



Grado de ENFERMERÍA

Trabajo de Fin de Grado

TÍTULO:

**Proyecto de Educación dirigido al personal enfermero en
prevención y detección ante pacientes con ideas suicidas.**

Presentado por: Manuela Díaz Cossio

Tutor/es: Dra. Concepción Martínez Martínez

Agradecimientos

En primer lugar, quiero transmitir mi más sinceros agradecimientos a mi familia, por la paciencia y el apoyo que me han brindado a lo largo de estos años de carrera y por creer en mí aun cuando ni yo lo hacía. Gracias por ayudarme a cumplir un sueño.

A mis compañeras y compañeros del grado, por convertir esta carrera en una aventura y por enseñarme el verdadero significado del trabajo en equipo.

Al profesorado de la Universidad Europea de Valencia, por transmitirme las enseñanzas para ser una buena enfermera.

A mi tutora del TFG, la Dr. Concepción Martínez, por la infinita paciencia que ha tenido conmigo en este último tramo y por sus grandes aportaciones. Este trabajo no se habría podido realizar sin ti.

Por último, este trabajo va dirigido, aquellas personas que me inspiraron en este tema, que sufren y que ven como única solución, el suicidio. Y por las que por este motivo, ya no están.

“¿Cómo juzgar un mundo donde se intenta sobrevivir a cualquier precio, a aquellas personas que deciden morir? Nadie puede juzgar. Sólo uno sabe la dimensión de su propio sufrimiento o de la ausencia total de sentido de su vida.” Paulo Coelho.

Índice de contenido

1. Listado de símbolos y siglas	1
2. Resumen	2
3. Introducción	3
3.1. Justificación	3
3.1.1. Identificación de necesidades	4
3.2. Conceptos básicos	5
3.3. Datos epidemiológicos	5
3.3.1 Datos Mundiales	5
3.3.2. Datos nacionales	7
3.4. Historia del suicidio	10
3.5. Valoración de enfermería	11
4. Estudio de situación del proyecto	12
4.1. Matriz DAFO	12
5. Hipótesis	13
6. Objetivos	13
6.1. Objetivo principal:	13
6.2. Objetivos específicos:	13
7. Metodología	14
7.1. Población diana	14
7.2. Captación	14
7.3. Tipo de intervención y número de participantes en el programa	14
7.4. Desarrollo de intervención	15
8. Contenido de sesión	17
8.1. Sesión 1: “Inicio a la prevención del suicidio”	17
8.2. Sesión 2: “Detección de los factores”	18
8.3. Sesión 3: “Saber observar, saber actuar”	19
8.4. Sesión 4: “Testimonio de Valientes”	20
8.5. Sesión 5: “Empatizar”	20

8.6. Sesión 6: “Preparados para ayudar”	21
9. Recursos	22
10. Cronograma	23
11. Evaluación.....	24
11.1. Instrumentos de medición de resultados.....	24
11.2. Medición de los resultados.	24
12. Resultados	25
12.1. Análisis de resultados	25
12.2. Resultados esperados	25
13. Conclusión	26
14. Anexos	27
14. 1. Anexo . Cartel de captación.....	27
14.2 Anexos de Sesiones.....	28
14.2.1. Anexo 2. Sesión: Inicio a la prevención del suicidio.....	28
14.2.2. Anexo 3. Sesión 2: detección de factores	32
14.2.3. Anexo 4. Sesión 3: saber observar y saber actuar.	34
14.2.4. Anexo 5. Sesión 5: Empatizar	38
14.3. Anexo 6. Evaluación.....	40
15. Bibliografía consultada	45

1. Listado de símbolos y siglas

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- INE: Instituto Nacional de Estadísticas.
- AP: Atención Primaria.
- TFG: Trabajo de Fin de Grado
- MAP: Médico de Atención Primaria
- EVES: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

2. Resumen

El suicidio es la causa principal de muerte a nivel mundial. La mayoría de los pacientes que han realizado el acto suicida han pedido ayuda en su centro de salud; Sin embargo, el profesional sanitario no posee una formación específica en la detección de señales de alarma, prevención y actuación del suicidio. El personal de enfermería es el primer contacto que tiene el paciente al llegar a un servicio sanitario. Por tanto, es necesario que tengan conocimientos y actitudes para actuar eficazmente ante un acto suicida. El objetivo de este proyecto es formar a los profesionales de enfermería para mejorar sus conocimientos y actitudes ante pacientes con ideas suicidas.

Palabras claves: Suicidio, Enfermería, Conocimientos, Actitudes, Programa.

Abstract

Suicide is the leading cause of death worldwide. Many patients who have committed suicide have asked for help at your health center; However, the health professional haven't got specific training in the detection of warning signs, prevention, and intervention of suicide. The nursing staff is the first contact that the patient has when arriving at a health service. Therefore, it's necessary that they have knowledge and attitudes to act effectively in the face of a suicidal act. The objective of this project is to train nursing professionals to improve their knowledge and attitudes towards patients with suicidal ideas.

Keywords: Suicide, Nursing, Knowledge, Attitudes, Program.

3. Introducción

El suicidio es un problema de salud pública que va aumentando día tras día. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), es la causa principal de muerte a nivel mundial. Cada año fallecen más personas por esta razón que por cáncer de mamá, VIH o inclusive por homicidios o guerras.

Existen estudios que han demostrado la relación que tienen los factores ambientales, culturales, psicológicos y sociales en los comportamientos suicidas. Asimismo, los datos epidemiológicos han sido una buena herramienta para identificar algunos factores de riesgo del suicidio en la población.

Los datos científicos demuestran que muchos suicidios son evitables, pero a pesar del aumento de investigaciones y del conocimiento de que los suicidios son prevenibles, no siempre se ha reconocido la prioridad que tiene. Por otra parte, el estigma y el tabú persisten, por lo que muchas personas no buscan ayuda e incluso cuando la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz (OMS 2014, -citado en Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, s.f., p. 4).

Se calcula que, en 2019, 1 de cada 100 muertes fueron por suicidio, esto hizo un total de 703 000 personas fallecidas, sin contar que un año más tarde se originó una pandemia que incrementó los factores de riesgo del suicidio, lo que ha ocasionado que la OMS promueva nuevas estrategias para impulsar a los países una mejora en la prevención del suicidio. Entre ellas, se encuentra la detección temprana y el seguimiento de personas en riesgo, donde el personal sanitario juega un papel muy importante para detectar y prevenir este tipo de situaciones.

3.1. Justificación

En este trabajo de fin de grado (TFG) se realizará una propuesta de un plan de intervención educativa dirigida al personal enfermero con el fin de que sea una herramienta útil para emplear ante los pacientes con ideas suicidas y poder proporcionar así, una buena atención sanitaria a través de una formación específica y una actitud favorable.

3.1.1. Identificación de necesidades

Cada vez más, se detecta un aumento de personas que acuden o son trasladadas al centro de salud u hospital por intentos de suicidio. Los profesionales de salud son el primer contacto con estos pacientes. Por tanto, es necesario que desarrollen una actitud correcta y posean los conocimientos básicos para que realicen una adecuada actuación.

Carmona-Navarro y Pichardo-Martínez (2012) explican cómo influye la inteligencia emocional con las actitudes de enfermería ante pacientes con ideas suicidas y demuestran a través de un estudio, que los profesionales que poseen más formación en el tema del suicidio y manifiestan una mejor aprobación hacia este tipo de conductas, tienden a proporcionar una atención sanitaria más efectiva. Por otro lado, señala que un mal cuidado al paciente con comportamiento suicida puede empeorar la situación que le llevo al intento y provocar que evite los servicios sanitarios en un futuro. Por tanto, si no se evalúa la inteligencia emocional de los profesionales de salud, que, en este caso, son el personal enfermero, no tendremos la certeza de que se actúe bien ante pacientes con ideas suicidas.

Otro dato relevante a tener en cuenta, es que hay pacientes con ideación suicida que piden ayuda, pero se produce un fallo en la detección de signos de alarma. Según este autor, el 40% de los Médicos de Atención Primaria (MAP) no son conscientes de la existencia de antecedentes suicidas y entre el 1 y el 10% de los pacientes de Atención Primaria (AP) tienen intencionalidad o pensamientos suicidas. (Martín-Barrajón, 2021).

Además, no tenemos constancia de que actualmente exista alguna especialización sobre la atención a actos suicidas para los profesionales de emergencia extrahospitalaria (Martín-Barrajón, 2021). Los planes actuales de formación se enfocan más en las técnicas sanitarias.

Un ejemplo de la actuación de los profesionales sanitarios ante una conducta suicida, lo expone el enfermero Isidro Manrique en un artículo de su blog: "suicidio en el profesional sanitario: Un análisis y 7 claves si estás al otro lado del teléfono":

Manifiesta un caso en el que, ante la llamada a un centro coordinador de una persona informando de que iba a precipitarse desde un puente, la respuesta del operador es: : "*cuando se tire, entonces me llama*". Acto seguido, llamó un testigo al mismo centro coordinador, dando el aviso de haber presenciado como un varón se había precipitado desde ese mismo puente, y aparentemente su cuerpo yacía sin vida en el asfalto. (Elenfermerodependiente, 2021, "II. Dificultades de la atención telefónica en crisis suicidas." sección).

Con este caso, se demuestra la importancia de saber tratar a un paciente con ideas suicidas. Enfermería actúa en muchos ámbitos sanitarios y forma parte también del personal que se encarga de atender las llamadas de los centros coordinadores de Emergencias, por ende, necesitan una formación específica y un protocolo de prevención y actuación que ayude a este tipo de pacientes. Sin embargo, no solo el conocimiento hace falta en este tipo de situaciones, sino también la actitud que se tenga ante ellas.

