



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**



**Curso 2022-2023**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**Percepción de la atención integral  
prestada por personal de  
emergencias en el intento autolítico**

**Carolina Bezos Goday**

**Tutor/a: M<sup>a</sup> José de Dios Duarte**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaria agradecer a mi tutora la Dra. María José De Dios Duarte por su implicación y el tiempo dedicado a ayudarme en la elaboración de este trabajo. Así como la confianza depositada en mí para seguir la línea de investigación que la propuse en un primer momento.

En segundo lugar agradecer a mis compañeros del Grado de Enfermería que me han acompañado y que han hecho de estos 4 años una experiencia inmejorable.

Por último, mostrar mi agradecimiento a mi familia, a mis amigos y a Juan por ser mi red de apoyo y acompañarme en cada paso.

## **Resumen**

**Introducción:** El aumento de los suicidios en los últimos años se relaciona directamente con un incremento de las personas que lo intentan. Los intentos autolíticos se han convertido en un problema frecuente en los servicios de emergencia de nuestro país. Según diversos estudios consultados la atención prestada a los pacientes con intento autolítico en los servicios de emergencias no es integral.

**Objetivos:** Analizar la percepción de los profesionales sanitarios ante la atención integral a pacientes con intento autolítico en los servicios de emergencia

**Metodología:** se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo en el que se recogió la información a partir de un cuestionario de elaboración propia autoadministrado. Una vez obtenidos los resultados se realizó un análisis estadístico y se elaboró una escala que nos permite medir la percepción de los profesionales sanitarios ante la atención integral a pacientes con intento autolítico en los servicios de emergencia.

**Resultados:** La percepción sobre la atención integral en pacientes con intento autolítico de los profesionales sanitarios de los servicios de emergencia según la escala elaborada, corresponde a un nivel moderado. Se obtuvo también que la variable categórica “nivel de estudios”, tiene relación con este nivel de percepción.

**Conclusión:** tras analizar los resultados obtenidos, se puede concluir que el cuidado prestado a los pacientes con intento autolítico en los servicios de emergencia no es integral. Además, se pone de relieve la importancia de la formación para el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** percepción, intento autolítico, emergencias, atención integral

## **Summary**

**Introduction:** The increase in suicides in recent years is directly related to an increase in the number of people who attempt suicide. Self-injury attempts have become a frequent problem in the emergency services of our country. According to various studies consulted, the care provided to patients with self-harm attempts in the emergency services is not comprehensive.

**Objectives:** To analyze the perception of health professionals regarding the comprehensive care provided to patients with self-injury attempts in the emergency services.

**Methodology:** a descriptive observational study was carried out in which information was collected from a self-administered questionnaire. Once the results were obtained, a statistical analysis was performed, and a scale was elaborated to measure the perception of health professionals regarding the comprehensive care of patients with autolytic intent in the emergency services.

**Results:** According to the scale elaborated, the perception of the health professionals of the emergency services regarding the comprehensive care of patients with a self-injury attempt corresponds to a moderate level. It was also found that the categorical variable "level of studies" is related to this level of perception.

**Conclusion:** after analyzing the results obtained, it can be concluded that the care provided to patients with autolytic intent in the emergency services is not comprehensive. In addition, the importance of training for the adequate management of this type of patient is highlighted.

**Key words:** perception, self-injury attempt, emergencies, comprehensive care.

## ÍNDICE

<b>1.INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2.JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
4.1. PARTICIPANTES .....	9
4.2 PROCEDIMIENTO.....	10
4.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	10
4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	11
<b>5.RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>6.DISCUSIÓN .....</b>	<b>25</b>
<b>7.CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
7.1.LIMITACIONES Y FORTALEZAS .....	28
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>29</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

1.Tabla 1 .....	9
2.Tabla 2 .....	14
3.Tabla 3 .....	16
4.Tabla 4 .....	17
5.Tabla 5 .....	19
6.Tabla 6 .....	19
7.Tabla 7 .....	20
8.Tabla 8 .....	21
9.Tabla 9 .....	21
10.Tabla 10 .....	21
11.Tabla 11 .....	22
12.Tabla 12 .....	22
13.Tabla 13 .....	23
14.Tabla 14 .....	23
15.Tabla 15 .....	24

## ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura 1 .....	5
2. Figura 2 .....	6

## 1.INTRODUCCIÓN

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diferencia tres conceptos diferentes: acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente del grado de intención letal”; suicidio consumado como “acto suicida con desenlace mortal”; y por último añade otro término, el intento de suicidio, que se define como “la tentativa autolítica sin llegar a causar la muerte” [1].

Hay múltiples razones por las que una persona puede llegar a cometer un acto suicida, en este caso se dividen los factores de riesgo más importantes en dos grupos: factores de riesgo personales y sociofamiliares y contextuales [2].

**Factores de riesgo personales** [2,3]):

- **Factores psicológicos:** las patologías que más se relacionan con intentos de autólisis son la ansiedad y la depresión mayor que afectan tanto a hombres como a mujeres de manera similar.  
En lo relativo a las mujeres encontramos otros trastornos relacionados con este tipo de actos, como son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos distímicos. También existen determinados rasgos de la personalidad como impulsividad o perfeccionismo que pueden incrementar el riesgo de conductas suicidas.[4]
- **Consumo de alcohol y drogas:** el consumo excesivo de estas sustancias está relacionado con el aumento del riesgo de cometer actos suicidas.
- **Edad:** en los últimos años el suicidio se ha convertido en una de las principales causas de muerte no natural, siendo los rangos de edad con mayor riesgo las personas de entre 15 y 25 años y los mayores de 65 años [5].
- **Sexo:** según demuestran diversos estudios existen claras diferencias entre hombres y mujeres. Son los hombres quienes llevan a cabo un mayor número de suicidios consumados, superando en 2 o 3 veces a las mujeres, mientras que son estas las que más intentos autolíticos cometen, superando 3 veces la cifra de los hombres [6].

