL**

### **UNIDAD DE LARGA ESTANCIA**

---

#### **CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "SAN JUAN DE DIOS"**

Avda. de Zaragoza, 10  
44001 TERUEL

Tfnos.: 978 60 54 67 – 978 60 53 67  
Fax: 978 60 92 40

### **UNIDADES DE CORTA ESTANCIA**

---

#### **HOSPITAL "OBISPO POLANCO"**

Avda. Ruiz Jarabo s/n  
44002 TERUEL

Tfno. : 978 62 11 50

### **SERVICIO DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**

---

#### **HOSPITAL "OBISPO POLANCO"**

Avda. Ruiz Jarabo s/n  
44002 TERUEL

Tfno. : 978 62 11 50



## **DEPRESIÓN Y CONDUCTA SUICIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**

**La depresión es una patología cada vez más frecuente a nivel mundial, siendo a su vez la principal causa de desencadenamiento de un acto suicida.**

**En las fechas indicadas a continuación se llevará a cabo un taller para valorar como llevar a cabo un correcto cribaje de personas diagnosticadas de depresión**

**con potencial de llevar a cabo una conducta autolítica.**

**Las fechas del taller serán:**

- Viernes, 2 de mayo (16,30 a 19,30)
- Lunes, 5 de mayo (16,30 a 19,30)
- Martes, 13 de mayo (16,30 a 19,30)
- Miércoles, 21 de mayo (16,30 a 19,30)
- Jueves, 29 de mayo (16,30 a 19,30)