3.2. Conceptos básicos

Es importante tener claro los distintos términos que se utilizan con frecuencia para la comprensión de las distintas situaciones que puede llegar a padecer una persona con ideas suicidas. Según la terminología internacional (Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, s.f. , p. 9):

- Suicidio: es el acto deliberado de quitarse la vida.
- Intento de suicidio: es el comportamiento que no causa la muerte y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales, que pueden o no tener una intención de resultado mortal
- Conducta suicida/comportamiento suicida: engloba una diversidad de comportamientos como pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.
- Supervivientes o sobrevivientes del suicidio: hace referencia a las personas que han tenido un familiar o allegado que ha fallecido por suicidio. También a personas que han sobrevivido a un acto suicida. (Anseán Ramos, 2014).

3.3. Datos epidemiológicos

3.3.1 Datos Mundiales

Aunque se tiene algunas cifras de las muertes a causa del suicidio en el mundo, no son totalmente fiables debido al tema tabú y la ilegalidad de esta conducta en algunos países. Por tanto, la accesibilidad a esos registros e incluso la calidad de los datos es insuficiente. Los países miembros de la OMS que poseen cifras de registros civiles óptimas y permiten ser utilizadas para estimar las tasas del suicidio son la excepción (Organización mundial de la Salud, 2021).

Esta falta de información en ciertos países es desfavorable para la prevención y actuación del suicidio, ya que, al no tener un seguimiento adecuado, además de una clasificación deficiente del número de personas que han intentado suicidarse o han culminado el acto, provoca que no se pueda realizar un plan de estrategia eficaz.

Como se ha reflejado al principio de este documento, en el mundo se suicidan casi 703 000 personas, sin tener en cuenta que, por cada persona que realiza este acto, hay una gran cantidad de intentos de suicidios. Se calcula que cada 40 segundos se quita la vida una persona a nivel mundial. (Organización mundial de la Salud, 2021).

La figura 1 muestra que, un 77% de los suicidios se efectúan en países con ingresos económicos bajos y medianos, frente al 23% de suicidios culminados, realizados en países de altos ingresos.

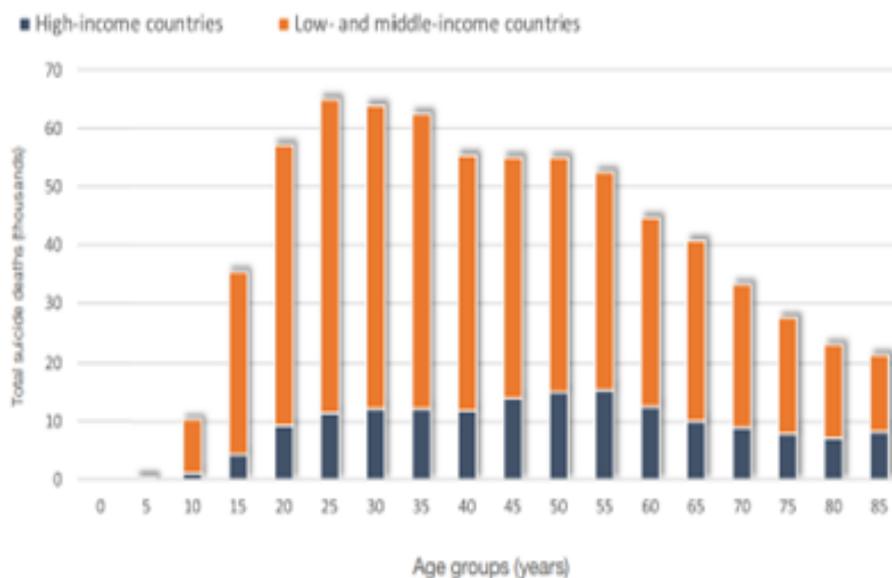
El dato preocupante de estas cifras es que el 90% de los adolescentes del mundo, viven en las zonas donde hay más porcentaje de suicidios.

Además, indica que el 58% de las personas que se han suicidado ocurrió antes de la edad de 50 años. (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

Figura 1.

Suicidios en el mundo por edad y nivel de ingresos del país (miles), 2019

Figure 5. Global suicides, by age and country income level* (thousands), 2019



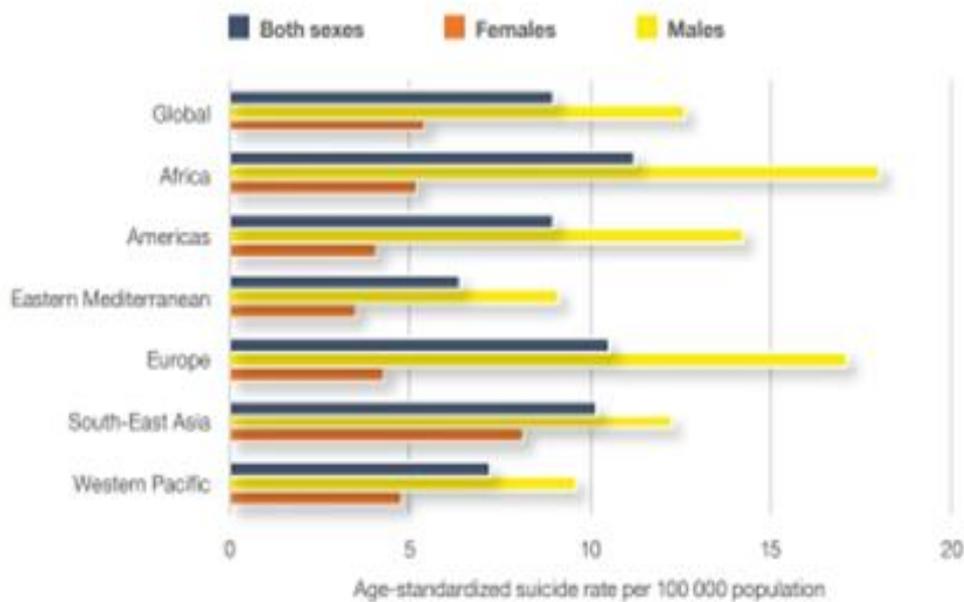
Note: Organización Mundial de la Salud.(2021a). *Global suicides, by age and country income level (thousands), 2019* [screenshot]. Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates. (P.13). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Respecto a la figura 2, la tasa más alta en suicidios corresponde con África con un 11.2%, le sigue Europa y el sureste de Asia con un 10.5% y 10.2%. Las cifras más bajas de suicidio pertenecen a la zona del este del mediterráneo. (Organización Mundial de la Salud, 2021b.)

Figura 2.

Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por 100 000 habitantes) por regiones de la OMS, 2019

Figure 8. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) by WHO regions, 2019



Note: Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) by WHO regions, 2019* [Screenshot]. Suicide worldwide in 2019. (P.15). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

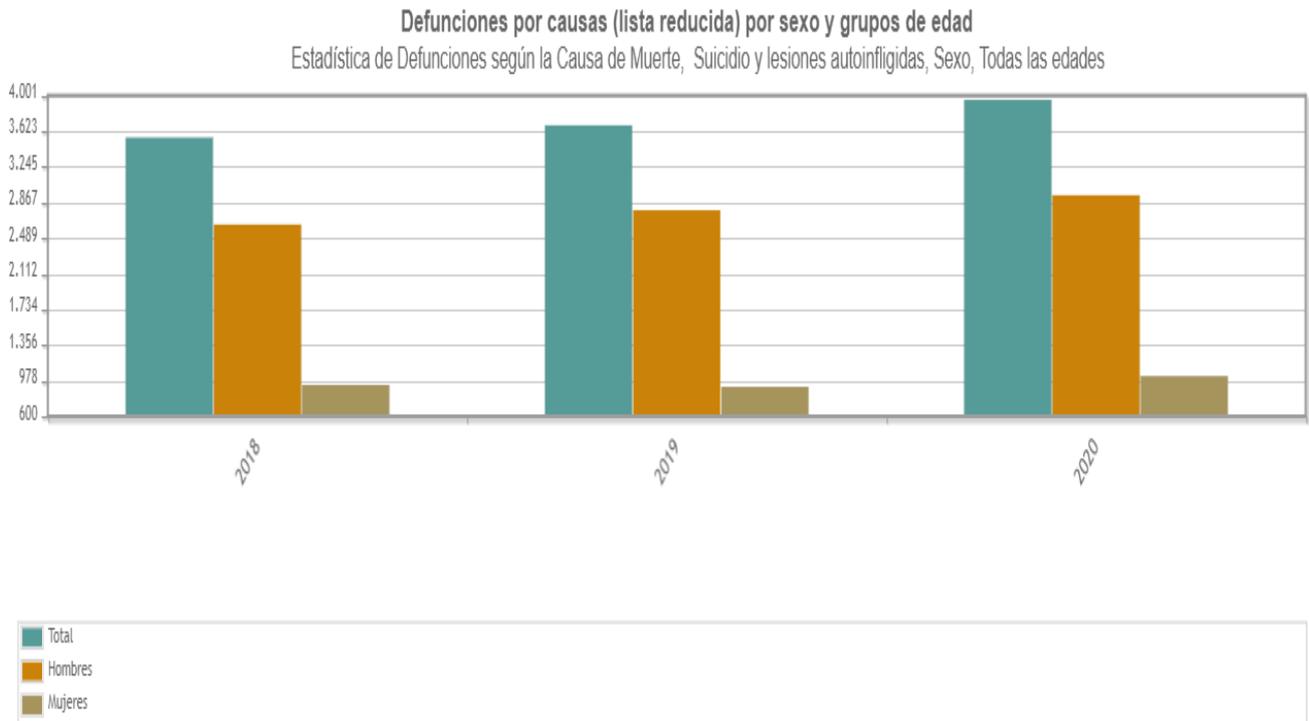
3.3.2. Datos nacionales

Respecto a los intentos del suicidio, en el plan de prevención y manejo de la conducta suicida, se exponen los datos del 2015, ese año 2.699 mujeres intentaron quitarse la vida, frente a 1.872 hombres. Y el total de suicidios culminados de este mismo año fue de 3.602 muertes. (Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, s.f.):

En 2018, 3.539 personas acaban con su vida, una cifra similar a la de 2019 pero inferior a la de 2020.(Figura 3).