- **Desesperanza:** La desesperanza, por su parte, está relacionada en el modelo desarrollado por A. T. Beck y sus colaboradores, con sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, correlacionando significativamente con ideaciones y tendencias suicidas: a mayor nivel de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad, por tanto, de materializar una conducta suicida [7].
- **Discapacidad o enfermedad física:** según diversos estudios enfermedades como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) o la Esclerosis Múltiple aumenta notablemente el riesgo de suicidio, siendo éste mayor en los seis meses posteriores al diagnóstico. La enfermedad física está detrás del 25% de los casos de suicidio consumado.
- **Intentos previos:** es el factor de riesgo más relevante para llevar a cabo un nuevo intento de autólisis, siendo el riesgo 100 veces más elevado que en la población en general. Este incremento del riesgo se prolonga hasta los 6-12 meses del intento previo.

#### **Factores de riesgo sociofamiliares y contextuales [2,3]:**

- **Disfunción familiar:** personas solteras, viudas, con escasa cohesión y apoyo familiar, o divorciadas son grupos con un mayor riesgo de conducta suicida, destacando los hombres divorciados como principal grupo de riesgo dentro de este factor, sobre todo en los primeros meses tras la separación o muerte de la persona amada.
- **Situaciones de acoso/bullying:** la disfunción de las relaciones entre iguales, así como la vivencia de situaciones de acoso en el ámbito escolar y social sobre todo durante la infancia y adolescencia provoca desequilibrios en el desarrollo de la personalidad de las personas que lo sufren. El riesgo de conducta suicida aumenta de 2 a 10 veces en personas víctimas de acoso.



- **Nivel socioeconómico:** las personas en situación de desempleo de larga duración presentan un mayor número de intentos de suicidio. Además, eventos estresantes como pueden ser la jubilación o la pérdida del empleo dan lugar a un incremento del riesgo. En el caso de las personas entre 25 y 34 años, la situación de inestabilidad laboral puede tener un impacto negativo incrementando el riesgo de conductas suicidas.

Además de factores de riesgo existen también **factores protectores**, es decir, factores que disminuyen el riesgo de cometer un acto suicida [3].

- **Resiliencia:** según Lazarus y Folkman (1986) es el crecimiento personal que experimenta un individuo cuando se enfrenta a situaciones difíciles y complicadas [8]. Aquellas personas cuya personalidad tiene una mayor capacidad de resolución de problemas y de superación de las adversidades cuentan con un importante decremento del riesgo de suicidio.
- **Accesibilidad al sistema de salud:** el 50% de las personas que llevan a cabo un acto suicida ha contactado previamente con su médico de atención primaria.
- **Red de apoyo social y familiar:** este factor es especialmente relevante en la población más joven, sobre todo, en adolescentes.
- **Creencias y prácticas religiosas:** esto lleva a tener una mayor red de apoyo social formada por las personas que siguen las mismas creencias. Además, hay que tener en cuenta la connotación moral que supone para la mayoría de las religiones el suicidio.
- **Restricción de acceso a medios letales:** el no disponer de medios para llevar a cabo el acto suicida disminuye entre un 30% y 50% las tasas de suicidio.

Los métodos empleados para llevar a cabo el acto suicida son muy diversos, y dependen del entorno del sujeto. Así, en los entornos rurales se producen más suicidios relacionados con ahorcamientos, muertes mediante el uso de escopetas y en los entornos urbanos son más comunes las precipitaciones, los saltos a las vías del tren o el consumo de algún tipo de medicamento que facilite la muerte, también las profesiones influirán en la elección del método de suicidio. En general, el más frecuente en las zonas rurales es el ahorcamiento seguido de la precipitación desde lugares elevados en las zonas urbanas y, en tercer lugar, la ingesta masiva de medicamentos. También el sexo influye en esta variable, por ejemplo, en las mujeres la frecuencia de precipitación es mayor al ahorcamiento, y lo contrario ocurre en el caso de los hombres [3]. Las mujeres se deciden por hacer uso de métodos menos efectivos generalmente, mientras que los hombres hacen uso de métodos que resultan más ejecutores.

El suicidio se ha convertido en los últimos años en un importante problema de salud en nuestra sociedad. Según datos de las OMS, las defunciones por suicidio en el mundo en el año 2019 superaron las 700.000 personas, de modo que hubo más muertos por esta causa que por otras como el VIH, el cáncer de mama... [9].

