



COORDINADORAS:

Teresa Nicolás López (supervisora del Hospital Román Alberca)

M^a Loreto Medina Garrido (coordinadora de la línea estratégica de prevención del suicidio Gerencia Salud Mental)

Próxima revisión en 2022

PROCEDIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA REGION DE MURCIA (UHP-2020)

GRUPO de TRABAJO:

Jose Manuel Robles Brabezo. Supervisor de enfermería psiquiatría. Hospital Rafael Méndez.

Isabel Soto Ballester. Supervisora de enfermería psiquiatría . Hospital Reina Sofía.

Carmen Sáez Sáez. Supervisora de enfermería psiquiatría. Hospital Román Alberca.

Ana Maravillas González Fajardo. Supervisora del Hospital Morales Meseguer de psiquiatría.

Gonzalo Pagán Acosta. Psiquiatra adjunto. Unidad de psiquiatría. Hospital Reina Sofía.

Carmen Medina Sánchez. Jefa de Servicio psiquiatría. Hospital Virgen de la Arrixaca.

REVISIÓN EXTERNA: jefes de servicio de las diferentes unidades hospitalarias y referentes del grupo de unidades hospitalarias de la Gerencia de Salud Mental.

Índice

1. Introducción y justificación.	3
2. Objetivos.	4
2.1 General.	4
2.2 Específicos.	4
5. Flujograma de actuación.	4
6. Valoración del riesgo.	5
6.2 Exploración psicopatológica.	6
6.3 Valoración de los factores de riesgo (15,16).	7
6.4 Valoración de los factores de protección.	9
6.5 Perfil de alto riesgo suicida.	9
7. Valoración de la hospitalización en personas con riesgo suicida.	11
7.1 Motivo de ingreso.	11
7.2. Ingreso.	12
7.3. Acogida.	13
8. Valoración de enfermería según M. Gordon (18).	14
9. Aspectos organizativos y estructurales.	19
9.1 Consideraciones generales estructurales.	20
9.2 Consideraciones generales organizativas.	20
9.3 Otras consideraciones.	21
9.3.1 Ubicación en UHP.	21
9.3.2 Pertenencias.	22
10. Planificación al Alta.	23
ANEXO 1. Perfiles de pacientes con riesgo suicida (3,4,5,13).	26
ANEXO 2. Ejemplo de Plan de Cuidados Enfermero para paciente con riesgo suicida durante periodo de hospitalización (20, 21, 22).	31

1. Introducción y justificación.

Según las OMS, anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (1).

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

El suicidio es mucho más frecuente entre las personas que reciben atención sanitaria. La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (1,2). El elevado número de pacientes con riesgo de autolesión o de conductas autodestructivas justifica la necesidad de protocolizar procedimientos y cuidados asistenciales en las unidades de Salud Mental ambulatorias y hospitalarias (3,4,5).

La tentativa de suicidio representa el 1% de los ingresos en los servicios de urgencias de los hospitales generales (6). Los pacientes hospitalizados en Unidades de Salud Mental tienen alto riesgo de suicidio, así como los que acaban de ser dados de alta. Tanto en la asistencia ambulatoria como hospitalaria es importante tener en cuenta que la existencia de un intento de suicidio es un factor de riesgo crucial de cara a la consumación ulterior de un suicidio, un acontecimiento potencialmente letal y un indicador de la posible existencia de otros problemas de salud tales como el abuso de sustancias, trastornos depresivos o reacciones desadaptativas. Entre un 2% y un 6% de los suicidios son cometidos durante la hospitalización (7). El suicidio durante la hospitalización es la causa del 14% de los casos centinela centinela¹ informados a la Joint Commission (8).

Appleby y cols. (2000) estiman que un 31% de los suicidios en hospitales podrían haberse evitado (9). En lo que se refiere a las medidas para proteger a las personas que presentan factores de riesgo de suicidio hay que tener en cuenta, según la APA, que la capacidad de predicción de conductas suicidas o de suicidio consumado es muy baja, ya que se encuentran muchos falsos positivos, es decir, pacientes con varios factores de riesgo de realizar tentativas pero que finalmente no lo hacen, y falsos negativos, esto es, pacientes que aparentemente no tienen factores de riesgo pero que acaban consumándolo (10).

Se sabe que la observación, los chequeos rutinarios y la vigilancia por parte del personal y otros pacientes previenen los intentos de suicidio y que el personal asistencial puede detectar cambios en una proporción de pacientes hospitalizados que planean suicidarse, lo que lleva a

¹ Los **casos centinela** son hechos inesperados que producen o pueden producir muerte o lesión grave de índole física o psíquica.

prevenirlo.

La creación de una guía ayuda a los trabajadores en la toma de decisiones y manejo del paciente suicida, extremando y ordenando las medidas de seguridad, ayudando a reconocer signos y síntomas de riesgo y ayudando en la planificación de intervenciones. Aunque no se pueda predecir con seguridad qué persona intentará o consumará un suicidio, el desarrollo de estrategias, permite prever razonablemente los riesgos de cada paciente, y responder al reto que supone el tratamiento de los pacientes con riesgo autolítico (11-14).

2. Objetivos.

2.1 General.

Ofrecer medidas de actuación generales durante el ingreso en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de la Región de Murcia para prevenir la conducta suicida en paciente con riesgo.

2.2 Específicos.

1. Crear y mantener un entorno protector que contribuya a reducir las posibilidades de autolesión y suicidio.
2. Ayudar al paciente a comprender la naturaleza de las crisis suicidas y a buscar alternativas.
3. Contribuir a que la persona restablezca la vinculación con personas significativas y consigo mismo.
4. Ayudar al paciente a reconocer y aceptar sus sentimientos, a entender sus motivaciones, a controlar sus impulsos y a afrontar las crisis de manera adaptativa.
5. Introducir o ajustar un tratamiento psicofarmacológico que le haga sentir mejor.

3. Profesionales implicados.

Todos los profesionales, sanitario y no sanitario, que desempeñen sus funciones en las unidades de salud mental.