La Fundación española para la prevención del suicidio (2019) publicaba una cifra preocupante con 3.671 suicidios en España, de los cuales 2.771 eran hombres que corresponde al 75.5%, en comparación a las 900 mujeres fallecidas con un porcentaje de 24.5%. Esto se traduce a 10 suicidios al día, es decir, 1 suicidio cada 2.5 horas.

Figura 3
Defunciones por causa (listas reducida) por sexo y grupos de edad



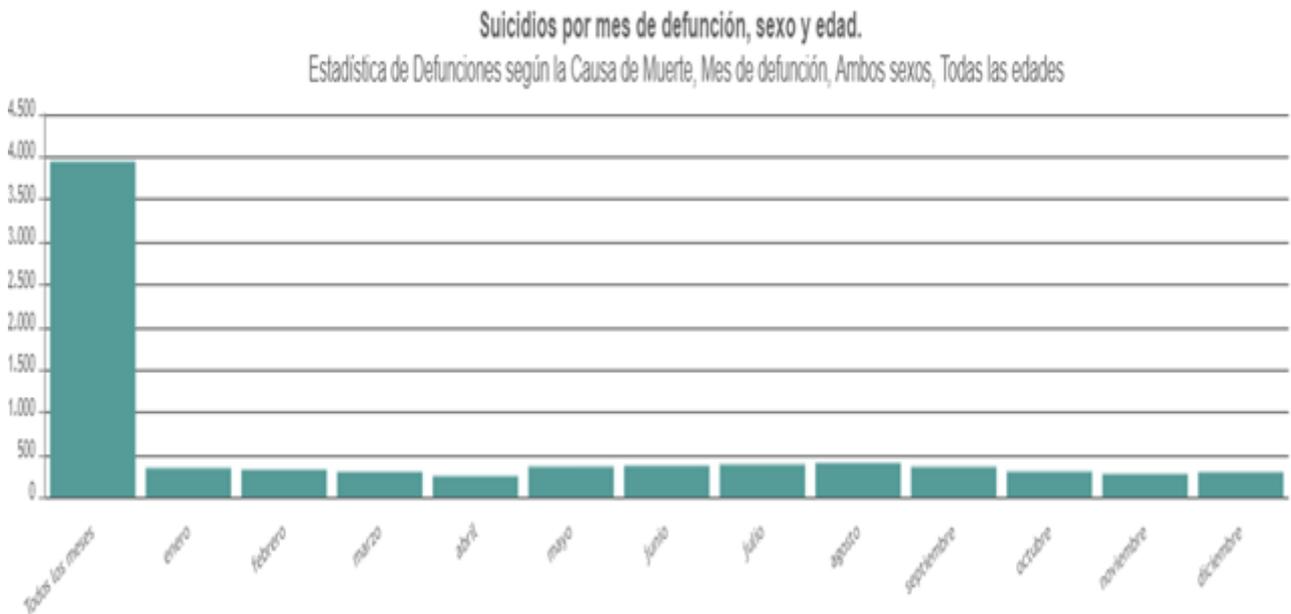
Nota: INE. (2020). *Defunciones por causa (listas reducida) por sexo y grupos de edad* [Gráfico]. <https://www.ine.es>

El 2020 es el año donde la OMS declaró la COVID 19, pandemia internacional, por tanto, en España se toman medidas ante este problema y manifiesta el Estado de Alarma con un inicio de confinamiento a mediados de marzo, además de cierre de negocios. Esto produce que en abril, la tasa de suicidios disminuya un 18,2% en comparación al mismo mes del 2019. Sin embargo, una vez empieza la desescalada, se origina un incremento de suicidios en los meses: mayo, junio, julio y agosto, alcanzando este último mes, 402 muertes a causa del suicidio (Figura 4).

Las cifras han crecido notablemente hasta alcanzar el máximo histórico desde que se registran datos, con un total de 3.941 suicidios, 420 más que el año anterior. Por primera vez, se alcanza un número de 1.011 suicidios en mujeres y en hombres asciende la cifra con 2.930 fallecidos, por lo que supone un cifra de 11 suicidios al día.

Además, se duplica los casos de suicidios en menores de 15 años con una cifra de 14 muertes. Siendo también, el principal motivo de fallecimientos entre los jóvenes de 15 – 29 años con un número de 300 muertes (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2020).

Figura 4
Suicidios por mes de defunción, sexo y edad



Nota: INE. (2020). *Suicidios por mes de defunción, sexo y edad* [Gráfico]. <https://www.ine.es>

Según los datos destacados del Observatorio del Suicidio en España (2020), expone que las mujeres tienen un mayor número de intentos de suicidio que los hombres; sin embargo los hombres lo llevan al cabo mucho más veces que las mujeres.

Además, manifiestan también, que conforme los cálculos de la OMS se hallarían unos 20 intentos por cada suicidio. Asimismo, otros estudios sobre la ideación de este acto explican que entre el 5% y el 10% de la población española se vería afectada a lo largo de su vida, significando así, la producción aproximada de 80.000 intentos del suicidio al año en España.

Hay que señalar que en nuestro país no se posee una estrategia estatal para la prevención del suicidio. (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2020)

3.4. Historia del suicidio

El suicidio es uno de los actos más antiguos de la humanidad con gran controversia a la hora de entenderlo y explicar sus motivos.

A lo largo de los años, se ha tenido diferentes visiones del suicidio. En el pensamiento de occidente se puede resumir la historia de éste en estos cuatro conceptos (Jaramillo Estrada et al., 2017) :

- “El suicidio como cosmovisión” (Siglo IV a.c. - V d.c.). Aceptaban el suicidio siempre y cuando lo realizará bajo la autorización del senado en el caso de la polis griega o sí los dioses lo permitían según el pensamiento de Platón. En la Roma imperial, el suicidio era bien considerado si lo realizaban clases de alto rango. Sin embargo, para los esclavos y soldados era un acto prohibido y condenado.

- “El suicidio como pecado” (siglo IV- XVI). Este concepto se marca por la implementación del cristianismo en el Imperio Romano. Considera el suicidio como un acto perverso. Una figura referente que hace mención del suicidio como pecado, es San Agustín, ya que relaciona esta acción con el quinto mandamiento de “no matarás” y explica que esta prohibición también abarca el no matarse a sí mismo.

-“El suicidio como enfermedad mental/orgánica” (Siglo XVI – actual): En esta época empieza a ver un cambio de pensamiento sobre el suicidio y relaciona el estado de melancolía como responsable de este acto. La obra de Robert Burton “Anatomía de la melancolía” pone en manifiesto considerar este tipo de paciente como personas enfermas que deberían ser entendidas y perdonadas. A partir de esta base el suicidio paso a ser un objeto de análisis y discusión en todos los ámbitos del pensamiento en esa época.

-“El suicidio como emergente relacional”: el rol suicida (siglo XX y XXI): aparece el interaccionismo simbólico a partir de la teoría de Durkheim, explica que, el suicidio no debe entenderse como un acto individual motivado por algún tipo de enfermedad mental, sino, que debería ser abarcado por un contexto sociohistórico que permita aclarar su emergencia. A partir de este planteamiento, aparece distintas alternativas conceptuales que expone el suicidio como un acto complejo, el cual engloba múltiples factores que aparecen en el origen de su emergencia.

La perspectiva del suicidio cambia en las distintas épocas y culturas. Un claro ejemplo de las diferencias culturales, lo exponen Campillo Serrano, C, y Fajardo Dolci, G. (2021) demostrando el contraste que hay entre la visión de Japón y los países de tradición judeocristiana. Para el primero es un acto honorable como lo manifiesta el haikiri de los samuráis. Sin embargo, para la cultura judeocristiana es un acto inaceptable y abominable.

3.5. Valoración de enfermería

Como se ha mencionado anteriormente, el personal enfermero tiene un cargo muy importante en la prevención y detección del suicidio.

Un paciente con intencionalidad o pensamiento suicida presenta una alteración en la adaptación de tolerancia al estrés que proporciona el décimo patrón de Marjory Gordon, debido a que no es capaz de afrontar de manera eficaz los conflictos de la vida. Por ello, se debe realizar una buena valoración enfermera a través de los siguientes diagnósticos (NNNConsult, 2015):

- NANDA: 289 Riesgo de conducta suicida
- NANDA: 140 Riesgo de violencia autodirigida
- NANDA: 124 Desesperanza

En la clasificación de resultados esperados de enfermería, se puede encontrar:

- NOC: 2831 Control del riesgo social: suicidio
- NOC: 1408 Autocontrol del impulso suicida
- NOC: 1208 Nivel de depresión
- NOC: 2903 Desempeño del rol de padres: adolescente

Y, por último, como intervención de enfermería, se destaca principalmente:

- NIC: 6340 Prevención del suicidio

4. Estudio de situación del proyecto

4.1. Matriz DAFO.

En la siguiente matriz, se exponen los puntos fuertes y los puntos débiles del proyecto tanto a nivel interno como externo.

- **Debilidades:**

- Conflicto de horarios y disponibilidad de tiempo de las enfermeras para asistir a las charlas.
- Abandono de las sesiones.

- **Amenazas:**

- Público no participativo.
- Actitud cerrada y poco empática.
- Miedo a lo desconocido.