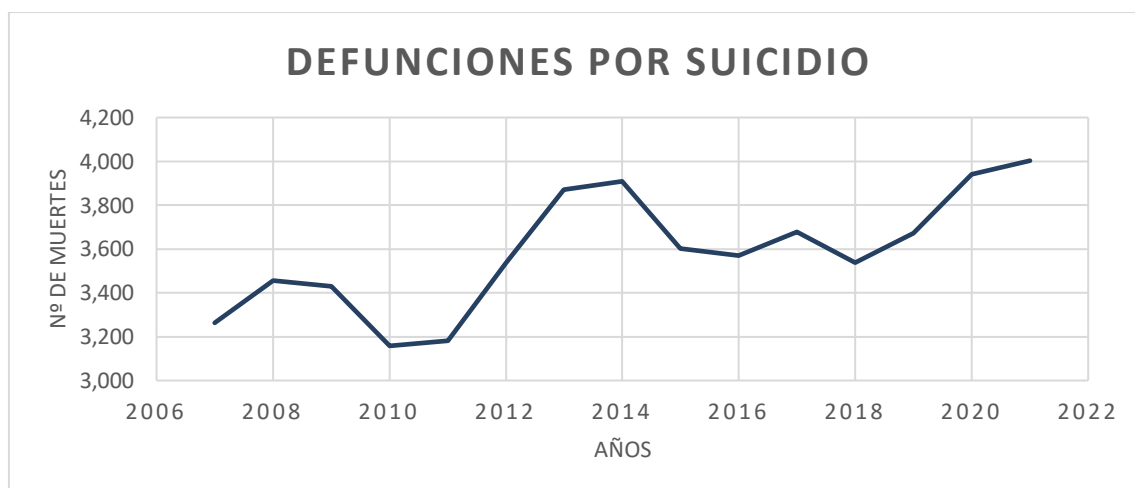
Estos datos hacen que el suicidio llegue a situarse como una de las cinco principales causas de muerte en personas entre 15 y 19 años, encabezando la lista en algunos países [9], y como la tercera causa de muerte en la franja de 15 y 44 años [10].

La tasa de suicidios consumados según el sexo muestra una cifra de 12,6 por 100.000 en hombres, más del doble que la tasa de las mujeres, siendo ésta 5,4 por 100.000 mujeres.

La media mundial de suicidios en 2019 fue de 9,0 por 100.000 habitantes, cifra que en África llegó a alcanzar 11,2 por 100.000, en Europa los 10,5 por 100.000 y en Asia Sudoriental los 10,2 por 100.000 [9].

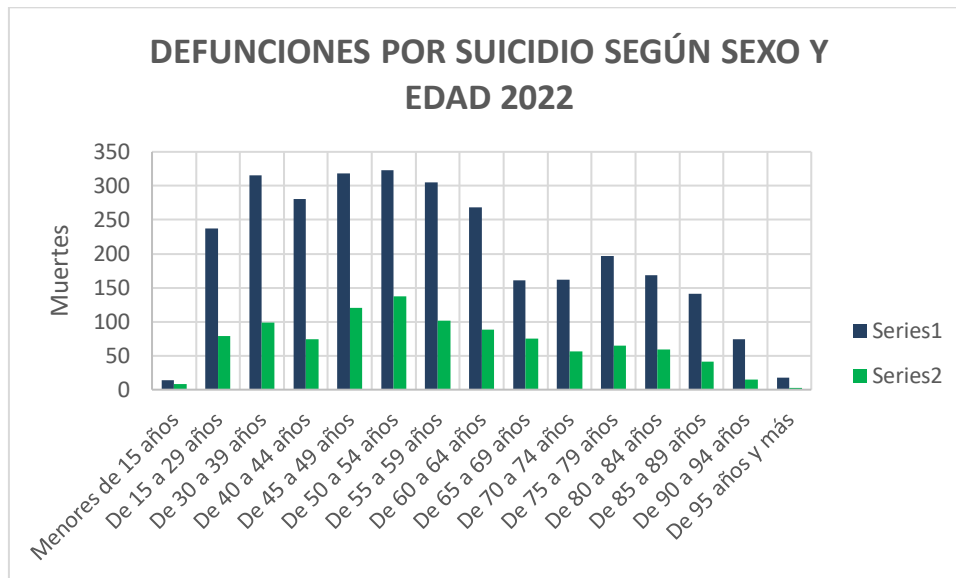
En lo relativo a nuestro país los datos son igual de alarmantes. En 2020 las muertes por suicidio se convirtieron en la primera causa de muerte no natural, superando las muertes por accidentes de tráfico, homicidios o violencia de género.

En 2021 se registraron en España 4.003 muertes por suicidio, siendo esta la cifra más alta registrada desde que se recogen datos. Los últimos datos que se han podido encontrar corresponden a los provisionales recogidos por el INE en el primer semestre de 2022, donde los suicidios se siguen manteniendo como la primera causa de muerte externa en nuestro país alcanzado las 2.015 defunciones por suicidio y superando en un 5,1% los datos de este mismo período en 2021 [10]. En la siguiente gráfica podemos observar la tendencia al alza de los últimos años llegando a superar máximos durante dos años consecutivos, 2020 y 2021 [11].



*Figura 1. Defunciones por suicidio en España [12]. Elaboración propia*

En los siguientes gráficos se muestra la evolución de los suicidios en España del año 2000 a 2021 según el sexo y los rangos de edad.



*Figura 2. Defunciones por suicidio en España según sexo y edad [13]. Elaboración propia*

Las cifras recogidas y que se han mostrado anteriormente incluyen únicamente las muertes por suicidio, es decir, los suicidios consumados, pero debemos tener en cuenta que por cada persona que lo consigue se estima que otras 10 o 20 lo intentan. Por tanto, el aumento del número de suicidios consumados en los últimos años se relaciona directamente con un importante incremento de los intentos de suicidio.

Durante los últimos años debido a este incremento de la incidencia de intentos autolíticos en nuestra población, estos se han convertido en una importante causa de demanda de atención sanitaria, convirtiéndose en un problema presente casi a diario en los servicios de urgencias y emergencias de nuestro país.

Según la bibliografía consultada, existen investigaciones que muestran que la atención a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y emergencias por un intento autolítico no es integral. En estos estudios se recogen varias razones por las que este cuidado es inferior a las necesidades requeridas por este tipo de pacientes, entre las que se pueden destacar: la falta de tiempo a causa de la dinámica de estos servicios, la falta de formación de los profesionales acerca de cómo tratar a este tipo de pacientes y, el enfoque de atención centrado principalmente en lo físico y lo biológico dejando atrás otras parcelas del ser humano [14].