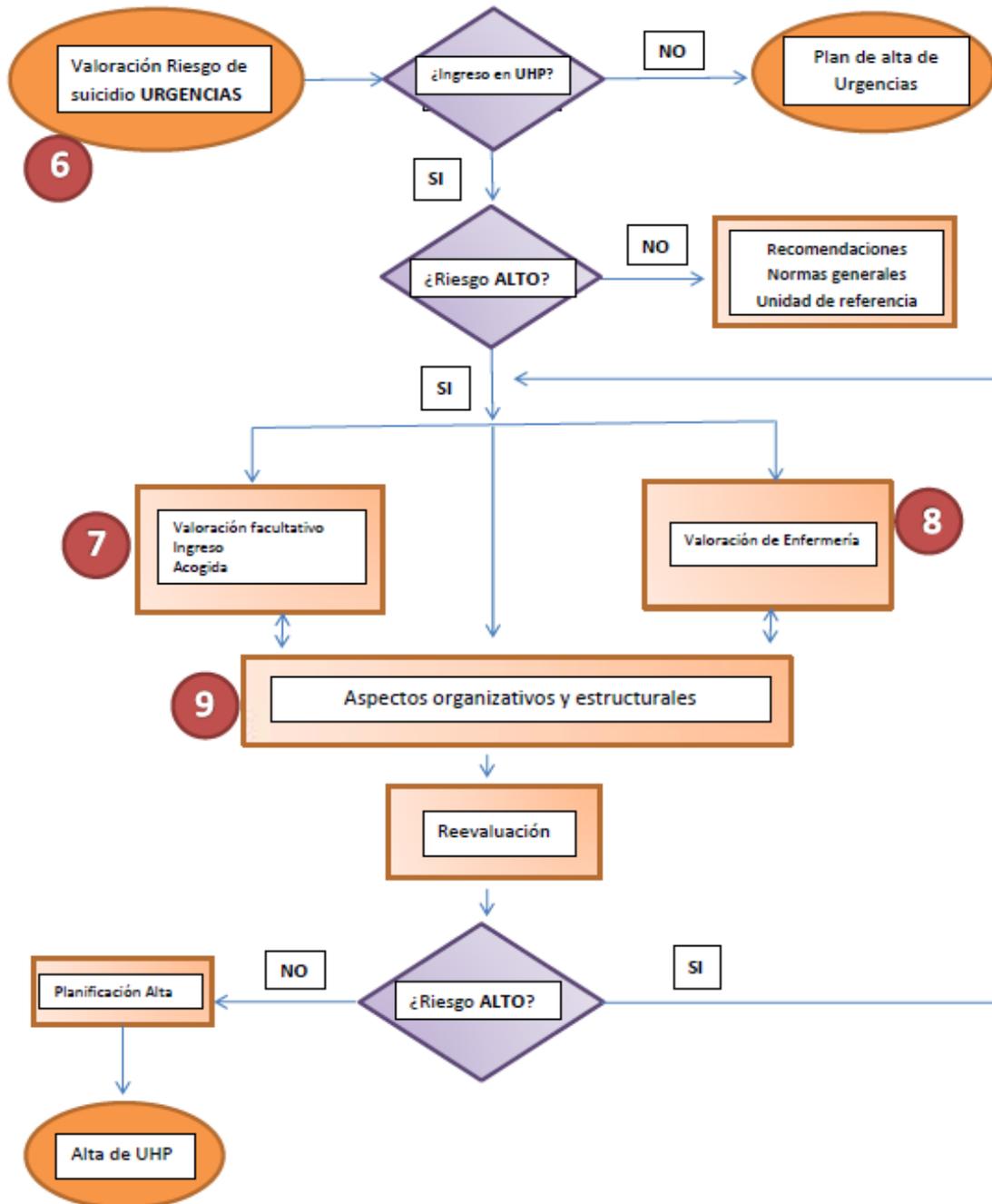
4. Población diana.

Todos los pacientes ingresados en una UHP con riesgo de suicidio y autolesiones y particularmente a:

- Aquellos con historial personal o familiar de suicidio.
- Antecedentes de autolesiones en otras ocasiones.

5. Flujograma de actuación.

Flujograma: Procedimiento prevención del riesgo de suicidio en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de la Región de Murcia



6. Valoración del riesgo.

6.1 Identificación y evaluación del riesgo.

La valoración inicial del riesgo suicida debe ser realizada en todo paciente que ingresa en una unidad de hospitalización, por lo tanto, no debe limitarse solo a aquellos casos en los que el motivo de la demanda sea la ideación suicida o el intento de suicidio.

La identificación del riesgo puede ser realizada por cualquiera de los profesionales del Hospital, correspondiendo la evaluación clínica al psiquiatra y/o psicólogo clínico. El resultado de la evaluación es registrado por escrito en la Historia clínica (según art. 15 de la Ley 41/2002) y se traduce en la adopción de las medidas pertinentes.

Existe una variedad de ideas y conductas suicidas. Clínicamente es necesario discriminar el punto en que se encuentra el sujeto a lo largo de la progresión descrita entre:

Ideas suicidas	Suicidios consumados
Planes suicidas	Tentativas de suicidio
Parasuicidios: se engloban aquellas conductas que, aunque no conducen directamente a la muerte pueden sin embargo terminar con la vida del sujeto.	
Cabe además reseñar los suicidios disfrazados o encubiertos, entre los que se pueden incluir un cierto número de accidentes de tráfico.	

Los procedimientos de valoración clínica han de ser respetuosos. Puede ser útil comenzar la conversación con un tema neutro, dando tiempo para la respuesta y evitando un asalto verbal a base de preguntas. Es preferible realizar preguntas abiertas, pidiendo aclaración a las respuestas para evitar interpretaciones subjetivas por parte del evaluador. El interrogatorio debe ser directo para poder obtener toda la información relevante que permita evaluar el riesgo (15).

Preguntar sobre la existencia de las ideas de suicidio no incrementa el riesgo sino previene. Según la guía de detección y prevención de la conducta suicida de Madrid (16), es importante:

1. No juzgar a la persona. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
2. Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
3. No entrar en pánico.
4. Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
5. Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, la persona en riesgo está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
6. Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto
7. Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).
8. Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
9. Estar atento a las señales de alarma

6.2 Exploración psicopatológica.

En la evaluación del riesgo y conductas suicidas debemos incluir de manera orientativa lo que a continuación se detalla en la siguiente **Tabla 1**:

DATOS PERSONALES	
Sexo	Edad
FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de trastornos mentales ▪ Intentos previos de suicidio ▪ Desesperanza ▪ Presencia de ideación suicida ▪ Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad ▪ Historia familiar de suicidio ▪ Presencia de eventos vitales estresantes. ▪ Factores sociales y ambientales ▪ Antecedentes de suicidio en el entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades de resolución de problemas ▪ Confianza en uno mismo ▪ Habilidades sociales. ▪ Flexibilidad cognitiva ▪ Hijos ▪ Calidad de apoyo familiar y social ▪ Integración social ▪ Religión, espiritualidad o valores positivos ▪ Adopción de valores culturales y tradiciones ▪ Tratamiento integral de las enfermedades física / mental
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA	CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación ▪ Evolución ▪ Frecuencia ▪ Valoración de la intencionalidad y determinación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desencadenante ▪ Valoración de la intencionalidad ▪ Letalidad de la conducta ▪ Método: Intoxicación medicamentosa Intoxicación por producto químico <li style="padding-left: 40px;">Daño físico ▪ Actitud ante la conducta suicida actual ▪ Medidas de evitación del rescate ▪ Despedida en los días previos
EVALUACIÓN CLÍNICA	TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración del nivel de conciencia ▪ Afectación de la capacidad mental ▪ Intoxicación por alcohol u otras drogas ▪ Enfermedades mentales ▪ Estado de animo ▪ Planes de suicidio ▪ Capacidad de otorgar un consentimiento informado ▪ Necesidad de valoración por parte del especialista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideación suicida ▪ Comunicación suicida ▪ Conducta suicida

Tabla 1: aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta autolítica. GPC de Prevención y Tratamiento de las Conductas Autolíticas (15).

Aunque las escalas de evaluación de la conducta suicida nunca deben sustituir a la entrevista clínica, la utilización de ellas suele ser útil como una primera aproximación del posible riesgo que luego se valorará en profundidad. La utilización de escalas validadas para la detección de Intencionalidad Suicida, escalas de actitudes disfuncionales y escalas de Impulsividad, pueden acortar la entrevista y aportar datos precisos para la valoración.

Algunas de ellas son: SAD PERSONS, escala de riesgo suicida de Plutchick, escalas de ideación e intencionalidad de Beck, escala de riesgo-rescate, escalas de impulsividad de Barratt y Plutchick, entre otras.