- **Fortalezas:**

- Buenos recursos e instalaciones.
- Profesionales comprometidos.
- La formación será impartida por personal cualificado y experto en el tema.
- Creación de un blog donde tendrán fácil acceso a información y podrán consultar dudas.
- Aportación de herramientas como temarios, apps.

- **Oportunidades:**

- Es un tema del cual no se tiene mucha formación.
- En la actualidad, no hay ninguna estrategia específica para enfermería en la detección y prevención del suicidio.

5. Hipótesis

El programa de educación diseñado para formación de las enfermeras aumentará en un 50% los conocimientos, actitudes y habilidades sobre prevención y actuación ante pacientes con ideación suicida.

6. Objetivos

6.1. Objetivo principal:

Realizar un plan de intervención que ayude a mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de las enfermeras ante un paciente suicida.

6.2. Objetivos específicos:

- Mejorar la actitud enfermera ante personas con conductas suicidas.
- Mejorar las habilidades para realizar una detección temprana en pacientes con riesgos suicida.
- Formar a las enfermeras en los conocimientos básicos y habilidades para la actuación sanitaria ante un paciente con ideas suicidas.
- Mejorar los conocimientos para realizar seguimiento en personas con riesgo suicida.

7. Metodología

7.1. Población diana

Este programa va dirigido a la población enfermera de Atención Primaria y Urgencias ya que son el primer contacto con el paciente. Y también, a las enfermeras pediátrica, en vista de que hay un incremento de suicidios en menores de 15 años.

En principio, se centrará más específicamente en las enfermeras de Valencia, debido que la Comunidad Valenciana es la tercera región con más suicidios del 2020 en España.

Según la efectividad del programa de educación piloto y las mejoras que se realicen a posteriori, se planteará abarcar más lugares y profesionales de salud.

7.2. Captación

Se realizará carteles informativos sobre el proyecto de educación (Anexo 1) y se distribuirá por centros de salud, hospitales y telemáticamente a través de redes sociales para animar a las enfermeras a participar. Además, se solicitará la colaboración de las supervisoras para que llegue la difusión de la existencia del programa al máximo de enfermeras.

Para la inscripción del programa se podrá acceder a través del Qr que tendrán los carteles informativos. También las supervisoras contarán con folletos de inscripción, en caso de que quieran apuntarse de manera más tradicional.

7.3. Tipo de intervención y número de participantes en el programa

Se trata de una intervención grupal con un número de participantes limitados, a 15 personas. El grupo será cerrado, una vez que se tenga las plazas completas, se contará con la participación de esos mismos integrantes en todas las sesiones

De este modo, al tener un grupo reducido y no permitir las faltas de asistencias se podrá valorar más fácilmente si este proyecto ha servido para mejorar los conocimientos y actitudes de los participantes y que modificaciones se deberían llevar a cabo para su mejora en caso de que fuera necesario.

7.4. Desarrollo de intervención

-Número de sesiones: Se realizará un total de 6 sesiones. Cada sesión tendrá dos horarios distintos con el fin de que puedan participar el máximo de enfermeras y evitar el posible abandono de alguna sesión.

-Duración de las sesiones: Cada sesión dispondrá de un tiempo de 1h 30min.

-Periodicidad: Se realizará una sesión cada semana.

Tabla 1: Temporalización.

Sesión 1: Inicio a la prevención del suicidio	Fecha: 10/10/2022 Hora: 11: 00 h
	Fecha: 12/10/2022 Hora: 17: 00 h
Sesión 2: Detección de los factores	Fecha: 17/10/2022 Hora: 11:00 h
	Fecha: 19/10/2022 Hora: 17:00h
Sesión 3: Saber observar, saber actuar	Fecha: 24 /10 /2022 Hora: 11:00 h
	Fecha: 26 /10 /2022 Hora: 17:00h
Sesión 4: Testimonios de Valientes	Fecha: 31/10/2022 Hora: 11: 00 h
	Fecha: 02/11/2022 Hora: 17:00h
Sesión 5: Empatizar	Fecha: 07/ 11/2022 Hora: 11: 00h
	Fecha: 09/ 11/ 2022 Hora: 17:00h
Sesión 6 : Preparados para ayudar	Fecha: 14 / 11/ 2022 Hora: 11: 00h
	Fecha: 16/ 11/ 2022 Hora: 17:00 h

Fuente: Elaboración propia.

-Lugar:

El programa se desarrollará de manera presencial. El primer horario de la sesión se impartirá en el salón de actos del hospital Arnau de Vilanova de Valencia y el segundo horario en el Centro de Salud Pública de Valencia.

-Características del profesorado que impartirá el programa:

Estará formado por profesionales especializados en el tema del suicidio comprometidos con la causa. Entre ellos, habrá enfermeras de salud mental y psicólogos que tenga la experiencia laboral y la formación específica ante este tipo de pacientes.

Además, se contará con la participación voluntaria de personas que impartan charlas de su experiencia como superviviente del suicidio y familiares en duelo por suicidio.

-Condiciones de obtención del certificado de formación:

- Poseer el título de enfermería.
- La asistencia a todas las sesiones o un mínimo de asistencia de 4 sesiones. En el caso de la segunda opción, deberá visualizar las grabaciones de las sesiones a las que ha faltado para la realización de la prueba de conocimiento.
- Responder correctamente un mínimo de 75% de las preguntas del cuestionario final.

Una vez cumplido los requisitos y tras la finalización del proyecto, se enviará el certificado de formación telemáticamente a través del correo electrónico.

8. Contenido de sesión

8.1. Sesión 1: “Inicio a la prevención del suicidio”

Esta sesión se dividirá en dos apartados:

- **Contenido teórico:**

Su duración será de 50 min y se expondrá los siguientes apartados:

- Historia del suicidio.
- Conceptos básicos del suicidio.
- Epidemiología

Se utilizará un método directo ya que se establecerá una interacción entre el educador y los participantes. En un principio, los asistentes compartirán los conocimientos que tienen sobre el tema y luego, el educador completará la información con la exposición.

El contenido teórico se apoyará de un material audiovisual, power point (Ver anexo 2 y 2.1)

Además de tener la opción de descargar el temario de la sesión a través de un código Qr.

Figura 5: Código Qr. Primera sesión.



Fuente: Elaboración propia a través del App MeQr.

- **Contenido práctico:**

Su duración será de 40min. Se realizará una técnica de análisis a través de un debate con los participantes. El tema para tratar será mitos y creencias del suicidio (Ver anexo 2.3).

➤ **Objetivos de la sesión:**

- Al finalizar la sesión, el 50% de los asistentes, diferenciará los términos que hacen referencia al comportamiento y el pensamiento suicida.

-Al finalizar la sesión, el 50% de los participantes, poseerá más conocimientos sobre la historia y los datos del suicidio.

- Al terminar el debate, el 50% de participantes, desarrollarán el criterio correcto sobre los mitos y creencias del suicidio.

- El 30% de los participantes, tendrá una actitud más positiva ante los pacientes con ideas suicidas.

8.2. Sesión 2: “Detección de los factores”

Esta sesión se dividirá en dos apartados:

- **Contenido teórico:**

Su duración será de 50 min y se expondrá los siguientes apartados:

-Grupos vulnerables

-Factores de riesgo

-Factores de protección

Se utilizará un método directo ya que se establece un contacto directo con los participantes a través de una técnica expositiva donde el educador impartirá la teoría de esta sesión.

El contenido teórico se apoyará de un material audiovisual Power Point (Ver anexo 3 y 3.1)

Además podrán obtener el temario a través del código Qr.

- **Contenido práctico:**

Este apartado tendrá una duración de 40 min. Se usará un método directo a través de una técnica de análisis, que consistirá en exponer una serie de casos clínicos con distintas situaciones donde los participantes deberán identificar los factores de riesgo y protección.

Este contenido práctico se apoyará en una ficha práctica. (Ver anexo 3. 2).

➤ **Objetivos de la sesión:**

-El 50% de los asistentes después de esta clase, identificarán el nivel del riesgo que tiene el paciente a través de los factores de advertencia.

-El 50% de los participantes, reconocerán los factores de protección que tiene el paciente para la prevención del suicidio.

8.3. Sesión 3: “Saber observar, saber actuar”

Esta sesión se basará solo en contenido teórico, por lo que se dividirá en dos partes:

La primera parte durará 40 min y en ella se expondrá (ver anexo 4) :

- Señales de alarma.
- Herramientas de detección y actuación I.

Después, se realizará un descanso de 10 min y a continuación, se empezará con la segunda parte con una duración de 40 min donde se hablará de:

- Herramientas de detección y actuación II. (ver anexo 4.1)

Se utilizará un método directo a través de una técnica expositiva.

Este contenido teórico se apoyará de un material audiovisual, Power point. Además de poder obtener el temario a través del código Qr.

➤ **Objetivos de la sesión:**

-El 50% de los asistentes, identificarán las expresiones y conductas que puede presentar una persona con ideación suicida.

-El 50% de los asistentes, conocerá el procedimiento a seguir a través de la entrevistas, escalas y algoritmos.

-El 90% de los participantes, poseerán las herramientas necesarias para consultar las escalas y algoritmos, en caso de necesitarlo.

8.4. Sesión 4: “Testimonio de Valientes”

Esta sesión no poseerá un contenido teórico. Se contará con la participación de una asociación de supervivientes del suicidio proveniente de la plataforma de Papágeno, donde compartirán testimonios de sus experiencias vividas y hablarán de la importancia de la postvención. La asistencia de los supervivientes podrá ser presencial o seguir online de forma síncrona.

Tendrá una duración de 80 min con un descanso de 10 min.

Su metodología es directa debido a que habrá un intercambio de experiencias entre los supervivientes y participantes.

➤ Objetivos de la sesión

-El 50% de los participantes, mostrará una comprensión por los pacientes que recurren al suicidio.