## **2.JUSTIFICACIÓN**

Este estudio se plantea en respuesta al aumento de la incidencia de los intentos autolíticos en los últimos años. En él, se quiere conocer la percepción de los profesionales que trabajan en emergencias sobre la atención prestada a los pacientes con intento autolítico en nuestro país.

Para ello, se ha llevado a cabo la elaboración de una herramienta cuantitativa basándonos en los resultados obtenidos en estudios cualitativos previos realizados en personal sanitario sobre la atención prestada en los casos de intento de suicidio.

El objetivo de este estudio fue el de conocer la percepción de los profesionales sanitarios que trabajan en los servicios de emergencias sobre si la atención prestada a los pacientes que acuden por intentos autolíticos es integral

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal:**

- Analizar la percepción de los profesionales sanitarios ante la atención integral a pacientes con intento autolítico en los servicios de emergencias.

#### **Objetivo específico:**

- Analizar los factores que influyen en la percepción del personal sanitario de los servicios de emergencias ante la atención integral a los pacientes con intento autolítico .

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Participantes

Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado en profesionales que trabajan en Servicios de Emergencias en distintas comunidades autónomas.

El tamaño de la muestra final fue de 89 (n=89). De los cuales 25 fueron hombres y 63 mujeres.

Los criterios de inclusión y exclusión para participar en el fueron:

*Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra*

<b>Criterios de inclusión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Profesionales sanitarios</li><li>• Trabajadores en servicios de emergencias</li></ul>
<b>Criterios de exclusión</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Profesionales sanitarios que cumpliendo los criterios de inclusión declarasen tener algún tipo de enfermedad psicológica o psiquiátrica</li></ul>

Previamente a la puesta en marcha de la recogida de datos para la realización del estudio se solicitó la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Hospital Clínico Universitario (CEIm) del Área de Salud Valladolid Este.

Además, se elaboró y adjuntó al cuestionario un consentimiento informado, para obtener la autorización de todos los participantes en el estudio. En él se les informó acerca del carácter voluntario y anónimo del cuestionario, y de la finalidad del tratamiento de sus datos.

Con todo esto se garantiza el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales [15]

## **4.2 Procedimiento**

Los datos fueron recogidos a partir de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia mediante el programa informático Google Forms.

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la que se obtuvo la información necesaria para la elaboración del cuestionario. Para ello, se utilizó Google Scholar y bases de datos como PubMed, Scielo o Cochrane.

Como descriptores se usaron; intento autolítico, suicidio, profesionales, enfermería, urgencias, emergencias y atención integral; que se combinaron con el operador booleano “AND”. Con el fin de acotar los resultados de búsqueda se añadieron filtros: artículos publicados en los últimos 10 años, de ciencias de la salud, disponibilidad de texto completo y cuyo idioma fuera español, inglés, francés o portugués.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia creado a través del programa informático Google Forms y que fue difundido por la red social WhatsApp desde el 2 de marzo de 2023 hasta el 24 de marzo de 2023. Los datos obtenidos se trasladaron a un documento de Microsoft Excel y posteriormente se analizaron en el programa informático IBM SPSS Statistics 26.

## **4.3. Instrumentos de medida**

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado de elaboración propia, en el que se recogen los principales factores que según la bibliografía consultada pueden dificultar una atención integral de los pacientes con intento autolítico en los servicios de emergencias.

El cuestionario además de recoger varias variables sociodemográficas y nominales (sexo, edad, Comunidad Autónoma de residencia, provincia de residencia, nivel de estudios, profesión y padecimiento de algún trastorno psicológico o enfermedad psiquiátrica) recoge premisas afirmativas basadas en los estudios cualitativos mencionados anteriormente relacionados con nuestra temática. Las premisas fueron agrupadas en 6 secciones: Atención integral, Formación, Dinámica del servicio, Comunicación con el paciente, Comunicación



con la familia y Equipo multidisciplinar.

Cada una de las afirmaciones es evaluada a partir de una escala tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

#### **4.4. Análisis estadístico**

Una vez se cerró el cuestionario se analizaron los resultados obtenidos con el programa informático IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

En primer lugar, se realizaron varios análisis de alfa de Cronbach. A partir de los valores que se fueron obteniendo se descartaron aquellos ítems que debilitaban el alfa de Cronbach y hacían que la escala elaborada perdiera fiabilidad

Finalmente, y tras varios análisis se seleccionaron 12 ítems que medían la percepción de la atención integral de los profesionales que trabajan en emergencias en los casos de intento autolítico. El alfa de Cronbach fue de 0.880.

Para seguir profundizando en el análisis y la validez externa de la escala creada se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales, en concreto se realizó un análisis Varimax. Previamente y para determinar si era procedente este tipo de análisis se utilizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin. Y también las matrices anti-imagen de covarianzas y correlación de modo que se pudo observar la medida de aportación de cada uno de los ítems a la medida de la percepción total de la escala. El análisis de componentes principales se utilizó para agrupar los ítems en los componentes principales que constituyen la escala definitiva.

Una vez determinado que la escala medía aquello que queríamos medir se realizó de nuevo el análisis del alfa de Cronbach de los ítems de la escala total y de cada uno de los componentes principales y se procedió a utilizar la escala creada para analizar los resultados recogidos en la muestra.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo a través de la media y desviación típica. Y también teniendo en cuenta algunas de las variables sociodemográficas tales como el sexo, la edad y la influencia de la comunidad autónoma en la que el profesional residía.