6.3 Valoración de los factores de riesgo (15,16).

Los factores de riesgo de la conducta suicida son diversos, donde influyen muchas variables de índole psicosocial, psiquiátrica y sociodemográfica y factores biológicos y genéticos. Entre ellos:

- Deseos de morir inferidos.
- Verbalización del deseo de morir, que puede responder a motivaciones diversas: intención de destruirse, dejar de sufrir, salir de la crisis, etc.
- Existencia de planes suicidas: Planificación del acto, método a emplear y grado de letalidad de este, precauciones para no ser descubierto, intento de búsqueda de ayuda antes y después.
- Impulsividad en las tentativas.
- Conductas sugerentes o indicativas de autolesión tales como fugas, caídas, convulsiones, accidentes.
- Fallecimientos o pérdidas recientes de familiares o amigos.
- Separación, divorcio o ruptura de una relación.
- Heridas narcisistas.
- Estrés crónico.
- Dificultades académicas o laborales.
- Procesos legales inminentes, encarcelamiento o próxima excarcelación.
- Abusos físicos o sexuales recientes o en la infancia. Abuso y humillaciones sociales, bullying, acoso laboral, etc.
- Antecedentes personales de violencia, agresión, tentativas de suicidio o autolesiones. El intento de suicidio es el predictor más fuerte de suicidio y el más universal de todos los conocidos.
- Historia familiar de suicidio o autolesiones.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar.
- Desesperanza.
- Coexistencia de un Trastorno de Personalidad con un Trastorno afectivo.
- Angustia intensa.
- Alcoholismo y toxicomanías.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Síndrome de abstinencia o intoxicación.
- Delirium.
- Estado crepuscular.
- Patología somática grave (dolor no tratado, pérdida de movilidad, desfiguración física), con pérdidas de relación o rol y problemática asociada a la enfermedad.
- Presencia de depresión clínica asociada al padecimiento somático (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12) y depresiones de etiología orgánica.
- Ingreso en salas médicas o quirúrgicas motivado por las complicaciones secundarias a un intento autolítico.
- Reacciones adversas o alérgicas a fármacos.

6.4 Valoración de los factores de protección.

Los factores protectores más comúnmente aceptados podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno (15,16).

Entre los primeros podemos incluir:

1. El sentimiento de valor personal y autoestima de tener relaciones y actividades significativas, de confianza en las propias consecuciones, así como la búsqueda de ayuda cuando se precisa, la apertura a las experiencias de los demás y al aprendizaje, y la capacidad para comunicarse.
2. Se sabe que el grado de desaprobación del suicidio es tanto mayor cuanto mayor es el grado de práctica religiosa de los encuestados.
3. También las mujeres durante el embarazo y el primer año después del parto tienen un riesgo de suicidio bajo, a pesar de la elevada tasa de morbilidad psiquiátrica que presentan.

Entre los relacionados con el entorno:

1. Disponer de una red social de apoyo, relaciones estables y figuras de vinculación segura.
2. Volver a disfrutar de relaciones, trabajos, ocupaciones y hábitos que fueron significativos en el pasado.
3. La integración social a través de la participación y el trabajo.
4. El haber disfrutado de una parentalización infantil dedicada y consistente.
5. Poseer o desarrollar un estilo cognitivo flexible.
6. Según Wasserman (17), resalta algunas condiciones ambientales protectoras tales como iluminación natural apropiada, hábitos higiénicos de sueño, dieta, ejercicio físico, no consumo de drogas o de tabaco, etc.

6.5 Perfil de alto riesgo suicida.

La evaluación nos permitirá la identificación de un grupo de pacientes considerados de leve, moderado y alto riesgo suicida.

Los pacientes que ingresan en la UHP breve son considerados “*per se*” de Alto Riesgo a diferencia de otras Unidades con funcionamiento semiabierto (UME, URH...) que determinen otro nivel de riesgo y por lo tanto adopten medidas de protección de procedimiento interno distintas a las que a continuación se detallan.

Un paciente se considera de alto riesgo en el que se da la presencia o combinación de algunas de las siguientes características:

1. Depresión clínica o Trastorno psiquiátrico mayor con o sin otros Trastornos mentales comórbidos.
2. Mayor de 45 años.
3. Estado civil de separación, divorcio o viudedad (sobre todo si es reciente).
4. Desempleo o jubilación.

5. Enfermedad somática crónica.
6. Trastornos de la personalidad.
7. Antecedentes de tentativas de suicidio, especialmente cuando se han utilizado métodos violentos.
8. Verbalización de deseos manifiestos de muerte, ideas o planes de suicidio.
9. Intento previo.
10. Alcoholismo o abuso de otras sustancias con pérdida significativa reciente y/o depresión.
11. Esquizofrenia con depresión.
12. Falta de soporte psicosocial y aislamiento interpersonal.
13. Existencia de trastornos confusionales tipo delirium.

Otros perfiles de valoración del riesgo son con respecto a los factores de riesgo de la presencia de desesperanza, grado de letalidad médica, circunstancias objetivas tomadas para el no descubrimiento, el propósito suicida, la actitud, conciencia de gravedad, intencionalidad de morir con respecto al intento anterior e impresión clínica global. Se convierte en alto riesgo los varones de edades superiores a 40 años e inferiores a 19 años, divorciados, separados o viudos recientemente, tendencia al aislamiento social, mayor número de intentos de suicidio, presencia de desesperanza, letalidad médica del método elegido, con una rescatabilidad de más de 3 horas. Las circunstancias objetivas del intento están muy elaboradas, sin comunicación verbal o no verbal a otras personas, sin nota suicida, y sin que nadie esté presente. El propósito suicida es firme, sin frenos familiares ni personales, con un método elaborado y específico, una actitud de aceptación y resignación, incluso de alivio, conciencia de gravedad y una clara intención de morir. La impresión clínica es de gravedad. A continuación, en la **Tabla 2** se describen los factores de riesgo según el perfil y riesgo autolítico.

	RIESGO		
	Alto	Moderado	Bajo
Sexo	Varón/mujer 2:1	Varón/mujer 1:1	Varón/mujer 3:2
Edad	40-50, <19, >80	30-40	20-30 mujer
Estado Civil	divorciado,viudo	soltero	casado
Antecedentes de intento autolítico	a mayor número		
Desesperanza	a mayor desesperanza		
Letalidad médica	grave	Moderado	leve
Rescatabilidad	> 3 horas	1-3h	< 1h
Aislamiento	Nadie	cerca	presente
Preparación	minuciosa	mínima moderada	ninguna
Nota suicida	presente	escrita pero rota	ninguna
Comunicación abierta	inequívoca	equivoca	ninguna
Frenos	ninguna	alguna	tiene frenos
Método	detalles resueltos	considerado	no considerado
Actitud	aceptación	indiferente	rechazo
Conciencia de gravedad	seriamente	dudoso	No intentó quitarse la vida
Intención de morir	alta	moderada/ insegura	baja
Impresión clínica global	grave	moderado	alta

Tabla 2. Factores de riesgo según el perfil y riesgo autolítico.

7. Valoración de la hospitalización en personas con riesgo suicida.

7.1 Motivo de ingreso.

Se asume que el ingreso hospitalario se debe recomendar cuando el riesgo de suicidio sea inminente por lo que sea preciso una vigilancia continua y se estime además que la vinculación terapéutica es insuficiente como para garantizar la estabilidad del contrato de no suicidio formulado por el paciente, o que no existen condiciones ambientales suficientes como para confiar la seguridad del paciente a las personas de su entorno.