**El taller se llevará a cabo en el C.S Actur Sur, en la Sala de Usos Múltiples (Planta Calle).**

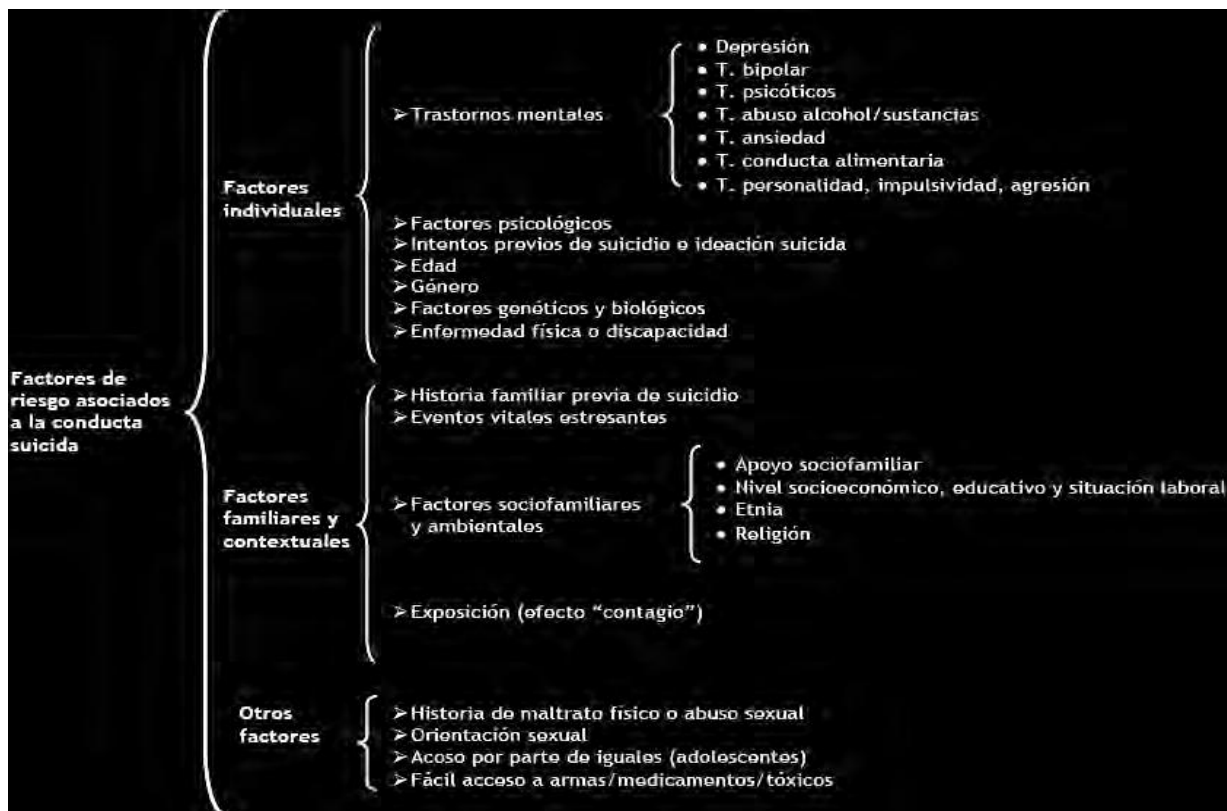
Anexo 3

HISTORIA MÉDICA PREVIA	SÍNTOMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de intentos previos</li> <li>• Un intento previo de alta letalidad o con métodos violentos (ahorcamiento, precipitación desde alturas, uso de armas de fuego, incineración)</li> <li>• Abuso o dependencia de sustancias</li> <li>• Trastorno de personalidad</li> <li>• Enfermedad física comórbida.</li> <li>• Historia familiar de suicidio</li> <li>• Comorbilidad con trastornos de ansiedad</li> <li>• Antecedentes de hospitalización psiquiátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhedonia (falta de placer)</li> <li>• Ansiedad severa</li> <li>• Ataques de pánico</li> <li>• Desesperanza</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Pobre concentración</li> <li>• Psicosis</li> </ul>
Factores sociales-vitales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado)</li> <li>• Pérdida de un ser querido</li> <li>• Pobre red de apoyo</li> <li>• Vivir solo</li> </ul>	

Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno afectivo</li> <li>- Esquizofrenia</li> <li>- Trastorno de ansiedad</li> <li>- Abuso de sustancias</li> <li>- Trastorno de personalidad</li> <li>- Otros trastornos mentales</li> <li>- Salud física</li> <li>- Dimensiones psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heredabilidad</li> <li>- Sexo</li> <li>- Edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>† Adolescentes y adultos jóvenes</li> <li>† Edad geriátrica</li> </ul> </li> <li>- Estado civil</li> <li>- Situación laboral y económica</li> <li>- Creencias religiosas</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Conducta suicida previa</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida (38).



#### Anexo 4

Tabla 3. Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición

Causas de conducta suicida: factores psicológicos y contextuales	Riesgo de conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Situación social</li> <li>– Relaciones interpersonales</li> <li>– Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales</li> <li>– Historia de trastorno mental, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol y otras drogas</li> <li>– Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Características del intento: intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido</li> <li>– Características personales: edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc.</li> <li>– Características contextuales: aislamiento social, clase social, enfermedad física.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (53)

#### Anexo 5

Tabla 5. Actitud del clínico durante la entrevista clínica

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal
- Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes
- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta

- Mostrar calma y seguridad
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas
- Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes
- Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.
- Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación.

Fuente: Froján (2006) (76)

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

DATOS PERSONALES		
– Sexo	– País de origen	– Estado civil
– Edad	– Grupo étnico	– Ocupación
FACTORES DE RIESGO		FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presencia de trastornos mentales</li> <li>– Intentos previos de suicidio</li> <li>– Desesperanza</li> <li>– Presencia de ideación suicida</li> <li>– Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad</li> <li>– Historia familiar de suicidio</li> <li>– Presencia de eventos vitales estresantes</li> <li>– Factores sociales y ambientales</li> <li>– Antecedentes de suicidio en el entorno</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Habilidades de resolución de problemas</li> <li>– Confianza en uno mismo</li> <li>– Habilidades sociales</li> <li>– Flexibilidad cognitiva</li> <li>– Hijos</li> <li>– Calidad del apoyo familiar y social</li> <li>– Integración social</li> <li>– Religión, espiritualidad o valores positivos</li> <li>– Adopción de valores culturales y tradicionales</li> <li>– Tratamiento integral de la enfermedad física/mental</li> </ul>
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA		CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Planificación</li> <li>– Evolución</li> <li>– Frecuencia</li> <li>– Valoración de la Intencionalidad y determinación</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desencadenantes</li> <li>– Valoración de la Intencionalidad</li> <li>– Letalidad de la conducta</li> <li>– Método <ul style="list-style-type: none"> <li>t Intoxicación medicamentosa</li> <li>t Intoxicación por otro producto químico</li> <li>t Daño físico</li> </ul> </li> <li>– Actitud ante la conducta suicida actual</li> <li>– Medidas de evitación de rescate</li> <li>– Despedida en los días previos</li> </ul>
EVALUACIÓN CLÍNICA		TIPO DE CONDUCTA SUICIDA

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración del nivel de conciencia</li> <li>- Afectación de la capacidad mental</li> <li>- Intoxicación por alcohol u otras drogas</li> <li>- Enfermedades mentales</li> <li>- Estado de ánimo</li> <li>- Planes de suicidio</li> <li>- Capacidad de otorgar un consentimiento informado</li> <li>- Necesidad de valoración por parte de especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideación suicida</li> <li>- Comunicación suicida</li> <li>- Conducta suicida</li> </ul>
---	--

Fuente: elaboración propia.