La escala de percepción de la atención integral prestada se interpreta como como una percepción baja del cuidado integral prestado si el valor de la media del sumatorio de todos los ítems se encuentra entre 12 a 24 como una percepción media del cuidado integral prestado si está entre 24 a 36 como una percepción moderada del cuidado integral prestado, si es de 37 a 48 y como una percepción alta del cuidado integral prestado si se encuentra entre valores de 49 a 60.

## **5.RESULTADOS**

La muestra piloto en la que se llevó a cabo el diseño y construcción de la escala estuvo formada por 35 participantes. De estos el 52 % fueron mujeres y el 48% hombres con edades comprendidas entre 21 y 60 años. La media de edad fue de 41 años.

Se diseñó una escala teniendo en cuenta los comentarios informales de profesionales de Enfermería en relación a cuestiones que ellos interpretaban dentro de la atención integral de 23 ítems.

Estos ítems se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Ítems iniciales

ÍTEMS INICIALES
Los pacientes que llegan al servicio de urgencias/emergencias por un intento autolítico sufren algún tipo de enfermedad psiquiátrica
Los pacientes que acuden al servicio de urgencias/emergencias tras un intento de autólisis reciben una atención integral.
La atención que se presta a los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias se basa en los cuidados técnicos y clínicos.
La atención a la familia/acompañantes del paciente que llega al servicio de urgencias/emergencias por intento de autólisis entra dentro de las funciones de enfermería
La asistencia que se presta a los pacientes por intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias abarca las esferas física, emocional y social.
Cuento con suficientes recursos psicológicos y sociales para prestar un cuidado integral a los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias
He recibido formación específica respecto a cómo tratar a los pacientes que llegan al servicio de urgencias/emergencias con intentos autolíticos
La formación recibida respecto al cuidado de los pacientes con intentos autolíticos, que acuden al servicio de urgencias/emergencias, cuando he sido profesional es suficiente/adecuada
He sido formado para proporcionar un cuidado adecuado a los pacientes con intentos autolíticos que acuden al servicio de urgencias/emergencias
La formación recibida respecto al cuidado de los pacientes con intentos autolíticos cuando he sido estudiante es suficiente/adecuada
Conozco protocolos de atención a los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias
El establecimiento de protocolos acerca de cómo tratar a los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias ayudaría a mejorar su cuidado
Es necesaria una mayor formación de los profesionales sanitarios sobre la atención que debe realizarse a los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias
El tiempo empleado en la atención de los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias es el adecuado
Yo cuento con herramientas suficientes para establecer una comunicación satisfactoria con los pacientes que realizan un intento autolítico
En el servicio de urgencias/emergencias se establece una relación de escucha activa y empática en el paciente con intento autolítico
En el servicio de urgencias /emergencias , la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes que han llevado a cabo un intento autolítico es adecuada
La información facilitada a la familia durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias/emergencias en el caso de los pacientes con intentos autolíticos es adecuada/ suficiente
La comunicación del equipo sanitario con la familia en el caso de los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias /emergencias es adecuada

Considero que los pacientes con intentos autolíticos deben recibir atención psicológica en el servicio de urgencias/emergencias
Considero que los pacientes con intentos autolíticos deben recibir atención social en el servicio de urgencias/emergencias
La atención psicológica en el servicio de urgencias/emergencias hacia los pacientes con intentos autolíticos es adecuada
Considero importante la actuación los trabajadores sociales en la atención a los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias

El primer resultado del alfa de Cronbach de la escala fue de 0,796. Se descartaron los ítems que puntuaban por debajo del valor 0,8.

Se descartaron los ítems que figuran a continuación: TABLA 3.

*Tabla 3. Ítems descartados*

ÍTEMS DESCARTADOS
La asistencia que se presta a los pacientes por intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias abarca las esferas física, emocional y social.
Cuento con suficientes recursos psicológicos y sociales para prestar un cuidado integral a los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias
He recibido formación específica respecto a cómo tratar a los pacientes que llegan al servicio de urgencias/emergencias con
La formación recibida respecto al cuidado de los pacientes con intentos autolíticos, que acuden al servicio de urgencias/emergencias, cuando he sido profesional es suficiente/adecuada
He sido formado para proporcionar un cuidado adecuado a los pacientes con intentos autolíticos que acuden al servicio de urgencias/emergencias
La formación recibida respecto al cuidado de los pacientes con intentos autolíticos cuando he sido estudiante es suficiente/adecuada
Conozco protocolos de atención a los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias
El tiempo empleado en la atención de los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias es el adecuado
Yo cuento con herramientas suficientes para establecer una comunicación satisfactoria con los pacientes que realizan un intento autolítico
En el servicio de urgencias/emergencias se establece una relación de escucha activa y empática en el paciente con intento autolítico
En el servicio de urgencias /emergencias , la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes que han llevado a cabo un intento autolítico es adecuada
La información facilitada a la familia durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias/emergencias en el caso de los pacientes con intentos autolíticos es adecuada/ suficiente
La comunicación del equipo sanitario con la familia en el caso de los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias /emergencias es adecuada
Considero que los pacientes con intentos autolíticos deben recibir atención psicológica en el servicio de urgencias/emergencias
La atención psicológica en el servicio de urgencias/emergencias hacia los pacientes con intentos autolíticos es adecuada

El alfa de Cronbach obtenido tras la eliminación de los ítems anteriores dio como resultado 0,860.