Las posibilidades de control y seguridad para la conducta suicida en un medio hospitalario son mayores, ya que permite anticipar la conducta lesiva y adoptar las medidas necesarias para impedir o dificultar dicha conducta; al mismo tiempo es necesario saber que las medidas protectoras del hospital no son absolutas y van a estar limitadas al tiempo de hospitalización. Las indicaciones para el ingreso pueden ser:

<p>Necesidad de protección para el paciente</p> <p>Existencia de antecedentes personales o familiares de suicidio</p> <p>Estresores sociales recientes graves, pérdidas o traumas emocionales</p> <p>Existencia de un trastorno psiquiátrico grave</p> <p>Existencia de desesperanza y/o impulsividad</p> <p>Angustia intensa</p> <p>Edad avanzada</p> <p>Asegurar la ingesta medicamentosa y minimizar los riesgos del uso de fármacos</p>

En general propondremos el ingreso hospitalario a aquel perfil de pacientes (Anexo 1) que por su gravedad y/o falta de apoyo psicosocial supongamos un riesgo inminente de suicidio:

Trastorno mental grave en recaída o crisis
Repetición de intentos suicidas
Comunicación o riesgo suicida inminente
Existencia de plan suicida con método claramente letal
Mala respuesta a la intervención en crisis
Idoneidad de apartamiento de la situación actual
Incapacidad del terapeuta de manejar la situación
Débil soporte social

Para determinados pacientes con riesgo de suicidio puede que la hospitalización no sea el tratamiento adecuado o que incluso pueda dificultar el correcto abordaje terapéutico. La Asociación Psiquiátrica Americana sostiene que la hospitalización podría ser menos beneficiosa que otros abordajes en pacientes con ideación y gestos suicidas crónicos, siempre que la autolesión actual no sea tributaria de un abordaje hospitalario. Otros autores como Lambert, plantean el riesgo de comportamientos regresivos y empeoramiento sintomático en algunos pacientes con Trastorno de Personalidad, planteando la intervención en crisis y un seguimiento estrecho ambulatorio como un mejor abordaje.

7.2. Ingreso.

Una vez tomada la decisión de ingreso por riesgo suicida es necesario que el traslado a la UHP se realice garantizando la seguridad del paciente, no dejándolo solo en ningún momento. Si presumimos que existe un riesgo elevado de fuga, agitación o autoagresión inminente valoraremos la posibilidad de utilizar medidas de contención farmacológica y/o mecánica hasta que se pueda realizar el ingreso del paciente.

La valoración inicial debe incluir un diagnóstico provisional, un plan de tratamiento y órdenes médicas relativas a la vigilancia y cuidados particulares que el paciente vaya a necesitar. Se debe dejar constancia en la Historia Clínica de la presencia del riesgo suicida y de las medidas a tomar debiendo incluir:

- Nivel de observación que se considera oportuno.
- Restricciones o aislamiento necesarios.
- Chequeos necesarios.
- Visitas familiares.
- Posibles permisos de salida de la Unidad.

Las recomendaciones dadas por la mayoría de Guías de Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida incluyen como plan de tratamiento:

1. Establecer una relación terapéutica de confianza y adaptada a las necesidades del paciente.
2. Identificar el problema vital.
3. Establecer un contrato terapéutico.
4. Establecer un plan de seguridad y vigilancia.
5. Estructurar las actividades del paciente.
6. Trabajo psicoterapéutico: autoestima, generalizaciones, ideas sobrevaloradas, autoevaluaciones negativas, sentimientos de inutilidad, etc.
7. Fomentar la interacción del paciente. Promover actividades que favorezcan la autonomía, autoconfianza y autocontrol.
8. Controlar síntomas de un trastorno mental o enfermedad médica.

En sucesivas valoraciones se reevaluará y registrará el riesgo suicida, la evolución de la ideación suicida, los cambios psicopatológicos observados y las modificaciones terapéuticas y de seguridad necesarias.

7.3. Acogida.

El momento del ingreso es de especial atención. La hospitalización supone una interrupción brusca del contexto y dinámicas de funcionamiento de la persona y puede ocasionar fuente de estrés añadidas si no se tiene en cuenta la individualidad de la persona.

Es cierto que, a lo largo del tiempo de ingreso, se puede crear un marco de actuación a través de la relación paciente-profesional que brinde la ocasión para la adquisición de habilidades de afrontamiento adaptativo, pero en numerosas ocasiones, el momento de la acogida determina el vínculo esencial para poder abordar posteriormente las intervenciones necesarias.

La acogida es el primer contacto con los profesionales sanitarios, y es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente durante el resto de la hospitalización y su grado de satisfacción, y el caso que nos ocupa debe combinar una adecuada interacción en el proceso que ofrezca oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente y una integración en el entorno hospitalario. Para ello, como se señala anteriormente es importante establecer una relación terapéutica de confianza con algunas premisas:

- Aceptando al paciente y sus problemas, si bien no su conducta.
- Entendiendo relacionalmente sus acciones, muchas veces como una llamada desesperada de ayuda o una forma de evocar reacciones en las personas significativas.
- Evitando juicios de valor y la culpabilización.

Sería aconsejable que cuando se indica un ingreso hospitalario en una UHP, se informe al personal de esta del riesgo de suicidio. Este conocimiento previo ayudará a establecer las medidas a adoptar ante el inminente ingreso, según el procedimiento de acogida propio de cada Unidad.

Se recomienda que haya un acompañamiento del profesional que indica el ingreso_hasta la acogida en la unidad de hospitalización para favorecer el establecimiento del vínculo terapéutico.

Para facilitar la continuidad de este, se pueden tener en cuenta las siguientes recomendaciones, adaptándolas siempre a las necesidades individuales del paciente:

- **Facilitar la expresión de emociones y sentimientos.** Algunos pacientes son capaces de comunicar de forma activa su intención, pero son incapaces de transmitir los sentimientos y emociones que le llevan a esta idea. La clave para facilitar la expresión sería:
 - Realizar una escucha activa sin juzgar, sin polemizar con las creencias, demostrando interés y transmitiendo confianza.
 - Mostrar disponibilidad de ayuda, respondiendo a dudas y preguntas sin prisa.
 - Facilitar la identificación de las emociones y sentimientos para relacionar su aparición con el problema raíz.
 - Valorar la autoobservación contratransferencial. El profesional ha de ser capaz de reconocer sus propias reacciones emocionales al paciente (ansiedad, remordimiento, culpabilidad, enfado o ira), que si no son elaboradas pueden provocar interferencias en la relación.
- **Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima.** El paciente suicida suele realizar evaluaciones extremadamente negativas sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre su futuro, llegando a interpretar los sucesos como el resultado de su derrota. Percibe su entorno como amenazante y se valora a sí mismo incapaz para afrontar las exigencias o adaptarse a las necesidades, haciendo que aparezcan sentimientos de inutilidad y minusvalía, además del miedo a la desaprobación y temor a las repercusiones sociales o familiares. Es necesario ayudar al paciente a identificar sus aspectos positivos, así como señalar los progresos obtenidos.
- **Buscar la interacción.** La interacción es la clave para que el paciente restablezca lazos consigo mismo y con los otros, por lo que es útil promover la interacción con otras personas mediante actividades de grupo (juegos de mesa, pasatiempos, etc.).
- **Promover actividades que favorezcan la autonomía, confianza y control de sí mismo,** haciendo al paciente partícipe del proceso de tratamiento y autocuidados, aumentando la responsabilidad sobre sí mismo y estimulándole para la toma de decisiones.

8. Valoración de enfermería según M. Gordon (18).

Una vez ingresado el paciente en una UHP es fundamental la valoración del grado del riesgo suicida por parte de enfermería, en esta identificaremos los diferentes ítems que determinará el riesgo de suicidio al ingreso, tal y como se recogen en la valoración de Enfermería Normalizada para Salud Mental del Servicio Murciano de Salud en el registro actual de SELENE, prestando especial atención a los siguientes patrones funcionales.

Patrón I. Percepción / mantenimiento de la salud

- Disposición frente al ingreso
- Consumo de tóxicos
- Cumplimiento terapéutico
- Conducta a la toma de medicación en unidad de hospitalización U.H.P.
- Capacidad para realizar demandas de salud.