-El 50% de los asistentes, desarrollará una actitud más favorable ante una persona con una ideación suicida o un familiar en duelo.

8.5. Sesión 5: “Empatizar”

A modo de inicio, se utilizará una metodología indirecta a través del video “monólogo-suicida” con una duración de 5 min.

A continuación, pasará a un método directo donde el educador expondrá el temario de la siguiente manera:

- **Contenido teórico:**

Su duración será de 40min y se explicará:

- Comunicación con pacientes con ideas suicidas.

Este contenido teórico se apoyará de un material audiovisual, Power point (Anexo 5). Además de poder obtener el temario a través del código Qr.

- **Contenido práctico:**

En este apartado se realizará un juego de roles denominado “Practiquemos la comunicación”. Explicado en la ficha práctica. (ver anexo 5.1).

Tendrá una duración de 45 min.

- **Objetivos de la sesión:**

-El 50% de los asistentes, desarrollará la habilidad de saber comunicarse con una persona con ideación suicida.

- El 50% de los participantes, conseguirán tener la seguridad y actitud para actuar ante un paciente con ideación suicida.

8.6. Sesión 6: “Preparados para ayudar”.

Se empezará la sesión usando un método indirecto a los asistentes a través del video “Hablemos del tema” con una duración de 30 min:

https://www.youtube.com/watch?v=8IgTvBO_PSM

Después, la metodología cambiará a un método directo a través de una técnica de análisis del video.

En esta sesión se realizará un pequeño repaso, se resolverán las dudas que puedan haber surgido y se rellenará el cuestionario de conocimiento y evaluación.

9. Recursos

- Recursos humanos:

Este programa de educación será impartido por una enfermera/o de salud mental con máster en conducta suicida y un psicólogo/a experto en suicidio. También se contará con la colaboración de una Fundación de la plataforma Papágeno para la sesión “testimonios de valientes”.

- Recursos materiales:

-Aula con proyector y pantalla de proyección.

-Cámara de video.

-Mesas y sillas.

-Pizarra y tizas

-Folios y materiales de escritura.

-Cuaderno para realizar anotaciones para el profesional.

-Acceso a Wifi para los participantes.

-Ordenador con conexión a internet, con puerto USB y dispositivo USB.

-Presentaciones de Power Point para cada sesión y fichas técnicas.

- Recursos económicos

Con la colaboración de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) se dispondrá de los recursos necesarios para la realización de este proyecto.

10. Cronograma

Tabla 1: Cronograma.

	01 junio - 30 Julio 2022	15 agosto - 25 septiembre 2022	10 octubre– 16 noviembre 2022	16 mayo 2023
Preparación del programa				
Captación de los participantes				
Desarrollo del programa				
Evaluación				

Fuente: Elaboración propia.

En el desarrollo del programa, como se ha mencionado en el apartado de metodología, cada sesión durará 1h 30min y tendrán dos fechas y horarios distintos. Es decir:

La sesión 1 se realizará: lunes 10 de octubre a las 11h y el miércoles 12 de octubre a las 17h de esa misma semana.

De la misma manera se aplicará con las demás sesiones.

11. Evaluación

11.1. Instrumentos de medición de resultados.

Para la evaluación, se han diseñado tres cuestionarios: Uno para valorar las actitudes y habilidades, otro para los conocimientos y el último, un cuestionario de satisfacción para valorar el programa de educación.

- **Cuestionario para la evaluación de actitudes y habilidades.**

Se trata de un cuestionario elaborado ad hoc para medir la habilidades y actitudes conseguidas por los participantes al recibir la formación. Son 10 preguntas en total. 5 preguntas para evaluar las actitudes y otras 5 para evaluar las habilidades

Este cuestionario se basa en una escala tipo Likert donde se valorará el nivel de acuerdo y desacuerdo de cada participante, a través de 5 respuesta de menor a mayor valor, siendo el de menor valor la respuesta de totalmente en desacuerdo y el de mayor valor la respuesta de totalmente de acuerdo (Ver anexo 6). Hay que tener en cuenta, que las respuestas de los cuestionarios de actitudes, los ítems 3,4, y 5, están inversos.

- **Cuestionario de evaluación de conocimientos.**

Se trata de un cuestionario elaborado expresamente para evaluar este programa de formación. La prueba de conocimiento estará formada por 10 preguntas tipo test con tres opciones de respuesta y una sola respuesta válida. Cada cuestión tendrá el valor de 1 punto y por cada respuesta incorrecta se descontará 0.33 puntos. (Anexo 6).

- **Cuestionario de satisfacción.**

Mediante el cuestionario de satisfacción se pretende recoger la opinión de los participantes respecto a la organización del programa y las sugerencias de mejora. Consta de 9 preguntas en que se puede puntuar a través de una escala Likert de 1 a 5 el grado de acuerdo con la organización y dos preguntas con respuesta de redacción breve. (Ver Anexo 6).

11.2. Medición de los resultados.

Para poder evaluar las habilidades y actitudes se distribuirá al inicio de la primera sesión el cuestionario para conocer los valores de los cuales se parte. En la última sesión se repartirá este mismo cuestionario.

Los cuestionarios para evaluar conocimientos y el cuestionario de satisfacción se distribuirán únicamente en la última sesión.

El cuestionario de conocimientos será nominal para poder dar el certificado de participación a las personas que hayan superado la nota de corte.

El resto de los cuestionarios no contendrán datos personales de los participantes.

Seis meses después, se distribuirán los cuestionarios de actitudes y habilidades y conocimiento para realizar una valoración a largo plazo.

12. Resultados

12.1. Análisis de resultados

Los datos obtenidos se analizarán con el programa SPSS. Se realizará una T de student para muestras dependientes para comparar los niveles de habilidades y actitudes que tenían los participantes antes y después de la realización del programa. Se usará un nivel de significación $\alpha < 0,05$. Para el cálculo de la mejora en conocimientos se utilizarán ratios y porcentajes

12.2. Resultados esperados

Tras la implementación del programa, se espera que todos los participantes obtengan en la prueba de conocimiento una puntuación igual o mayor a 5.

Tanto en actitudes como en habilidades, se espera que al menos 4 de los 5 ítems que componen el cuestionario, se produzca una mejora del 50 % tras recibir la formación.

Se realiza una estimación aproximada de este porcentaje, tras la formación, con el fin, de que una vez finalizadas las sesiones, los asistentes posean:

-Mejores conocimientos y habilidades para realizar una detección temprana en pacientes con ideas suicidas a través de:

- I. Los factores de riesgo y protección
- II. Las señales de alarma

-Un incremento de conocimientos básicos, habilidades y herramientas para la actuación y el seguimiento del suicidio por medio de:

- I. Entrevistas, escalas, algoritmos y aplicaciones.
- II. Saber comunicarse con el paciente

-Mejora en la actitud enfermera ante conductas suicidas mediante las sesiones de “testimonio de Valientes” y “empatizar”. Además de aportar un nuevo criterio sobre mitos y creencias del suicidio que ayude a los participantes a desarrollar una mejor comprensión.

13. Conclusión

Tras el desarrollo del presente TFG, se concluye que:

El suicidio es un problema a nivel mundial que va en aumento, y en España, no hay un plan de formación específico para los profesionales de salud.

La falta de conocimientos y la ausencia de una actitud adecuada, ha producido que no se detecten a tiempo los intentos de suicidio, o los pacientes que poseen estas ideas, eviten pedir ayuda o acudir a los servicios sanitarios.

Con este programa de educación, se espera cumplir con los objetivos específicos impuestos y mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades del personal enfermero.

Sin embargo, debido a la limitación de tiempo, no se ha podido implementar este proyecto de educación. Por consiguiente, quedaría pendiente los resultados en el tiempo. Se deposita confianza en el proyecto y la intención es seguir con este programa de investigación acción y poder llevarlo a la práctica.

Para finalizar, cabe destacar una publicación de la psicóloga Olga Carrión:

“El suicidio no es una enfermedad mental. El suicidio es la consecuencia del sufrimiento. El suicidio es la consecuencia de no hablar del sufrimiento. El suicidio es la consecuencia de no valorar la salud mental. El suicidio es la consecuencia de no tener una plan de prevención”.
@Psicologiabzd.

14. Anexos

14. 1. Anexo . Cartel de captación.