## Anexo 6

Escala SAD PERSONS: Escala diseñada por Patterson et al. (89). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando del 0 al 1 respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio. Entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto. Esta escala ha sido recomendada en nuestro país por su contenido didáctico y facilidad de aplicación y también para su uso en atención primaria.

### Escala SAD PERSONS

<i>Sex</i>	Género masculino
<i>Age</i>	< 20 o > 45 años
<i>Depression</i>	Presencia de depresión
<i>Previous Attempt</i>	Intento de suicidio previo
<i>Ethanol abuse</i>	Abuso de alcohol
<i>Rational thinking loss</i>	Ausencia de pensamiento racional
<i>Social support lacking</i>	Apoyo social inadecuado
<i>Organized plan for suicide</i>	Plan elaborado
<i>No spouse</i>	No pareja
<i>Sickness</i>	Problemas de salud
0-2: bajo riesgo 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomendando ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social 7-10: precisa ingreso	

Fuente: Patterson et al.,1983 (89)

Escala IS PATH WARM: la American Association of Suicidology la propuso como instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida. Aunque sin puntuaciones orientativas asociadas, podría ser útil para guiar la valoración del riesgo inmediato, puesto que cada uno de los factores de riesgo que valora suelen estar presentes en los meses previos al intento.

<i>Ideation</i>	Presencia de ideación suicida
<i>Substance abuse</i>	Abuso de alcohol u otras drogas
<i>Purposelessness</i>	Pérdida de propósitos en la vida
<i>Anger</i>	Expresión de agresividad incontrolada
<i>Trapped</i>	Sentimientos de que no existe otra salida
<i>Hopelessness</i>	Desesperanza
<i>Withdrawing</i>	Reducción del contacto con familiares y amigos
<i>Anxiety</i>	Ansiedad, agitación o trastornos del sueño
<i>Recklessness</i>	Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias
<i>Mood</i>	Cambios en el estado de ánimo

Fuente: Berman, 2006 (92)

## Anexo 7

### Caso clínico:

Javier, hombre de mediana edad, trabajador de granja recientemente despedido. Es una persona lleno de deudas y siente vergüenza por haber llegado a esta situación. En su historial vemos episodios de depresión, e ingesta de alcohol recurrente. Cuando le preguntamos por su familia que está con él en el hospital piensa que es una carga para su mujer y su hijo, que probablemente estarían mejor sin él.

Cuando hablamos con los familiares nos comentan que están muy preocupados. Isabel, su esposa, nos comenta que hace un mes aproximadamente, Javier insistió en hacer testamento, y que esto ya hizo sospechar a su esposa. Tras la pérdida del trabajo, Javier sólo ha ido a peor y cuando su familia ha intentado ayudarlo ha llegado a responder con cierta violencia.



Tras esta breve descripción, ¿cuál crees que serían los factores de riesgo?, ¿y los factores protectores?

Piensa en una conclusión de la situación y un plan de acción.

Factores de riesgo: grupo demográfico de mayor riesgo, antecedentes de consumo de alcohol y violencia familiar. Recientemente realizó un testamento. Respuesta evasiva cuando se le pregunta directamente sobre suicidio. Puede tener acceso a armas o a pesticidas.

Factores protectores: su familia quiere ayudarlo, temen sobre sus actos, especialmente si empieza a tomar alcohol.

Conclusión: análisis del riesgo poco preciso. Existencia de puntos fuertes para pensar en un riesgo de suicidio alto.

Plan: derivación inmediata a psiquiatría. En su recuperación tener en cuenta un fuerte elemento familiar como motivación al cambio.

## Anexo 8

### ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL TALLER

1.- ¿Le han parecido interesantes los conceptos aportados en el taller y la forma de presentarlos?

2.- ¿Considera que ha adquirido nuevos conocimientos que le van a resultar útiles en tu práctica asistencial?

3.- ¿Qué es lo que más le ha gustado del taller?

4.- ¿Qué es lo que menos le ha gustado?



5.- Comentarios y sugerencias

¡ MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN Y ASISTENCIA !

## AGRADECIMIENTOS

Antes de terminar el Trabajo Fin de Grado quiero agradecer a varias personas su colaboración y participación en el proyecto.

Gracias al Dr. De Salas y al Gabinete de Psicología del C.S Actur Sur por haberme orientado acerca de la situación actual de los protocolos en Salud Mental ante la conducta autolítica así como por haberme permitido tomar las fotografías del aula donde se llevaría a cabo el Programa Educativo.

También agradecer al personal enfermero del Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar del Pabellón de San Juan.

Y por supuesto agradecer a mi tutora Carmen Muro, por todo su apoyo y dedicación a lo largo de la realización de este trabajo.

¡Muchas gracias a todos!