Procede Valorar Manejo de la Salud	<input checked="" type="radio"/> SI				
Valoración de la Escala Riesgo de Caídas	<input type="text" value=""/>				
Conoce Motivo ingreso (UI)	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
Déficit de conocimientos sobre su enfermedad o tratamiento de la misma.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
Conciencia de Enfermedad	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.	<input type="radio"/> <table border="1"> <tr><td>Dieta</td></tr> <tr><td>Ejercicio</td></tr> <tr><td>Farmacos</td></tr> <tr><td>Otros</td></tr> </table> <input type="text"/>	Dieta	Ejercicio	Farmacos	Otros
Dieta					
Ejercicio					
Farmacos					
Otros					
Higiene personal	<input type="text" value=""/>				
Aspecto general	<input type="text"/>				
Conducta indicativa de incumplimiento	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
Asistencia a la visitas concertadas	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				



→ Hábitos tóxicos actuales	
Abuso del alcohol	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Cantidad de bebidas alcohólicas por día	<input type="text" value=""/>
Fumador	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Numero de Cigarrillos por día	<input type="text" value=""/>
Abuso otras sustancias	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Otros Hábitos Tóxicos	<input type="text"/>
Observaciones al Patrón Percepción - Manejo de la Salud	<input type="text"/>

Patrón VI. Cognitivo / perceptivo

- Grado de adecuación con el funcionamiento de la unidad
- Grado de atención.
- Orientación en E/T/P
- Alteraciones sensorio-perceptivas.

- Contenido del pensamiento
- Conducta

Procede Valorar Cognitivo-Perceptual	<input checked="" type="radio"/> SI
Valoración de la Escala de Glasgow (valoracion de consciencia)	<input type="text" value=""/>
→ Procesos de Pensamiento	
Curso del pensamiento	<input type="radio"/> acelerado <input type="radio"/> bloqueo <input type="radio"/> lento <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
★ contenido del pensamiento	<input checked="" type="radio"/> coherente <input type="radio"/> delirante <input type="radio"/> desorganizado <input type="radio"/> disgregado <input type="radio"/> incoherente <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Delirio.	<input type="text" value=""/> celos <input type="text" value=""/> de control <input type="text" value=""/> de culpa <input type="text" value=""/> de ruina <input type="text" value=""/> erotomaniaco <input type="text" value=""/> hipocondriaco <input type="text" value=""/>
Demencia.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

→ ATENCION MEMORIA Y ORIENTACIÓ	
Alteración de la memoria	<input type="text" value=""/> inmediata <input type="text" value=""/> reciente <input type="text" value=""/> remota <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
★ Alteracion de la orientación	<input type="text" value=""/> espacio <input type="text" value=""/> persona <input type="text" value=""/> tiempo <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
★ Alteración de la atención	<input type="text" value=""/> apatico <input type="text" value=""/> confuso <input type="text" value=""/> distraido <input type="text" value=""/> hipervigilante <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

Procede Valorar Auto percepción-Autoconcepto	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Estado de ánimo	
Cambio o amenaza en el estado de salud que afecta al estado de ánimo	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Expresa que la situación actual desafía su valía personal.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Alteración de la imagen corporal.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Expresa sentimientos de	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Disminución de las emociones	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Disminución de la respuesta a los estímulos	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Falta de implicación en los cuidados	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Existe riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro su vida	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Observaciones al Patrón Auto percepción-Autoconcepto	

Patrón VIII. Rol / Relaciones:

- Actitud con el personal
- Actitud con la familia
- Tipo de relaciones sentidas, del paciente con su familia
- Participación en actividades sociales

Procede Valorar Rol-Relaciones	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Situación Familiar	<input type="text"/>
Falta de personas significativas de soporte (familia, amigos, grupo, cuidador).	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Expresa algún conflicto en su relación familiar significativo	
Expresa algún conflicto en su relación laboral o social que resulte significativo	
Sospecha de maltrato	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Cambio o amenaza en las funciones del rol.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Cambio en el rol social.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Problemas físicos y psicológicos del cuidador	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Observaciones del Patrón 8 Rol-Relaciones	

Patrón X. Adaptación / tolerancia al estrés:

- Presencia de irritabilidad
- Grado de colaboración y abordaje
- Hiperactividad / lenguaje corporal
- Asertividad

Procede Valorar Afrontamiento-Tolerancia al estrés	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad).	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Estrés emocional.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Expresa incapacidad para el afrontamiento.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
 Observaciones de Patrón Adaptación (Afrontamiento) -Tolerancia al Estrés	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div>

Si en esta valoración, en el Patrón VI Cognitivo/Perceptivo, el ítem “Control de impulsos” es negativo, y en el Patrón VII. Autopercepción / autoconcepto, el ítem “Existe riesgo de lesión autoinfligida y pone en riesgo su vida” es afirmativo, y en el Patrón X Adaptación/Tolerancia al estrés en el ítem “expresa incapacidad para el afrontamiento” es positivo, habrá que extremar las medidas de protección además e iniciar plan de cuidados de prevención del suicidio (Anexo 2).

9. Aspectos organizativos y estructurales.

Independientemente de las consideraciones generales relativas a la seguridad durante un ingreso hospitalario, cabe destacar algunos aspectos estructurales y organizativos relacionados con las personas que presenten riesgo de suicidio.

El lugar más frecuentemente utilizado durante la hospitalización para cometer suicidio son los dormitorios, siendo los principales métodos el ahorcamiento seguido de la precipitación.

Los quicios de puertas, ventanas, rieles, techos y vallas pueden ser usados como herramientas más comunes para la autolesión. Los enseres más utilizados son objetos de vestir, lo que incluye cordones de zapatos, pañuelos, cinturones y bolsas de plástico, seguido de ropa de cama, cables, cuerdas, alambres y cables de equipo eléctrico.

El entorno asistencial, mediante sistemas de seguridad y restricción de uso de determinadas dependencias o salas, debe estar diseñado de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismos. (19)

9.1 Consideraciones generales estructurales.

Las UHP en su diseño y planificación deben ser tenidas en cuenta diferenciaciones con respecto a otras unidades, servicios o recursos, que proporcionen un entorno seguro, con el máximo de garantías.

Sería recomendable realizar un estudio de las medidas de seguridad existentes en las distintas unidades, para establecer la posibilidad de ingresar pacientes con riesgo en habitaciones especialmente preparadas para ello.

Si bien, entendemos que la ausencia total de riesgos es difícil, consideramos algunas recomendaciones para tener en cuenta:

- Utilizar ventanas de apertura limitada e irrompibles, cerradas con llaves o custodiadas.
 - Revisar que las instalaciones del entorno sanitario como elementos de fontanería (cañerías, mangueras, alcachofas de ducha, y espejos), mobiliarios, armarios etc. que se pueden romper con facilidad y, por lo tanto, no puedan ser utilizadas para autolesión.
 - Ocultar o proteger enchufes y todo tipo de equipamiento eléctrico que no sea imprescindible.
 - Eliminar las puertas que puedan ser cerradas por los pacientes y eviten el acceso a los profesionales. Se aconseja siempre puertas que abran hacia el exterior.
 - Establecer mecanismos periódicos de revisión de los elementos estructurales rompibles.
- (19)

9.2 Consideraciones generales organizativas.

La organización de la UHP se adaptará a la prioridad de proporcionar seguridad a los pacientes con riesgo suicida. Se identificará los riesgos ambientales y valorará la **necesidad de modificar la dinámica, uso y funcionamiento de las instalaciones** y como mínimo se debe atender a las siguientes medidas:

1. Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y los riesgos de los pacientes, incidiendo en la transmisión de información en los cambios de turno.
2. Establecer un sistema de monitorización/observación de los pacientes en riesgo de suicidio, con especial atención en aquellos momentos en que disminuya el personal o pueda desviarse su atención hacia otras actividades: cambios de turno, comidas, noches, etc. En la UHB abierta de la Arrixaca, con la finalidad de disminuir al máximo los riesgos, se facilitará la colaboración de los propios familiares.
3. Instalar mecanismos de monitorización (visualización) de las áreas y de los pacientes de alto riesgo: acompañamiento, videovigilancia...