**OBSERVA Y ESCUCHA:
JUNTOS PODEMOS
EVITAR EL SUICIDIO**

Programa de educación en prevención
y actuación del suicidio

**Dirigido: Personal de enfermería
de urgencias , AP y pediatría**

**Fecha:
10 octubre - 16
noviembre 2022
Valencia**

Formado por 6 sesiones:

- **Inicio a la prevención**
- **Detección de factores**
- **Saber observar, saber actuar**
- **Testimonios de valiente**
- **Empatizar**
- **Preparados para ayudar**

Reserva plaza

Fuente: Elaboración propia

14.2 Anexos de Sesiones

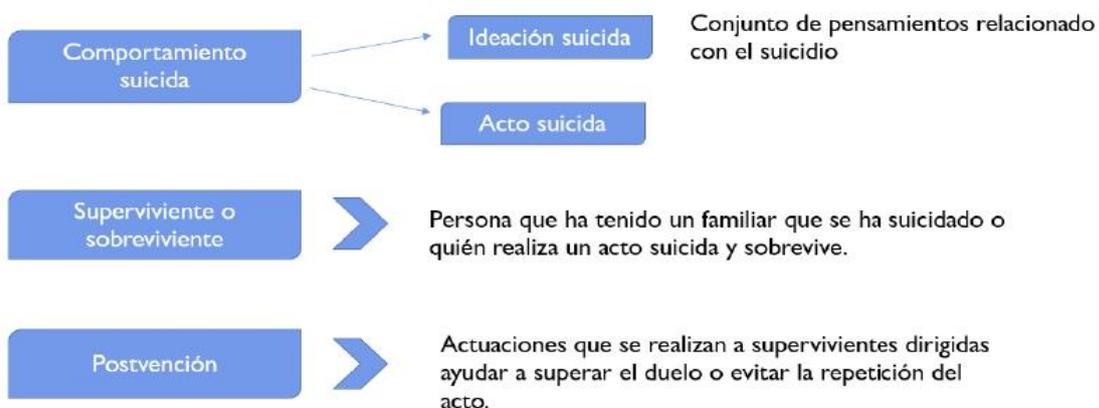
14.2.1. Anexo 2. Sesión: Inicio a la prevención del suicidio

CONCEPTOS BÁSICOS DEL SUICIDIO

Diferenciamos los términos

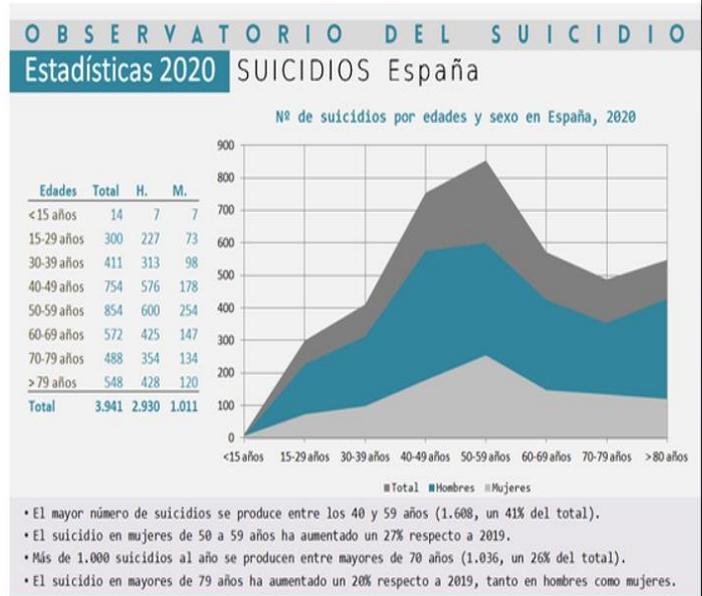
Suicidio	➤	Acto intencionado el cuál una persona determina acabar con su vida voluntariamente y cumple con su objetivo.
Acto suicida	➤	Hecho en la que una persona se autolesiona o tiene intención de hacerlo.
Comunicación suicida	➤	Expresión de manera verbal o no sobre la idea de suicidarse.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL SUICIDIO



Fuente: Elaboración propia

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS



Fuente: Elaboración propia obtenida de Fundación española para la prevención del suicidio

MITOS VS REALIDAD

“Hablar sobre el suicidio puede incitar a cometerlo”



Realizar preguntas a la persona sobre la existencia de este tipo de pensamientos ayuda a mitigar la tensión que implica su malestar y le demostramos que nos importa.

“Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice”



Este tipo de acción, en ocasiones, se puede producir sin previo aviso aunque la mayoría manifestó signos de alarma de forma verbal y no verbal.

“Quien se suicida tiene una enfermedad mental”



No siempre es por un problema mental, hay que entender que el suicidio es más un acto de desesperación y sufrimiento.

MITOS VS REALIDAD

“Sólo profesionales de psiquiatría pueden prevenir el suicidio”



Cualquier persona puede contribuir en la prevención a través de una escucha activa y una buena actitud para ayudar.

“La persona que se suicida quiere morir”



Sólo quieren parar el sufrimiento que le ocasionan sus problemas por lo que estiman la muerte como una solución.

FICHA PRÁCTICA: DEBATE

Duración	40 min	Fecha:	10/10/2022
			12/10/2022

INFORMACIÓN GENERAL	
Nombre del proyecto:	Observa y escucha: juntos podemos detener el suicidio.
Sesión	1- Inicio a la prevención del suicidio.
Objetivos	- Al terminar el debate, el 50% de participantes desarrollarán el criterio correcto sobre los mitos y creencias del suicidio.
	- El 30% de los participantes mejorará su forma de pensar ante los pacientes con ideas suicidas.
DESCRIPCIÓN	
<p>Esta actividad consistirá en un debate sobre los mitos y creencias del suicidio. A continuación se presentará algunas ideas del suicidio y se razonará en si es correcta la afirmación o no. Escuchando las diferentes opiniones de los participantes. Las afirmaciones serán las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Hablar sobre el suicidio puede incitar a cometerlo” - “Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice” - “Quien se suicida tiene una enfermedad mental” - “Sólo profesionales de psiquiatría pueden prevenir el suicidio” - “La persona que se suicida quiere morir” 	

Fuente: Elaboración propia

Factores de riesgo



14.2.2.1. Anexo 3.1

Factores de protección

Individual	Familiares	Comunitarios	Institucionales
<ul style="list-style-type: none"> -Estado de salud óptimo -Hábitos saludables y buena actitud. -Habilidad en resolución de conflictos. Adaptabilidad. -Autoconfianza y estabilidad emocional. -Sentido de esperanza y existencias de proyectos de vida . 	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilidad y apoyo familiar. -Fortalecimiento de las relaciones interpersonales. - Incremento de la resiliencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Oportunidades profesionales y educativas. Integración social. -Redes de apoyo. Apoyo a las personas con necesidades. -Acoger valores culturales y tradicionales. -Actividades para adolescentes y niños. 	<ul style="list-style-type: none"> -Formación al personal sanitario en identificar y atender a las personas con riesgo. -Sistema sanitario Universal

Sesión 2: Detección de los factores

FICHA PRÁCTICA: CASOS CLÍNICOS

Duración	40 min	Fecha:	17/10/2022
			19/10/2022

INFORMACIÓN GENERAL	
Nombre del proyecto:	Observa y escucha: juntos podemos detener el suicidio.
Sesión	2- Detección de los factores.
Objetivos	-El 50% de los asistentes después de esta clase, identificarán el nivel del riesgo que tiene el paciente a través de los factores de advertencia.
	- El 50% de los participantes, reconocerán los factores de protección que tiene el paciente para la prevención del suicidio.
DESCRIPCIÓN	
<p>Esta actividad presentará una serie de casos dónde los asistentes deberán identificar los factores de riesgo o de protección y que nivel de riesgo posee el paciente. Sé razonarán las respuestas.</p> <p>1º Caso clínico: Adolescente de 14 años con buen estado de salud y un expediente académico excelente. Participa en diferentes actividades extraescolares: baloncesto, clases de piano, etc...Expresa mucha alegría con las personas que le rodea y es muy sensible. Su estructura familiar es estable. Desde hace 4 meses, su padres refieren que ha empezado a cambiar su comportamiento, no mantiene mucha comunicación y es apática. Sus notas han bajado y falta a sus actividades.</p> <p>2º Caso clínico: Persona de 65 años con depresión crónica diagnosticada desde hace 15 años. Acude a la consulta de enfermería por control de diabetes. Vive solo. Refiere que la única persona que tiene es su hija y no tiene un buen vínculo con ella. Asiste a un centro de día de mayores; Sin embargo, menciona tener sentimientos de desesperanza y ganas de reunirse con su mujer fallecida desde hace 20 años.</p> <p>3º Caso clínico: Padre de familia de 45 años, acude a urgencias por una crisis de ansiedad debido a los problemas económicos que presenta. Proviene de un país en guerra y no tiene ayudas sociales, ni trabajo. Su esperanza es sacar adelante a su familia y darles un futuro prometedor en un lugar más tranquilo.</p>	

¡ Señales de alarma!

Verbal

- Sentimiento de desesperación y desesperanza.
- Sentimiento de soledad y abandono.
- Odio hacia sí mismo, culpa y vergüenza.
- Realizan comentarios reiterativos sobre la muerte.
- Despedidas inusuales.



No verbal

- Abandono de la imagen.
- Cambio repentino en su conducta.
- Aislamiento, anhedonia, anergia.
- Dificultades de concentración y rendimiento laboral y escolar.
- Alteraciones en el sueño y la alimentación
- Conductas y factores de riesgo.
- Cierre de asuntos pendientes.

Sesión 3: Saber observar, saber actuar

Herramientas de detección y actuación I

• Instrumentos para valorar el riesgo del suicidio

- Entrevista sobre:**
- Ideas suicidas y factores
 - Planificación
 - Consecuencias actos

- Escalas/cuestionarios:**
- SAD PERSONS
 - MINI
 - Escala SSI
 - Escala SIS

A través de la App



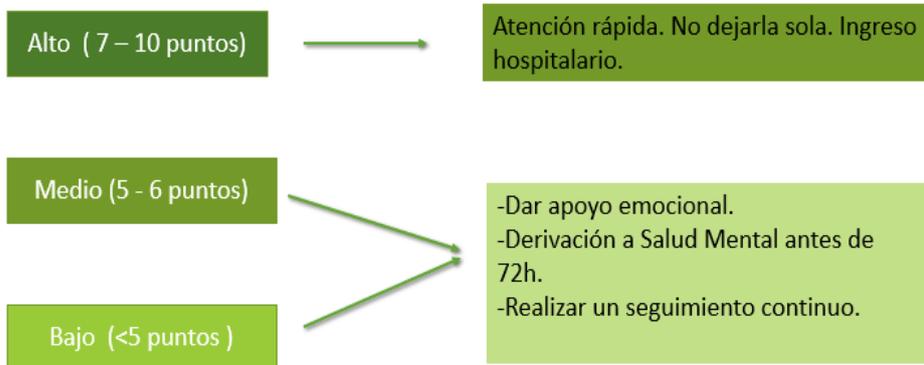
PREVENSUIC
Prevención del suicidio

FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
SPANISH FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION

Sesión 3: Saber observar, Saber actuar

Herramientas de detección y actuación I

Una vez detectada la conducta suicida a través de las escalas se valorará el nivel del riesgo:

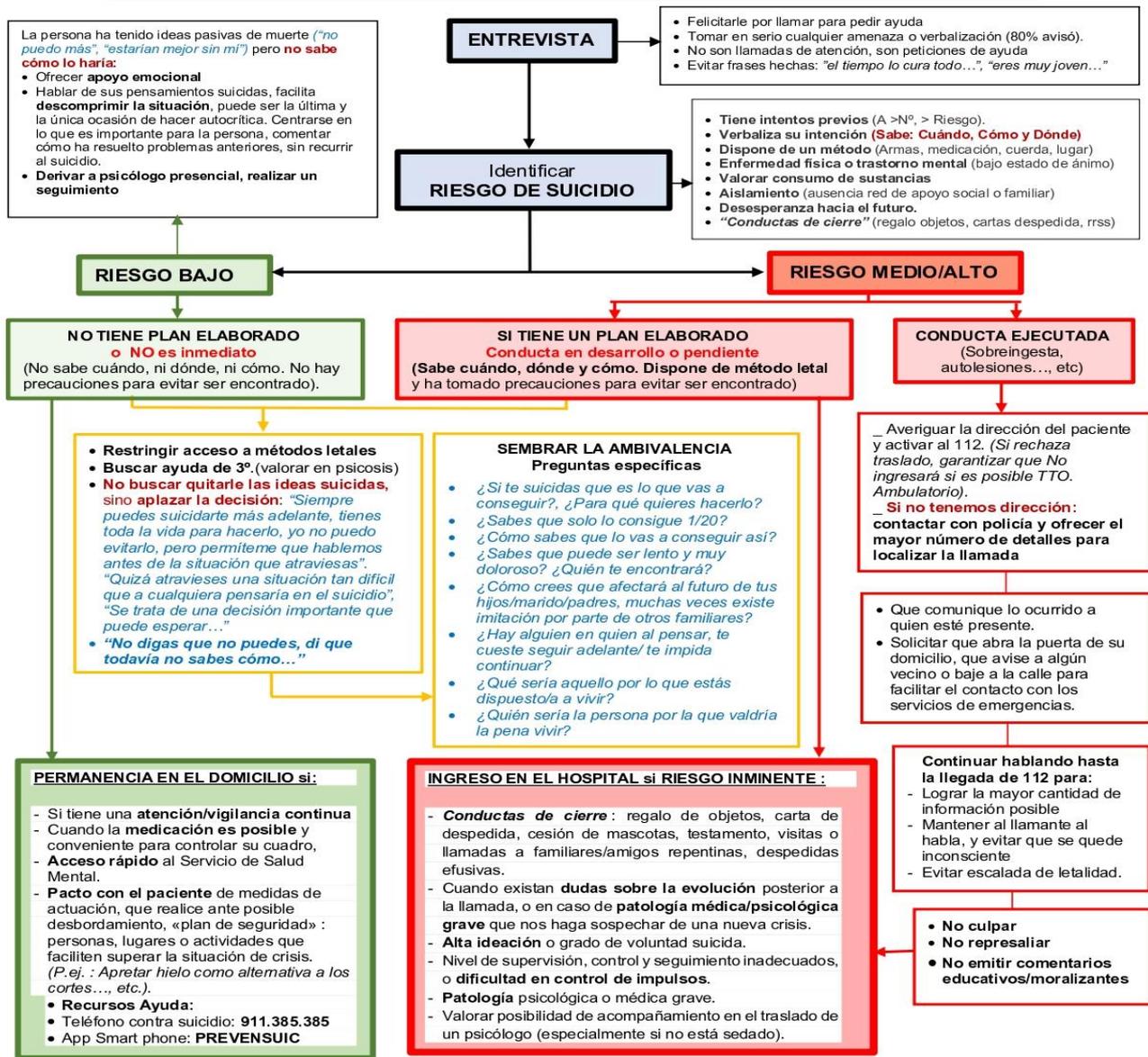


13.2.3.1 Anexo 4.1. Herramientas de detección y actuación II

Algoritmo de intervención telefónica intento del suicidio en curso

Beatriz Alba Carmona Enfermera SUMMA 112
Pedro Martín-Barrajón Morán. Psicólogos Princesa 81

PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SUICIDA



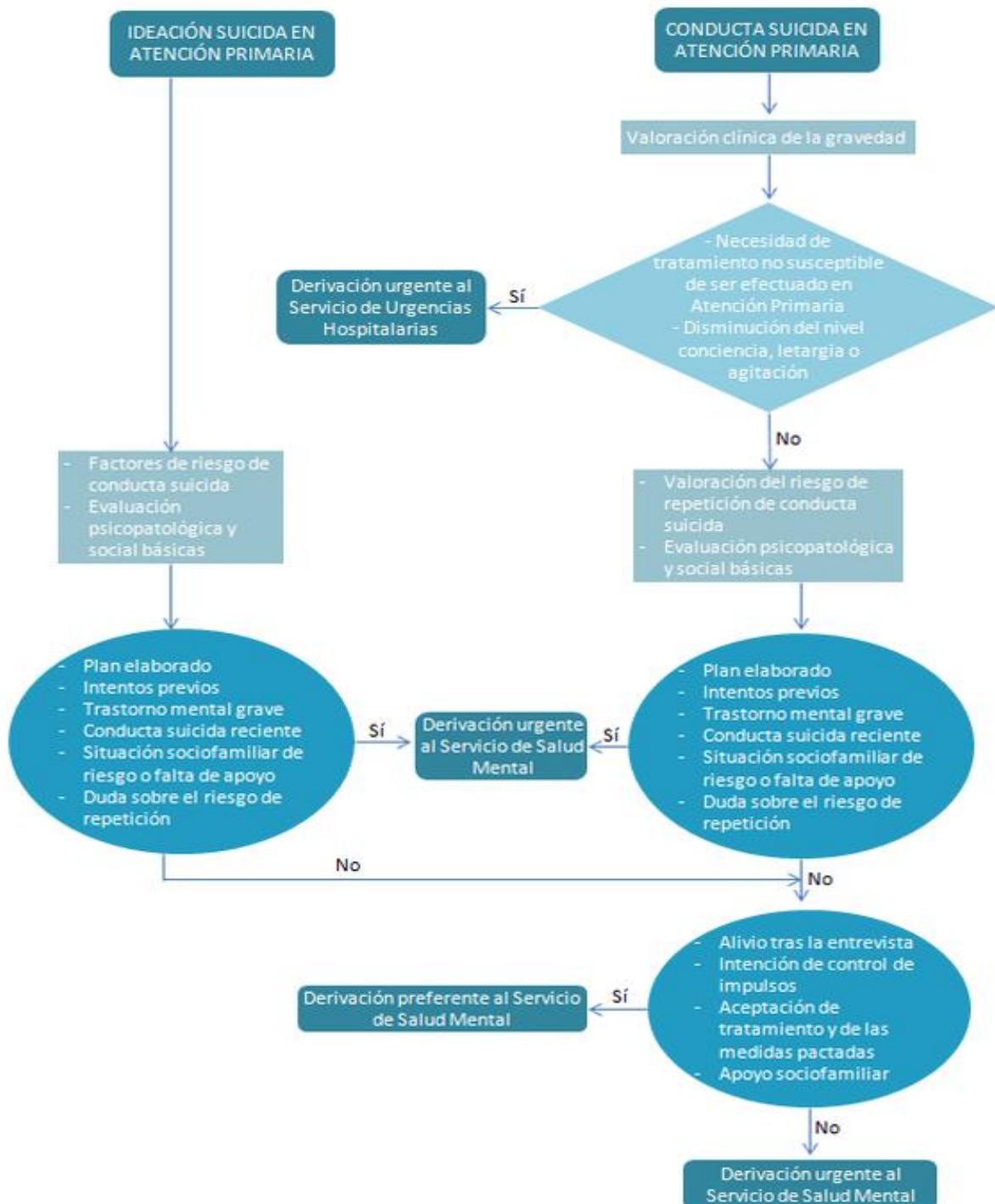
PAUTAS GENERALES EN LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA

APLAZAR LA DECISIÓN, ESCUCHAR Y VALIDAR ("Evaluación extrahospitalaria del riesgo suicida").