Se afinó el alfa de Cronbach y se eliminó un ítem más, en concreto se eliminó el ítem: “La asistencia que se presta a los pacientes por intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias abarca las esferas física, emocional y social”.

Tras haber realizado los análisis estadísticos expuestos de fiabilidad, el cuestionario quedó reducido a 12 ítems de los 23 iniciales, en función del valor del Alfa de Cronbach. Los ítems finales se muestran en la tabla 4.

*Tabla 4. Ítems seleccionados*

<b>COMPONENTE PRINCIPAL 1</b>
La información facilitada a la familia durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias/emergencias en el caso de los pacientes con intentos autolíticos es adecuada/ suficiente.
La comunicación del equipo sanitario con la familia en el caso de los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias /emergencias es adecuada.
En el servicio de urgencias /emergencias, la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes que han llevado a cabo un intento autolítico es adecuada.
En el servicio de urgencias/emergencias se establece una relación de escucha activa y empática en el paciente con intento autolítico.
El tiempo empleado en la atención de los pacientes con intentos autolíticos en el servicio de urgencias/emergencias es el adecuado.
Conozco protocolos de atención a los pacientes con intento autolítico en el servicio de urgencias/emergencias.
Yo cuento con herramientas suficientes para establecer una comunicación satisfactoria con los pacientes que realizan un intento autolítico.
<b>COMPONENTE PRINCIPAL 2</b>

He recibido formación específica respecto a cómo tratar a los pacientes que llegan al servicio de urgencias/emergencias con intentos autolíticos.
He sido formado para proporcionar un cuidado adecuado a los pacientes con intentos autolíticos que acuden al servicio de urgencias/emergencias.
La formación recibida respecto al cuidado de los pacientes con intentos autolíticos, que acuden al servicio de urgencias/emergencias, cuando he sido profesional es suficiente/adecuada.
<b>COMPONENTE PRINCIPAL 3</b>
La atención psicológica en el servicio de urgencias/emergencias hacia los pacientes con intentos autolíticos es adecuada.
La formación recibida respecto al cuidado de los pacientes con intentos autolíticos cuando he sido estudiante es suficiente/adecuada.

El Alfa de Cronbach obtenido en esta escala fue de 0,88. Este dato es muy cercano a 1, de manera que confirma que el instrumento desarrollado es fiable para medir el constructo que queremos medir.

Para medir la validez externa del cuestionario se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett, obteniendo como resultado un 0.801, dato que indica que la escala utilizada es óptima para realizar un análisis Varimax.

Antes del análisis de componentes principales (Varimax fue la prueba utilizada) se revisó la matriz antiimagen para comprobar que los ítems puntuaban en valores más altos de 0,7 de modo que servían para medir aquello que preguntaba cada uno.

Posteriormente, se llevó el análisis Varimax y se utilizó y se utilizó la matriz de componentes rotado.



El análisis agrupó los ítems en tres componentes principales y confirmó que la escala explica el 67% de la varianza. Los datos se exponen en la siguiente tabla. Tabla 5.

*Tabla 5. Análisis de componentes*

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,334	44,451	44,451
2	1,729	14,411	58,862
3	1,001	8,340	67,203

Se calculó de nuevo el Alfa de Cronbach de cada uno de los factores principales. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

*Tabla 6. Alfa de Cronbach de factores principales*

Factor 1		Factor 2		Factor 3	
Alfa-Cronbach	0,859	Alfa-Cronbach	0,832	Alfa-Cronbach	0,544
Nº de elementos	5	Nº de elementos	5	Nº de elementos	2

La muestra objeto de estudio estuvo compuesta por un total de 89 profesionales sanitarios. De ésta, un 60 % fueron mujeres y el 40% restante hombres. La distribución por sexo y rangos de edad se muestra en la tabla 2. La media de edad fue de 45 años.

En cuanto a las Comunidades Autónomas la mayoría corresponde a profesionales sanitarios residentes en Castilla y León abarcando un 61,7% de la totalidad de la muestra. El porcentaje restante se divide entre Madrid, Extremadura, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana y Cataluña. Tabla 7.

*Tabla 7. Distribución según sexo, edad y Comunidad Autónoma de residencia*

Edad		Sexo		Comunidad Autónoma de residencia	
18-30 años	19,15%	Mujer	60%	Castilla y León	61,70%
31-43 años	31,91%	Hombre	40%	Madrid	19,10%
44-56 años	31,91%			Castilla La Mancha	4,30%
> 57 años	17,02%			Comunidad Valenciana	4,30%
				Extremadura	8,50%
				Cataluña	2,10%

En lo relativo a la variable nivel de estudios se observa que más de la mitad de la muestra (57,4%) ha cursado estudios universitarios. Un 4,3% tiene estudios de Bachillerato, un 10,6% de estudios de Formación Profesional de Grado Medio, un 12,6% estudios de Formación Profesional de Grado Superior y, el 14,9% restante estudios postgrado.

En cuanto a la distribución por profesionales el 59,6% corresponde a Diplomados y Graduados en Enfermería, el 12,8% a Médicos, el 17% a TCAEs, el 6,4% a Celadores y el 4,3% a Técnicos de Emergencias Sanitarias.

Tabla 8. Distribución según nivel de estudios y profesión

NIVEL DE ESTUDIOS		PROFESIÓN	
Bachillerato	4,30%	Enfermero/a	59,60%
Grado Medio	12,80%	Médico	12,80%
Grado Superior	10,60%	TCAE	17%
Estudios universitarios	57,40%	Celador	6,40%
Estudios Postgrado	14,90%	Técnico de emergencias sanitarias	4,30%

Se llevó a cabo un análisis de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov que confirma que la distribución es normal, como puede observarse en la tabla 9.