4. Las dependencias de uso del personal deben permanecer siempre cerradas con especial atención al acceso de fármacos o en su caso supervisados permanentemente.
5. El carro de limpieza transportará los productos peligrosos de la manera más inaccesible posible y nunca se debe quedar sin supervisión.
6. Se debe hacer recuento de las piezas de vajilla y cubiertos tras su uso. Si se detecta desaparición de alguna de ellas, se procederá a hacer registro exhaustivo.
7. Toma controlada de la medicación: al objeto de garantizar la ingesta, monitorizando efectos deseados y no deseados. Verificar la ingesta permitirá minimizar los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos (incumplimiento o acumulación de fármacos que podrían ser utilizados para una ingesta masiva).
8. Otro elemento potencialmente lesivo es la propia lencería de cada centro, por lo que se debe llevar control de la ropa de cama e higiene, entregada y recogida a diario.
9. Se valorará la pertinencia de realizar registros periódicos sobre las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.).
10. Informar y asesorar a personas de referencia sobre los factores de riesgo de suicidio y las medidas preventivas tanto durante el periodo del ingreso como al alta del paciente. (19)

9.3 Otras consideraciones.

9.3.1 Ubicación en UHP.

Para decidir la ubicación durante el ingreso hay que tener en cuenta que las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a vigilancia continuada. Por ello se aconseja que estén en habitaciones compartidas, cercanas al control de enfermería, con acompañamiento continuo y/o con video vigilancia.

En el caso de la UHB abierta del Hospital Virgen de la Arrixaca, el ingreso de los pacientes con riesgo autolítico se realizará siempre en la Unidad de Psiquiatría, dependiendo la habitación de ubicación del paciente del nivel de riesgo y la disponibilidad de apoyo familiar:

- Una habitación individual, con el mobiliario imprescindible y uso vigilado del baño, para pacientes de alto riesgo que cuenten con apoyo familiar durante 24 horas.
- Habitaciones situadas frente al control de enfermería, de uso doble para enfermos que precisen menor vigilancia o que requiriendo control más estrecho carezcan de apoyo.
- Los pacientes con riesgo autolítico no podrán abandonar el área de la unidad sin autorización y conocimiento del personal. En casos de pacientes con riesgo autolesivo bajo, la libertad para pasar tiempo fuera de la unidad está sujeta a la indicación del equipo de profesionales y sólo se producirá si existe un familiar responsable acompañante.

Será necesario realizar un plan de cuidados individualizado y registrar en la historia clínica el tipo de medidas requeridas como, por ejemplo:

- Tiempo y momentos del día de especial vulnerabilidad:
 - Las primeras horas de hospitalización
 - Momentos de higiene y aseo.
 - Visitas, salidas y permisos.
 - Los cambios de turno de profesionales.
- Persona o personas responsables del acompañamiento (19).

En la UHB abierta del Hospital Virgen de la Arrixaca, junto a los periodos de vigilancia periódicos establecidos por parte del personal sanitario según el nivel de riesgo se facilitará, salvo en los casos puntuales en que se considere contraproducente, el acompañamiento permanente por los familiares durante la totalidad del ingreso, facilitando así la supervisión directa del paciente y minimizando el riesgo.

En casos puntuales de alto riesgo, con nula colaboración del paciente y ausencia de apoyo familiar, se recurrirá excepcionalmente al uso de medidas para control de riesgo: contención mecánica, farmacológica y aislamiento en habitación.

Todas estas medidas de seguridad deben ser explicadas por el facultativo responsable, tanto al paciente como al familiar acompañante al inicio del ingreso o cuando se detecta el riesgo para clarificar la situación y motivos de puesta en marcha de estas.

9.3.2 Pertenencias.

Como momento crítico destaca la **revisión de pertenencias**. Cada unidad, en su procedimiento de acogida establecerá quién, cómo y dónde se debe realizar, dependiendo de los recursos disponibles de personal, tipo de ingreso (voluntario o involuntario / urgente o programado), tipo de hospital, entre otros factores.

Se aconseja que para ese momento haya presencia de un mínimo de dos personas para garantizar testigo de lo retirado y que una de ellas sea la enfermera responsable del paciente, acompañada del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), celador o personal de seguridad, según lo disponga la normativa y recursos de cada centro.

Los elementos potencialmente lesivos los podemos clasificar en estos grupos:

- Ropa de uso personal (cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, etc.).
- Elementos de higiene personal (cuchillas, botes de cristal, set de maquillaje con espejo, colonia, etc.).
- Fármacos.
- Otros: dispositivos electrónicos, cargadores, pilas, etc....

En la historia clínica se registrarán los objetos retirados y que no puede acceder temporalmente, a efecto de salvaguardar su seguridad personal. Los objetos peligrosos serán depositados en las dependencias establecidas al efecto por la dirección de cada centro.

Únicamente se proporcionarán al paciente, para mantener en su habitación, aquellas pertenencias que no supongan riesgo o, en el caso de la UHB de la Arrixaca, que puedan ser custodiadas bajo llave por un familiar en el mismo armario de su habitación (se explicará al familiar acompañante los riesgos de uso de determinados materiales permitiendo colaboración e implicación directa del mismo en el proceso terapéutico).

10. Planificación al Alta.

Entre un 10-50 % de los pacientes hospitalizados por suicidio volverán a repetirlo, siendo esta repetición más frecuente entre los primeros 3 a 6 meses y con especial atención durante la primera semana tras el alta, por tanto, es muy recomendable elaborar un adecuado Plan al Alta (7). La planificación estructurada del alta de una Unidad de Hospitalización optimiza el proceso de continuidad asistencial, mejorando la organización de los servicios asistenciales y la satisfacción global de los usuarios de forma significativa.

Este proceso va más allá del propio momento del alta y debe planificarse desde los primeros días del ingreso. Así, se debe realizar un minucioso plan proveedor de herramientas necesarias e individualizadas que permitan la transición del hospital al ámbito ambulatorio/comunitario de forma segura. Entendemos que es fundamental fomentar el autocuidado y la construcción de un sistema de apoyo sólido para asegurar un proceso de recuperación óptimo.

Se proponen algunas recomendaciones generales, entre ellas:

- Elaborar un Plan de Seguridad, instrumento elaborado durante el ingreso que identifique las personas, lugares, ideas o acciones que facilitan la superación de la ideación suicida.
- Información para familiares y allegados.
- Pedir información y buscar recursos y/o asociaciones del Área de residencia del paciente donde encontrar orientación y apoyo.
- Asegurar la continuidad asistencial con citas preferentes al alta en menos de 10 días.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Diekstra RF, Suicidal behavior and depressive disorders in adolescents and young adults. *Neuropsychobiology*. 1989;22(4):194-207.
2. Mann JJ. Psychobiologic predictors of suicide. *J Clin Psychiatry*. 1987; 48 (Suppl): 39-43.
3. Ansean A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental. 2014.
4. Baca E, Giner L. Conducta suicida. En: Vallejo J. Tratado de Psiquiatría. Madrid, Marban Ed. 2012.
5. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020.
6. Hawton K, Saunders KE. Psychiatric service development and suicide. *Lancet*. 2009 Jan 10;373(9658):99-100.
7. Busch K.A. et al.: Clinical features of inpatient suicide. *Psych Annals* 23 (5): 256-262, 1993.
8. Joint Commission Resources. *Reducing the Risk of Suicide*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2005.
9. Appleby L. et al. (2000). Safety First: Five-year Report of Nacional Confidencial Inquirí into Suicide and Homicida by people wth Mental Illness. Disponible en: www.dh.gov.uk/assetRoof.
10. American Psychiatric Association (2006). Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Ars Médica. Barcelona.
11. Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009.
12. Giner J, Medina A, Giner L. Evaluación y manejo de la conducta suicida (Encuentros en Psiquiatría). Enfoque Editorial. Madrid 2012.
13. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Servicio Andaluz de Salud; 2010.
14. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
16. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida de la Comunidad de Madrid. Consejería de Educación, juventud y deporte. 2016.