- Preguntar CUÁNDO, dónde (% rescate >3h), cómo (letalidad método), y por qué ha decidido hacerlo. (a > n^o respuestas afirmativas, >riesgo)
- Evitar el rol de experto. Escuchar y Validar: *Debes estar pasándolo muy mal para contemplar el suicidio como solución. Nunca he pasado por una situación tan difícil, así que no puedo ni imaginarme lo difícil que debe ser..., muchas personas tienen estas ideas a diario, pero hemos encontrado otras soluciones. Estoy seguro que en el hospital pueden brindarte la atención que te mereces, y la ayuda que necesitas.*
- Introducir algún tipo de refuerzo positivo sobre su gestión de la situación. *"El hecho de que hayas decidido llamar, a pesar de tu sufrimiento, es muy meritorio e inteligente por tu parte, muchas personas tienen estas ideas a diario. El 80% de aquellos que no lo consigieron, manifiestan que fue un error". "El suicidio es una solución eterna, para lo que a menudo es solo un problema temporal"*
- No tener prisa ni evidenciarla, siempre iremos a remolque del paciente. El tiempo juega a nuestro favor, reduce la impulsividad (¿90 min.?)
- Facilitar el drenaje emocional, es mucho más útil que empezar cuestionándole su propósito. No dejar nunca sólo si apela a nuestra confianza
- No hacer promesas que no podamos cumplir. ("Seguro que tu padre se pone bien")

NOTA: Obtenido de Carmona, B., Summa, E., Martín-Barrajón, P., Psicólogo, & Princesa, E. (2020). ALGORITMO INTERVENCIÓN TELEFÓNICA INTENTO DE SUICIDIO EN CURSO. https://www.researchgate.net/publication/341913462_ALGORITMO_INTERVENCION_TELEFONICA_INTENTO_DE_SUICIDIO_EN_CURSO

Algoritmo de decisión en Atención Primaria



Obtenido de: *Prevensiuc* (1.7). (2019). [Software]. <https://www.prevensiuc.org/soy-un-a-profesional/soy-un-profesional-de-atenci%C3%B3n-primaria/algortimo-de-decisi%C3%B3n-en-ap/>

Comunicación con un paciente con ideas suicidas



FICHA PRÁCTICA: “PRACTIQUEMOS LA COMUNICACIÓN”

Duración	45 min	Fecha:	7/11/2022
			9/11/2022

INFORMACIÓN GENERAL	
Nombre del proyecto:	Observa y escucha: juntos podemos detener el suicidio.
Sesión	5- Empatizar
Objetivos	-El 50% de los asistentes desarrollará la habilidad de saber comunicarse con una persona con ideación suicida.
	- El 50% de los participantes conseguirán tener la seguridad y actitud para actuar antes un paciente con ideación suicida.
DESCRIPCIÓN	
<p>Para esta ficha practica se desarrollará una actividad de comunicación a través de un juego de roles en el cual los docentes serán las personas con pensamiento suicidas y los participantes tendrán el papel de enfermeros. Después de cada actuación, se repasará las acciones hechas por los asistentes y los posibles errores.</p>	

14.3. Anexo 6. Evaluación

6.1.– Evaluación de actitudes y habilidades al iniciar y finalizar el programa.

-6.1.1 Evaluación de actitudes

1- Considera que es correcto hablar del suicidio con una persona con ideas suicidas.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

2- Piensa que el papel de enfermería es importante en la prevención de pacientes con ideas suicidas.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

3- Considera que la persona que recurre al suicidio es una persona débil y cobarde.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

4- Opina que todas las personas que se han suicidado han tenido algún problema de salud mental.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

5- Piensa que si alguien intenta suicidarse es asunto suyo y no se debería intervenir.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

-6.1.2 Evaluación de habilidades.

1. Si encuentra una persona con ideas suicidas sabría cómo comunicarse con ella.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

2. En su consulta o servicio cree que podría detectar las señales de alarma de un paciente suicida.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

3. Piensa que posee la capacidad adecuada para ayudar a un paciente con ideas suicidas.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

4. Conoce y usaría las herramientas de detección y prevención para valorar un paciente con ideas suicidas.

- 1.Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo

- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

5. Sería capaz de llevar al cabo el protocolo adecuado si llega un paciente que ha intentado suicidarse

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

6.2 - Evaluación de conocimientos.

Cuestionario para el certificado de formación

Instrucciones: este cuestionario se compone de 10 preguntas con tres posibles respuestas cada una. Cada cuestión contiene solo una respuesta correcta. Recuerde que debe responder el 75% de las respuestas correctamente para obtener el certificado. Las respuestas incorrectas restan 0.33 puntos.

- 1- La postvención es :
 - a- Acción que se realiza durante el suicidio.
 - b- Hecho en el que una persona se autolesiona o tiene intención de hacerlo.
 - c- Actuaciones que se realizan a supervivientes dirigidas a ayudar a superar el duelo o evitar la repetición del acto.
- 2- Una persona que ha tenido un familiar que se ha suicidado o quién realiza un acto suicida y sobrevive es:
 - a- Un valiente
 - b- Un superviviente o sobreviviente
 - c- Un suicida
- 3- Son factores de riesgo del suicidio :
 - a- Adicción a drogas, problemas socioeconómicos, barreras para obtener acceso a la salud.
 - b- Autoconfianza, estabilidad y apoyo familiar, adicción a drogas.
 - c- Redes de apoyo, pérdidas y guerras, incremento de la resiliencia.
- 4- Adolescente de 15 años con actitud positiva y buen estado de salud, es sociable y tiene muy buena relación con su familia y amigos. Se compone de factores de:

- a- Riesgo
 - b- Protección
 - c- Ambos
- 5- Son señales de alarma verbal:
- a- Hace comentarios de odio hacia sí mismo y realiza despedidas inusuales.
 - b- Comportamiento positivo y propósitos de vida.
 - c- Cambio repentino en su conducta.
- 6- Los instrumentos para valorar el riesgo de suicidio son:
- a- Realizar una entrevista al paciente en un sitio tranquilo.
 - b- Escalas/cuestionarios : SAD PERSONS, MINI.
 - c- a y b son instrumentos para valorar el riesgo.
- 7- Si en la escala de valoración, el paciente tiene un nivel medio en riesgo de suicidio que intervención es la más correcta:
- a- Dejarlo estar y no mencionar nada sobre el tema.
 - b- Dar apoyo emocional, derivar a salud mental ante de 72h y hacer un seguimiento.
 - c- Realizar una atención rápida e ingresar al hospital.
- 8- Un abandono de la imagen, aislamiento y alteraciones en el sueño y la alimentación. Son señales de alarma:
- a- Verbal
 - b- No verbal
 - c- Ambas
- 9- Respecto a la comunicación con un paciente con ideas suicidas, lo que necesita de nosotros es:
- a- Escuchar pero restarle importancia a su sufrimiento.
 - b- Ofrecer apoyo, escuchar sin juzgar y acompañar.
 - c- No entender porque quiere suicidarse.
- 10- Para realizar una correcta comunicación con un paciente con ideas suicidas:
- a- Se debe empatizar, transmitirle tranquilidad y esperanza.
 - b- Tomar en serio cualquier signo de esperanza .
 - c- Ambas son correctas.

Fuente: Elaboración propia

6.2 Cuestionario de satisfacción

1-Indique su valoración sobre el programa a través de una escala del 1 a 5, siendo el 1 el valor más bajo y 5 el más alto.

Cuestiones	Puntuación (1 – 2 – 3 – 4 – 5)
La organización de la sesiones ha sido adecuada	
Duración de las sesiones	
Horario de las sesiones	
El lugar y ambiente donde se impartió las charlas	
Las herramientas para el aprendizaje: Materiales suficientes	
El contenido de las sesiones	
El nivel de conocimiento ha sido suficiente	
El profesorado	
Este proyecto ha cumplido con sus expectativas	

2- Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Recomendaría este programa de educación para más profesionales de salud?
- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora para este programa?

Fuente: Elaboración propia

15. Bibliografía consultada

ANSEÁN RAMOS, A. (2014). *Suicidios : manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2ª edición revisada ed.) Fundación Salud Mental España.

CAMPILLO SERRANO, C, & FAJARDO DOLCI, G. (2021). *Prevención del suicidio y la conducta suicida. Gaceta médica de México*, 157(5), 564-569. Epub 13 de diciembre de 2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>

CARMONA-NAVARRO, M. C., & PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. (2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: Influencia de la inteligencia emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1161–1168. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>

CORONA MIRANDA, B., HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M., & GARCÍA PÉREZ, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0–0. <http://ref.scielo.org/rkqybb>

ELENFERMERODEPENDIENTE. (2021, 18 junio). Suicidio en el profesional sanitario: Un análisis y 7 claves si estás al otro lado del teléfono. *elenfermerodependiente*. <https://elenfermerodependiente.com/2021/06/18/suicidio-en-el-profesional-sanitario-un-analisis-y-7-claves-si-estas-al-otro-lado-del-telefono/>

Fundación Española para la prevención del suicidio. (2019). *Observatorio del Suicidio en España 2019. Andalucía*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2019/andalucia/>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2020). *Observatorio del Suicidio en España 2020*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (s.f.). *Vivir es la salida: Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*.

http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

INE. (2020). *Suicidios por mes de defunción, sexo y edad* [Gráfico]. <https://www.ine.es>

INE. (2021). *Defunciones por causa (listas reducida) por sexo y grupos de edad* [Gráfico]. <https://www.ine.es>

JARAMILLO ESTRADA, J. C., CARMONA PARRA, J. A., NARVÁEZ MARÍN, M., & CARMONA GONZÁLEZ, D. E. (2017). Capítulo 2: El suicidio en el pensamiento occidental: cuatro momentos. En *El suicidio y otros comportamiento autodestructivos en jóvenes universitarios en Colombia y Puerto Rico: acciones, interacciones y significaciones*. (pp. 37–54). Universidad de Manizales.

MARTÍN-BARRAJÓN MORÁN, P. (2021, 18 Julio) Pedro Martín-Barrajón: "El suicidio es un problema de salud pública urgente en el que todos tenemos nuestra cuota de responsabilidad". *El Mundo*.

<https://www.elmundo.es/papel/historias/2021/07/17/60f01bfc6c83f92b8b4586.html>

MARTÍN-BARRAJÓN, P., & ALFARO FERRERES, E. (2021, 15 diciembre). Cómo ayudar a una persona que ha pensado en quitarse la vida: ¿cuáles son las señales de alarma? ¿qué no debemos hacer nunca? *El mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/09/10/6137448f21efa0d2618b45a1.html>

NNNConsult. (2015). Elsevier. <https://www-nnnconsult-com.ezproxy.universidadeuropea.es/>

OMS. (2021, 17 junio). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 junio). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) by WHO regions, 2019* [Gráfico]. Suicide worldwide in 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Global suicides, by age and country income level (thousands), 2019* [screenshot]. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>

Organización Mundial de la Salud. (2021c, junio 16). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates* [Conjunto de datos]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>