Tabla 9. Pruebas de normalidad

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SUMA	0,068	88	,200 <sup>*</sup>	0,990	88	0,748

Al realizar la suma de las puntuaciones de las respuestas la media obtenida es de 29,8182, correspondiente a un nivel de percepción medio. En la Tabla 10 se presenta tanto la puntuación media como la desviación típica de la escala.

Tabla 10. Análisis resultados

SUMA		
N	Válido	88
	Perdidos	1
Media		29,8182
Mediana		30,0000
Desv. Desviación		8,29699

Posteriormente se analizó la relación entre las variables categóricas y la variable percepción de la atención integral prestada a través de tablas de contingencia.

Tal y como puede observarse en la tabla 11,  $p > 0,05$  en este caso, por lo que no existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la percepción de los profesionales de la atención integral en intentos autolíticos (PAIIA)

*Tabla 11. Relación percepción\*sexo*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,601 <sup>a</sup>	29	,110
Razón de verosimilitud	47,676	29	,016
Asociación lineal por lineal	2,065	1	,151
N de casos válidos	88		

A continuación, se llevó a cabo el mismo análisis, pero en esta ocasión para la variable “Comunidad de residencia”, de nuevo se obtiene que  $p > 0,05$  por lo que tampoco se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción PAIIA y esta variable. Esto se muestra en Tabla 12.

*Tabla 12. Relación percepción\* Comunidad Autónoma de residencia*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	112,344 <sup>a</sup>	145	,980
Razón de verosimilitud	70,127	145	1,000
Asociación lineal por lineal	,650	1	,420
N de casos válidos	88		

Se analizó posteriormente la variable “profesión”. De nuevo el resultado volvió a ser el mismo, es decir, que no existe una relación significativa de la profesión de los participantes con el nivel de percepción PAIIA, como puede observarse en la Tabla 13.

*Tabla 13. Relación Percepción\*Profesión*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	132,018 <sup>a</sup>	116	,147
Razón de verosimilitud	91,214	116	,957
Asociación lineal por lineal	,083	1	,774
N de casos válidos	88		

Por último, se analizó la variable “nivel de estudios”. En este caso  $p < 0,05$ , por lo que sí que existe una relación entre el nivel de estudios y la percepción PAIIA. Este resultado se muestra en la Tabla 14.

*Tabla 14. Relación Percepción\*Nivel de estudios.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	171,532 <sup>a</sup>	116	,001
Razón de verosimilitud	115,735	116	,489
Asociación lineal por lineal	,057	1	,811
N de casos válidos	88		

En la siguiente tabla se refleja la influencia que ha quedado demostrada entre el nivel de estudios y el nivel de percepción PAIIA. Se ha reflejado la diferencia entre las medias y los máximos y mínimos de las categorías dentro de esta variable.

*Tabla 15. Comparación medias según Nivel de estudios*

<b>Nivel de estudios</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Media</b>	30,9286	23	29,67	29,9	29,5
<b>Mínimo</b>	16	18	12	12	20
<b>Máximo</b>	45	28	47	50	43

En la Tabla 15, el 2 correspondería a estudios en Bachillerato; el 3 a Grado Medio; el 4 a Grado Superior; el 5 a Estudios Universitarios; y, por último, el 6 a Estudios Postgrado.

## 6.DISCUSIÓN

Tras realizar los diferentes análisis y una vez obtenidos los resultados mostrados en el apartado anterior, se observa que únicamente el nivel de estudios tiene una influencia estadísticamente significativa con la percepción PAIIA.

En el caso de la variable sexo, la relación con la percepción PAIIA no es significativa. . El sexo por tanto no influye en percibir la atención que se les presta los pacientes con intento autolítico.

Respecto al lugar de residencia (Comunidad Autónoma) tampoco existen diferencias estadísticamente significativas. Por tanto, la percepción PAIIA no está influenciada por vivir en un lugar u otro de España.

En cuanto a la profesión (Tabla 13), el nivel de percepción PAIIA tampoco resulta estadísticamente significativo. Esto muestra, que existe una percepción de la atención integral hacia los pacientes con intento autolítico común entre las diferentes categorías de profesionales

En cambio, en lo relativo al nivel de estudios de los participantes sí aparece una relación estadísticamente significativa con la percepción PAIIA. Los resultados de las personas que tienen estudios de Bachillerato son menores que los percibidos por el resto ( $M=23$ ) mientras que en el resto de los casos la media está entre valores de  $M=29,6$  en el caso de las personas con estudios de Ciclo Superior de Formación Profesional y  $M=30,9$  en las personas con estudios de Grado Medio de Formación Profesional. El resto está en torno a 30 puntos.

Esto puede deberse a que en el caso de los estudios de ciclos medios y superiores de Formación Profesional están relacionados con formación en Ciencias de la Salud y/o en el área de la Urgencia y Emergencia (TCAE, Técnico de Emergencias Sanitarias) y lo mismo ocurre en el caso de los estudios universitarios (Enfermera, Médico) y no es así en el caso de las personas que tienen conocimientos de Bachillerato.

En cuanto a la percepción PAIIA, dado que se han observado diferencias estadísticamente significativas en el caso del nivel de estudios, se muestra que los profesionales con estudios de Grado Medio de Formación Profesional

(M=30,92), Profesionales con Estudios de Bachillerato (M= 23), Profesionales con Estudios de Grado Superior de Formación Profesional (M=29,66), los Profesionales con Estudios Universitarios (M=29,90) y aquellos que tienen Estudios de Postgrado (M=29,50). Por tanto, son los profesionales con Estudios de Bachillerato perciben la Atención Prestada a estos pacientes en nivel bajo y el resto en nivel medio. Se comprueba así que aquellos que presentan estudios relacionados con las Ciencias de la Salud y/o en el área de Urgencias y Emergencias tienen un nivel de percepción PAIIA medio.

Los resultados obtenidos no muestran que se perciba la atención prestada a los pacientes autolíticos de manera alta, este debería ser el resultado a alcanzar (valores a partir de 37). Dado que clasificación de la escala establece cuatro niveles no nos podemos conformar con alcanzar el segundo escalón (24 a 36)

Teniendo en cuenta estos resultados se entiende que la preparación formativa de los profesionales juega un papel esencial en la percepción de los pacientes con intento autolítico. Una preparación adecuada a nivel formativo tanto en la etapa estudiantil como profesional, de manera que se amplie el conocimiento del personal sanitario acerca de la atención integral y cómo realizarla en situaciones de Emergencia sería muy acertada. Se proponen por tanto intervenciones de carácter formativo para que los profesionales puedan realizar una atención integral en estos pacientes, así como para que puedan percibirla en niveles más altos de los encontrados en este estudio.

Además, esta formación ayudaría a mejorar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente y sus familiares, resaltando que en este tipo de situaciones las habilidades de comunicación juegan un papel muy importante. La capacidad de interacción en el abordaje de estos pacientes resulta algo esencial, siendo crucial el establecimiento de un vínculo de confianza desde el momento inicial de la atención.

A día de hoy, la mayor parte de la formación que los profesionales de Emergencia reciben suele estar centrada en la parte más técnica de la atención desvinculándose del resto de esferas.



No existen estudios previos al enfoque que se realiza en este trabajo. Se propone realizar investigaciones futuras teniendo en cuenta la perspectiva que se plantea de Atención Integral en este trabajo en muestras de profesionales más amplias.

## **7.CONCLUSIONES**

Gracias a la escala que se ha construido se ha podido conocer que los profesionales sanitarios no consideran que el cuidado prestado a los pacientes con intento autolítico sea integral.

Se pone de manifiesto la necesidad de realizar cambios tanto en los planes formativos de estudiantes y profesionales, así como de incrementar los recursos, los protocolos y la investigación existente en la actualidad en los Servicios de Emergencias para prestar una Atención Integral a los pacientes que han realizado un intento autolítico

### **7.1.Limitaciones y fortalezas**

La mayor fortaleza de este trabajo está en haber construido una escala fiable que mida la percepción PAIIA.

La siguiente es que se ha podido medir esta variable a través de la escala construida en un grupo de Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias.

Como principal limitación del estudio encontramos el tamaño de la muestra, debido a la limitación del tiempo, dado que se trata de un Trabajo de Fin de Grado.

.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. J. Nahum Rangel Villafaña y S. Jurado Cárdenas. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud* [Internet] enero-junio 2022 [3 enero de 2023]; vol. 32 (número 1): 39-48. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2709>
2. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Estrategia de Prevención del suicidio en Euskadi. Vitoria- Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2019. pp. 1–17. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_preencion\\_suicidio/es\\_def/adjuntos/plan\\_preencion\\_suicidio\\_cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf)
3. Merino Mirones E, Martínez de Castro S. El suicidio en la juventud española. Analizando la situación actual, factores de riesgo y programas de intervención. Universidad de Cantabria; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25063>
4. Martín García-Aranda A,Vegas Fernández M T,Muñoz Navarro D. Revisión bibliográfica sobre cuidados de enfermería a pacientes con intento o ideación suicida [Internet]. Publicaciones Científicas. Acrédi Editorial; 2019 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://publicacionescientificas.es/project/revision-bibliografica-sobre-cuidados-de-enfermeria-a-pacientes-con-intento-o-ideacion-suicida/>
5. Muñoz-Palomeque S, Peralta L, Vera R., Clavijo M. Factores predisponentes y métodos de suicidio: Mini-revisión de la actualidad. *Rev Med HJCA*. 2021; 13 (2): 117-124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.rb.1>
6. Rosado Millán M. J, García García F, Alfeo Álvarez J. C., Rodríguez Rosado J. EL SUICIDIO MASCULINO: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO. *Prisma Social* [Internet]. 2014; (13):433-491. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3537445320131-10-20211217.pdf>

7. García-Alandete J, Gallego-Pérez J. F., Pérez-Delgado E. Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2009;8(2):447-454. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165013>
8. Valdés, M. (1986), Prólogo. En Lazarus, R. S. y Folkman, S. (Eds.), *Estrés y procesos cognitivos* (pp. 11-19), Barcelona: Martínez Roca.
9. World Health Organization (WHO) [Internet]. Una de cada 100 muertes es por suicidio; 17 de junio de 2021 [consultado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
10. Gutiérrez Quintanilla JR. El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. *Entorno* [Internet]. 2 de diciembre de 2013 [citado 3 de enero de 2023];(54):6-11. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/entorno/article/view/6290>
11. Defunciones según la causa de muerte. [Internet]. INE: 19 de diciembre de 2022 [consultado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf)
12. Suicidios y lesiones autoinfligidas. Ambos sexos. Todas las edades. Total, Nacional. Personas. [Internet]. INE. [citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/consul/serie.do?d=true&s=ECM15>
13. Defunciones por suicidio según edad y sexo. [internet]. INE. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=55317>
14. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Atención de enfermería a personas ingresadas en urgencias por intento de suicidio. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suplemento 5):2199-205. [Asunto temático: Salud mental]. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>
15. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, numero 294 (23 de abril de 2023). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>