17. Wasserman D. Suicide: An Unnecessary Death. London. Martin Dunitz;2001.
18. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª edición. Mosby. Madrid. 1996.
19. Valle Neila, M. *Propuesta de Elaboración de un Protocolo para la Prevención del Suicidio en una Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental Incluida en un Hospital General. Avances en Salud Mental Relacional* ISSN 1579-3516 - Vol. 11 - Núm. 3 - Diciembre 2012 Órgano de expresión de la Fundación OMIE y AMSA *Avances Médicos Revista Internacional On-line* <http://hdl.handle.net/10401/6116>
20. Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2018-2020. (2018) Madrid. Elsevier
21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. (2018). Madrid: Elsevier
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (2018). Madrid: Elsevier

ANEXO 1. Perfiles de pacientes con riesgo suicida (3,4,5,13).

Trastorno mental

La mayoría de estudios señalan que en torno al 90 % de los pacientes que consuman el suicidio presentan un trastorno mental. Los trastornos del estado de ánimo, los Trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de personalidad y la esquizofrenia presentan las tasas más altas por este orden.

Trastornos del estado de ánimo

Son los más relacionados con el suicidio y está demostrado que el riesgo es mayor que en la población general. Aproximadamente un 30-40 % de los suicidios presentan algún trastorno afectivo: la depresión bipolar, las fases mixtas del Trastorno Bipolar, los episodios depresivos, el trastorno depresivo recurrente o los trastornos depresivos persistentes. Las manifestaciones clínicas depresivas más relacionadas con el suicidio consumado son la pérdida de peso o apetito, el insomnio, los sentimientos de culpa o inutilidad y los pensamientos recurrentes de muerte, bien sean activos o pasivos.

El Trastorno Bipolar es la entidad psiquiátrica más asociada al suicidio, siendo el riesgo 60 veces superior a la población general. Entre un 25-50 % de los pacientes diagnosticados de TB han presentado al menos un intento de suicidio, estos suelen ser más letales con una proporción de consumación del 30 % de los intentos (frente a un 3% de la población general). El riesgo proviene de la propia psicopatología del trastorno, pero también de los “efectos colaterales” de la enfermedad, como la conflictividad familiar y conyugal, los riesgos económicos, el deterioro sociolaboral, etc. La posibilidad suicida es más frecuente en las fases depresivas y las fases mixtas; la depresión bipolar presenta características como la mayor severidad y recurrencia que la hace más proclive y las fases mixtas asocian las características depresivas con la impulsividad de la fase maníaca que favorece el paso a la acción.

Trastornos por uso de sustancias

La prevalencia de intentos de suicidio en personas con abuso o dependencia de sustancias a lo largo de la vida se sitúa entre el 25 % a lo largo de la vida. Las tasas de suicidio consumado son muy altas y mayores en varones. La sustancia más estudiada es el alcohol, este aumenta el riesgo suicida tanto en personas con dependencia como sin ella. Los datos para el resto de sustancias son escasos.

Trastornos de personalidad

Tanto la ideación suicida, como el intento de suicidio y el suicidio consumado se presentan con mayor frecuencia en los TP. El riesgo aumenta si el TP se asocia otra patología psiquiátrica y se dice que hasta el 50 % de los suicidios consumados cumplen criterios de TP. Los del grupo B, el Trastorno límite, el Trastorno antisocial, el Trastorno narcisista y el Trastorno histriónico son los más

relacionados con el suicidio. EN los TP de grupo A y C el riesgo es menor, aunque este aumenta si se asocia a otra patología psiquiátrica.

Esquizofrenia y otras psicosis

En general, se asume que el 10 % de los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia se suicidan. El hecho de no recibir tratamiento, la sintomatología negativa, el buen funcionamiento premórbido y la desesperanza ante la enfermedad se relacionan con la posibilidad de suicidio.

Otras psicosis, como el Trastorno esquizoafectivo presentan tasas similares a la Esquizofrenia.

Trastornos de ansiedad

El Trastorno de ansiedad parece aumentar el riesgo de aparición de ideas suicidas y de intentos de suicidio. las mujeres parecen ser más vulnerables y en esta patología los suicidios suelen ser menos violentos. El Trastorno por estrés postraumático se ha relacionado con la conducta suicida en numerosos estudios, sobre todo estadounidenses.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los pacientes con TCA presentan un riesgo mayor que la población general. En Anorexia este suele ser 10 veces mayor y este riesgo se mantiene por encima de la media a lo largo de la vida. La Bulimia también presenta un riesgo elevado, ya que esta asocia abuso de sustancia y alteraciones de la personalidad. La distorsión de la imagen corporal y el malestar psicológico asociado parece un factor importante relacionado con el suicidio.

Enfermedades somáticas

En general el suicidio se asocia con la cronicidad, el dolor, la depresión asociada, el aislamiento, el mal pronóstico y la discapacidad. Cáncer, SIDA, IRC con diálisis, lupus, úlcera gástrica, epilepsia, ACV, diabetes juvenil y la esclerosis múltiple son las patologías más relacionadas.

En ocasiones el tratamiento farmacológico indicado se ha relacionado con el desencadenamiento de trastornos depresivos graves con riesgo suicida, entre estos los antihipertensivos, corticoides, anticonceptivos orales, antiparkinsonianos, tratamientos hormonales y algunas sustancias psicoactivas serían los más proclives.

Infancia y adolescencia

Por las características evolutivas de este periodo vital, la adolescencia en sí es un factor de riesgo para la aparición de comportamientos suicidas y en las últimas décadas se ha observado un aumento en esta edad y en la infancia. Varios factores dificultan el conocimiento real de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, entre ellos la minimización de los gestos suicidas en este grupo de población o la no detección de un trastorno mental presente, dada la peculiaridad psicopatológica

que se presenta en estos grupos de edad. El concepto de ideación o conducta suicida tiene el mismo significado que en la edad adulta, pese a que el concepto de muerte en la infancia va variando según la fase de desarrollo, pasando de una simple “desaparición” hasta un concepto más maduro de muerte en torno a los 10-15 años. Son importantes las consideraciones de carácter evolutivo en la evaluación del riesgo, ya que en la infancia puede no comprenderse la gravedad o intensidad del método empleado. En general un gesto suicida a estas edades, independientemente de la baja letalidad del gesto debe considerarse un caso de alto riesgo.

También en este grupo de edad presentar un trastorno mental es el principal factor de riesgo. La depresión es un factor de riesgo clave para el suicidio y los intentos de suicidio por parte de jóvenes, aunque muchas veces no se haya diagnosticado, ni tratado. La diferente patología de la depresión en la niñez y la adolescencia, irritabilidad, comportamientos disfuncionales como violencia o promiscuidad, o somatizaciones como dolor de cabeza, dolor abdominal o síncope, es fundamental a la hora de valorar el riesgo. El consumo de sustancias favorece la conducta suicida tanto por fomentar la impulsividad, la violencia y la desinhibición que pueden dar el valor necesario para realizar tentativas de suicidio en algunas situaciones como por generar situaciones sociofamiliares conflictivas que pueden desencadenar conductas suicidas.

Cómo en cualquier grupo de edad, las tentativas de suicidio son uno de los predictores más potentes de posteriores tentativas y de suicidio consumado, por lo que se deben tener siempre en cuenta, sobre todo en varones y si el método utilizado ha sido violento. Además de los problemas de salud mental y de las tentativas previas, otros factores de riesgo en esta población son:

- Las familias disfuncionales con conflictos y pobre comunicación.
- La enfermedad mental y los comportamientos suicidas dentro de la familia.
- La exposición a comportamientos suicidas en su entorno.
- Experimentar estados de desesperación y/o comportamientos impulsivos, incluyendo agresiones.
- Bajo concepto de sí mismo.
- Víctima de abusos sexuales recientes en la familia o en la infancia.
- Víctima de maltrato físico y psicológico reciente o en la infancia.

Factores de protección en la infancia y la adolescencia:

- Familias estructuradas con cohesión, buena relación con los miembros de la familia, y que cuenten con apoyos significativos del grupo familiar.
- Autoestima que permita un sentimiento satisfactorio de sí mismo.
- Habilidades sociales, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades para resolución de problemas.
- Buena vinculación con la escuela, manteniendo una relación adecuada con profesores.

- Sentimiento de pertenencia a su entorno, buenas relaciones con otros compañeros de la escuela.
- Participación social en actividades comunitarias.

Mujeres víctimas de violencia de género.

Se ha demostrado que las mujeres que sufren violencia de género tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión posterior y, de la misma manera, las mujeres que tienen depresión mantienen casi el doble de probabilidades de ser víctimas de violencia de género. El comportamiento suicida en mujeres que están sufriendo la violencia de género se asocia sobre todo a mujeres que no encuentran otra salida, sumidas en la desesperanza y en la angustia, y esto afecta también a sus hijos e hijas que sufren la exposición a la violencia de género. Esta exposición a la violencia en la infancia se asocia significativamente con problemas de salud mental en la vida adulta, por lo que es fundamental preguntar por sus hijos e hijas a todas las personas adultas que acuden a urgencias por violencia de género y/o intento de suicidio.

En el colectivo de familias víctimas de violencia de género, la detección precoz para la prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida debería incluir:

Mujeres en las que se detecte riesgo de suicidio, especialmente si tienen asociado el factor de riesgo de tener algún tipo de depresión, valorar la posibilidad de que puedan ser víctimas de violencia de género.

Mujeres que han sido detectadas como víctimas de violencia de género, valorar el riesgo de suicidio y/o depresión).

Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género.

Personas mayores

La senectud tiene un especial riesgo asociado al suicidio que aumenta conforme va aumentando la edad. En este grupo de edad, los factores de riesgo que se asocian al suicidio tienen que ver con las enfermedades crónicas o terminales, con la discapacidad, las hospitalizaciones prolongadas, el deterioro cognitivo y la demencia, la soledad, la inactividad, la ausencia de proyectos vitales y la carencia de relaciones sociales. Como en todos los grupos, la depresión es el principal factor de riesgo en este grupo de edad, siendo hasta el 15-20% de las personas mayores con depresión las que consuman el suicidio. Las tasas de suicidios de hombres de edad superior a 79 años tienen una especial consideración ya que aumentan considerablemente llegando a cifras que pueden triplicar las tasas totales.

Personas en situación de cumplimiento penitenciario

Quienes estén en situación de cumplimiento de penas en establecimientos penitenciarios pueden ser más vulnerables por esta situación a determinados factores de riesgo y, por tanto, hay que contemplar de forma especial:

- El impacto que puede producir el propio ingreso en prisión de las personas.
- La posibilidad de haber cometido delitos graves contra las personas.
- La existencia de antecedentes de conductas autolesivas.
- Tener alguna enfermedad grave.
- Pérdidas familiares y/o rupturas.
- El aislamiento social que supone el ingreso en prisión.
- Problemas de salud mental de la población penitenciaria.

Los protocolos de prevención de suicidio en los centros penitenciarios existen desde 2005 y se revisaron en 2014 aumentando la vigilancia de los factores de riesgo, así como de las posibles situaciones desencadenantes de la conducta suicida desde el ingreso del interno.

Personas sin hogar

Las personas sin hogar son de las más afectadas por la acumulación de factores de riesgo, ya que presentan tasas significativamente superiores a la población general en problemas de salud mental y adicciones. En algunos estudios se señalan que dos de cada tres de estas personas presentaban riesgo de suicidio, y que una de cada cuatro se había intentado suicidar alguna vez en su vida. Dentro de las personas sin hogar los que presentan adicción al alcohol y las mujeres fueron las que presentaron un mayor riesgo de suicidio en este colectivo. La presencia de enfermedades infecciosas crónicas como el Hepatitis-C, habían intentado suicidarse como mínimo una vez en su vida con mayor frecuencia. Las intervenciones preventivas específicas en este grupo deben encaminarse tanto a la detección del riesgo de suicidio como a favorecer el acceso a los servicios de salud mental y drogodependencias mediante la coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.

ANEXO 2. Ejemplo de Plan de Cuidados Enfermero para paciente con riesgo suicida durante periodo de hospitalización (20, 21, 22).

DIAGNOSTICO NANDA		00150 RIESGO DE SUICIDIO						
NOC		1408-Autocontrol del impulso suicida Definición: Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio						
INDICADORES		V.INICIAL: Fecha:	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	V.FINAL Fecha:
140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen								
140823 Obtiene ayuda cuando es necesario								
140802 Mantiene vinculaciones en las relaciones								
140822 Hace planes para el futuro								
GLOGAL								
OBJETIVO								
NIC		6340- Prevención del suicidio Definición: Disminución del riesgo por daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida						
ACTIVIDADES						Fecha inicio	Fecha fin	
Administrar medicación, si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor.								
Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que el paciente no se la guarda en la boca para más adelante tomar una sobredosis								
Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar peligros para mantenerlo libre de riesgos.								
Buscar si en el paciente recientemente hospitalizado y entre sus pertenencias personales hay armas/armas potenciales durante el procedimiento de admisión.								
Asignar al paciente una habitación situada cerca del control de enfermería para facilitar la observación.								
Aumentar la vigilancia de los pacientes en los momentos en que se sabe que la cantidad de personal es inferior (reuniones de enfermeras, cambios de turno..).								
Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad para que hable de sus sentimientos.								
Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar cuando se produzca el deseo de autolesión.								

Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio(alteraciones del humor, alucinaciones, delusiones, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas o crisis)		
NIC	6486- Manejo ambiental: Seguridad Definición: Uso de la limitación menos restrictiva posible de la movilidad del paciente a una zona determinada para el control de su seguridad o de su comportamiento.	
ACTIVIDADES	Fecha inicio	Fecha fin
Realizar la restricción en una zona diseñada a tal efecto que se adecue a las necesidades.		
Identificar con el paciente los comportamientos que dieron motivo a la intervención		
Explicar el procedimiento, propósito, y duración de la intervención al paciente y los seres queridos en términos comprensibles y que no impliquen un castigo.		
Proporcionar recordatorios orales, si es necesario, para su permanencia en la zona designada		
Identificar los comportamientos adecuados		
NIC	6160- Intervención en caso de crisis. Definición: 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 a la crisis.	
ACTIVIDADES	Fecha inicio	Fecha fin
Disponer de un ambiente de apoyo		
Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí o para otros.		
Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.		
Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas.		
NIC	4420- Acuerdo con el paciente Definición: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.	
ACTIVIDADES	Fecha inicio	Fecha fin
Ayudar al paciente a determinar objetivos realistas, que puedan conseguirse.		
Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.		
Establecer objetivos en términos positivos		
Establecer un plan para cumplir los objetivos.		
NIC	5340- Presencia Definición: Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.	
ACTIVIDADES	Fecha inicio	Fecha fin
Establecer un plan para cumplir los objetivos.		
Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.		
Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad		