



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso académico 2023-2024

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Realizado por: Lucía González Gil

Tutelado por: Almudena Molero Pérez

Cotutelado por: Ana María Fernández Araque

Soria, 25 de mayo de 2023.

“Hay heridas que nunca se muestran en el cuerpo, que son más dolorosas que cualquiera que sangre.” Laurell K. Hamilton

RESUMEN

Introducción. El suicidio es un grave problema de salud pública, constituyendo una de las principales causas de muerte entre la población adolescente. Abarca desde la ideación suicida hasta el acto consumado. Los factores de protección son los encargados de disminuir la probabilidad de desarrollar una conducta suicida, contrarrestando y mitigando los factores de riesgo. Su prevención requiere de la identificación de los factores de riesgo y promoción de los protectores, así como la implementación de programas de educación para la salud desde edades tempranas.

Objetivo. El objetivo principal fue diseñar un programa de educación para la salud centrado en la prevención de la conducta suicida en la población adolescente.

Metodología. Para la elaboración de este trabajo fin de grado se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente, utilizando bases de datos, páginas oficiales y guías especializadas en salud mental y suicidio, empleando palabras clave y descriptores de la salud en inglés y español. Una vez recopilada y analizada toda la información, se procedió al diseño y elaboración de la propuesta de programa.

Resultados: Desarrollo del programa. El programa de educación para la salud constará de 5 sesiones, que se realizarán semanalmente los sábados por la mañana. Estará dirigido a aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 15-24 años, que residan en Soria y presenten factores de riesgo, ausencia de factores de protección o alteraciones en las escalas de valoración del riesgo suicida.

Conclusión. Un conocimiento y educación sanitaria apropiada sobre manifestaciones, factores de riesgo y protección del comportamiento suicida es fundamentales. Se requiere un enfoque multidisciplinario para promover la salud mental y prevenir el suicidio, siendo la enfermera un factor clave en la evaluación, detección y manejo temprano de estos pacientes.

Palabras clave. prevención, suicidio, adolescencia, educación para la salud.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRONIMOS Y ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
%	Porcentaje
INE	Instituto Nacional de Estadística
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
MeSh	Medical Subject Headings
AP	Atención Primaria
ASOVICA	Asociación Virgen del Camino
Z.B.S.	Zonas Básicas de Salud
MINI	MINI International Neuropsychiatric Interview

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 El suicidio y la adolescencia	1
1.2 Incidencia y epidemiología	2
1.3 Factores asociados con la conducta suicida: factores de riesgo y factores de protección	2
1.4 Rasgos de la personalidad adolescente que actúan como factores de riesgo	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVO	4
4. METODOLOGÍA.....	5
5. RESULTADOS: DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	6
5.1 Datos técnicos de identificación del programa	6
5.2 Definición y justificación del programa	7
5.3 Definición del grupo de incidencia crítica.....	7
5.4 Análisis y descripción de la población diana.....	8
5.5 Formulación de los objetivos del programa	8
5.6 Metodología educativa	9
5.7 Integración con otras actividades y estrategias	12
5.8 Ejecución y puesta en marcha	13
5.9 Evaluación	15
5.10 Registro	15
7. BIBLIOGRAFÍA.....	17
ANEXOS	I
ANEXO A.....	II
ANEXO C.....	IV
ANEXO D: Escalas de captación de los usuarios.	V
ANEXO H: Presentación aplicación “Más Caminos”.	XX
ANEXO I: Cuestionario de evaluación inicial versión online.	XXIV
ANEXO J: Cuestionario evaluación del proceso.	XXVII

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos de identificación del programa.....	6
Tabla 2. Ejemplo de cronograma de la ejecución del programa.....	14
Tabla 3. Definición de los términos incluidos dentro de la conducta suicida.	II
Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida (4,10,13).	III
Tabla 5. Factores de protección de la conducta suicida (4,10,13).	IV
Tabla 6. Escala SAD PERSONS (15).....	V
Tabla 7. Entrevista diagnostica MINI (21).....	VI
Tabla 8. Escala Plutchick (22).....	VII
Tabla 9. Programación primera sesión.....	VIII
Tabla 10. Programación segunda sesión.	VIII
Tabla 11. Programación tercera sesión.	IX
Tabla 12. Programación cuarta sesión.	X
Tabla 13. Programación quinta sesión.	X
Tabla 14. Cuestionario de evaluación inicial.	XII

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El suicidio y la adolescencia

La salud mental está concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad (1). Dentro de los trastornos de la salud mental se encuentran incluidos los comportamientos suicidas, que abarcan desde la ideación hasta el intento autolítico y la propia consumación del acto (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió el suicidio en el año 1986 como *“acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”* (3).

Teniendo en cuenta el resultado de la conducta, el conocimiento y la conciencia del resultado de dichos actos o el grado de intencionalidad de los mismos, podemos diferenciar y profundizar en diferentes tipos de nomenclaturas (4):

- Ideación suicida, aquellos pensamientos o cogniciones relacionadas con el suicidio.
- Comunicación suicida, acto interpersonal en el que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intenciones de acabar con su propia vida, sin evidencia alguna de que esto suponga una conducta suicida. Dentro de esta categoría encontramos dos tipos, la amenaza suicida y el plan suicida.
- Conducta suicida, aquella conducta potencialmente lesiva y autoinfligida en la que existe evidencia de que el sujeto desea utilizar la intención de morir con alguna finalidad o presenta algún grado determinado de acabar con su vida.

Considerándose conducta suicida: la autolesión o gesto suicida, la conducta suicida no determinada, el intento de suicidio y el suicidio consumado (ANEXO 1: Definiciones conducta suicida).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años y la juventud el período que alcanza desde los 19 hasta los 25 (5). Se puede dividir por tanto la adolescencia en tres etapas: inicial desde los 10 a los 13, adolescencia media que comprende de los 14 a los 17 y por último la tardía que abarca hasta los 21 e incluso podría alargarse hasta los 25 (6,7). Es la etapa del desarrollo humano, en el que se producen importantes cambios físicos, emocionales y sociales que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes. Se estima que una media de 1 de cada 5 personas en el mundo es población adolescente, es decir el 18% de la población pertenecen a este rango de edad (2,8).

Se trata de una época de múltiples cambios, en la que tiene lugar el proceso de transformación del niño en adulto y el descubrimiento tanto por parte del sujeto como

de la familia de la propia identidad. Esta etapa, implica el desarrollo de la autonomía personal para hacer frente a la edad adulta, comenzado a elaborar así sus propios códigos de conducta, sus valores, su ética y adquiriendo los deberes y derechos propios de un adulto (2,9).

1.2 Incidencia y epidemiología

A pesar de la baja morbilidad que caracteriza a la etapa adolescente, el suicidio es una de las principales causas de muerte, convirtiéndose en uno de los motivos más frecuentes de consulta a nivel de salud mental (10).

El suicidio constituye un importante problema de Salud Pública, con cifras de más de 800.000 muertes al año, equivaliendo a la muerte de una persona cada 40 segundos. Estas cifras, convierten al suicidio en la segunda causa de muerte más frecuente a nivel mundial entre la población de 15 a 29 años. A su vez, las estimaciones indican que, por cada suicidio consumado, alrededor de 20 o 40 personas llevan a cabo un intento autolítico y otras tantas se plantean la posibilidad de manera constante (11).

Las tasas de suicidio varían considerablemente entre los distintos países, en función de variables como la distribución de la población, el nivel económico e incluso la metodología y calidad de los registros de información empleados (12).

La OMS establece que el 77% de los suicidios tienen lugar en países poco desarrollados con medios y bajos ingresos, debido a que cuentan con mayor número de población (13). Es importante también mencionar que el 88% de las muertes por suicidio en adolescentes ocurrieron en estos países donde vive aproximadamente el 90% de la población adolescente del mundo (12).

A nivel de Castilla y León, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2019 se produjeron 218 suicidios (165 hombres y 53 mujeres), teniendo en cuenta que la evolución de las tasas mantiene una tendencia descendiente desde 2010 y es el grupo de edad de 15 a 19 años, los que presentan menores diferencias en relación a las tasas brutas de suicidio en función del sexo (14).

1.3 Factores asociados con la conducta suicida: factores de riesgo y factores de protección

La mayoría de los suicidios consumados no suceden de manera repentina, sino que van precedidos de signos de alarma de tipo conductual o verbal. Es importante identificar los factores de riesgo y fortalecer e incrementar los factores de protección en búsqueda del mejor nivel de prevención posible (12).

Los factores de riesgo actúan de manera acumulativa, incrementando la vulnerabilidad de las personas y favoreciendo los comportamientos suicidas como la

ideación, las tentativas y el propio suicidio. El nivel del riesgo de suicidio aumenta proporcionalmente en relación al número de factores de riesgo presentes (4,10).

Podemos diferenciar factores de riesgo en dos niveles. Factores individuales de la propia persona y factores familiares y del entorno, es decir factores externos (4,12) (ANEXO 2: factores de riesgo asociados a la conducta suicida).

Los dos predictores más importantes de la conducta suicida a nivel individual, son los intentos de suicidio previos y la depresión mayor, que es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida (15). Estableciendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto al resto de la población (4).

Se estima la presencia de trastornos mentales en más de un 90% de las personas que llevan a cabo un suicidio, siendo los más frecuentes la depresión, los trastornos psicóticos, el abuso de sustancias o tóxicos, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad (4).

Cabe destacar que el 50% de los trastornos mentales de la edad adulta tuvieron su inicio entre los 12 y los 25 años de vida y el riesgo de suicidio puede verse aumentado en aquellos trastornos mentales que aparecen a edades tempranas y no reciben tratamiento durante periodos prolongados, acarreado graves consecuencias (2).

Por otro lado, los factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de que tenga lugar una conducta suicida, mitigando y contrarrestando los factores de riesgo. Impulsar e incrementar los factores de protección en el ámbito de la prevención suicida es prioritario. Siendo más efectivo potenciar la protección que actuar sobre el riesgo (4,11,12).

Distinguimos factores de protección a nivel individual/personal y a nivel externo (sociales y medioambientales) (4) (ANEXO 3: factores de protección de la conducta suicida).

1.4 Rasgos de la personalidad adolescente que actúan como factores de riesgo

En la personalidad adolescente existen una serie de rasgos que acentúan el riesgo de cometer un acto suicida, debido a la rigidez, escasa tolerancia y el perfeccionismo que presentan los adolescentes. Ciertos cambios del comportamiento pueden ser interpretados como signos de alerta, como una disminución considerable del rendimiento escolar, alteraciones en las rutinas de alimentación y/o sueño, la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva y la ingesta excesiva de sustancias nocivas (9,12).

Algunos eventos de la vida pueden condicionar también la conducta suicida en los adolescentes, principalmente las amenazas directas hacia su imagen corporal, la

muerte de un ser querido, el fracaso escolar, la presión de grupo o el sufrimiento de un evento traumático como abuso sexual, acoso escolar o amenazas de muerte (9).

También son significativos en esta determinante etapa de la vida ciertos factores familiares y del entorno como la presencia de un entorno familiar desestructurado y familiares cercanos con antecedentes de suicidio, problemas de salud mental o consumo abusivo de drogas (12).

2. JUSTIFICACIÓN

En 2019 tuvieron lugar en España 3.671 suicidios, estableciéndose como primera causa de muerte debida a causas externas, según datos ofrecidos por el INE (14). Mientras que para la disminución de otras causas externas de mortalidad se han realizado importantes campañas de prevención y sensibilización, la prevención del suicidio no se ha abordado en esta línea.

Tras mis prácticas clínicas en el área de psiquiatría, he podido constatar el elevado número de ingresos por intentos autolíticos existentes, así como la presencia de comportamientos e ideaciones suicidas silentes en pacientes con otros trastornos.

La prevención primaria es el nivel óptimo de prevención enfocado en el adolescente. El profesional enfermero realiza esta prevención y promoción de la salud mental, interviniendo y abordando los cuidados desde diferentes ámbitos como la familia, comunidad, escuela e instituciones sanitarias. Son los responsables de promover que tanto progenitores como cuidadores principales, ayuden en la identificación de los factores de riesgo, para actuar sobre ellos con rapidez (16).

La gestión de este problema de salud precisa de protocolos y programas de educación para la salud, acordes a las necesidades existentes, que proporcionen información y habilidades desde edades tempranas y en fases iniciales del problema.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Diseñar un programa de educación para la salud, enfocado en la prevención de la conducta suicida en la adolescencia, al tratarse de una etapa de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Objetivos específicos:

- Concienciar acerca de los principales factores de riesgo, factores de protección y signos de alarma que determinan una conducta suicida.

- Determinar la conexión existente entre una adecuada detección y manejo precoz de las manifestaciones del comportamiento suicida y la disminución de la incidencia del suicidio.

- Identificar habilidades, estrategias, herramientas y recursos asistenciales al alcance de la población adolescente para mejorar la autogestión de sus emociones.

4. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha desarrollado un diseño de proyecto de educación para la salud, dirigido a la población adolescente, desde los 10 a los 19 años, pudiendo alargarse como adolescencia tardía hasta los 25.

El actual Trabajo de Fin de Grado se ha llevado a cabo dos partes, en un primer lugar una revisión bibliográfica de la literatura existente, sobre el suicidio y sus principales características, a través de:

- Bases de datos especializadas en el área de las Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinhal, Scielo y el buscador Google académico.
- Páginas oficiales: Instituto Nacional de estadística (INE), página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la página de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.
- Guías, Protocolos, Procesos y Estrategias de referencia sobre el suicidio y la salud mental.

La búsqueda bibliográfica se realiza entre los meses de febrero y abril de 2023, empleando las palabras claves: prevención, suicidio, adolescencia, educación para la salud, autolesión y salud mental. Para ajustarnos al lenguaje tesoro en las bases de datos, los descriptores de Ciencias de la Salud/ /Medical Subject Headings (DeCS/MeSh) utilizados fueron: “prevention”, “health education”, “suicide”, “self injurious”, “adolescent/adolescence” y “mental health”. La unión de estos descriptores se llevó a cabo a través de los operadores booleanos “AND” Y “OR” y la búsqueda se realiza en dos idiomas, inglés y español.

Una vez analizada toda la información obtenida, la segunda parte del trabajo consta del diseño y elaboración del Programa de Educación para la Salud. Al ser un programa no llevado a la práctica clínica, se trata del planteamiento de una propuesta de educación para la salud a desarrollar en un futuro cercano.

5. RESULTADOS: DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

5.1 Datos técnicos de identificación del programa

Tabla 1. Datos de identificación del programa

Título del programa	“Prevención del suicidio en la población adolescente”.
Lugar	A determinar con suficiente tiempo y con los permisos necesarios, previa puesta en práctica de la propuesta del programa de educación para la salud.
Población a la que va dirigida	Pacientes de entre 14 y 25 años, pertenecientes al municipio de Soria, que presenten factores de riesgo, ausencia de factores de protección o alteraciones en las escalas de valoración del riesgo suicida.
Recursos necesarios	<p>Recursos humanos → enfermera de atención primaria (AP) docente, enfermera de AP de apoyo, ponentes del testimonio, profesionales de la Asociación Virgen del Camino (ASOVICA), sujetos participantes del programa y familiares.</p> <p>Recursos materiales → proyector, sillas, mesas, bolígrafos, pelota de gomaespuma, pinturas/rotuladores, cello, material didáctico para las dinámicas y cuestionarios preparados.</p>
Tiempo	5 semanas (1 sesión por semana).

Fuente: elaboración propia.

5.2 Definición y justificación del programa

La población adolescente es un colectivo muy vulnerable que transita una etapa de la vida complicada, caracterizada por numerosos cambios físicos, emocionales y sociales que exigen un proceso adaptativo. Los cambios son generales, pero su percepción y adaptación pueden conllevar sentimientos de frustración, ansiedad e incluso derivar en una conducta suicida.

En la actualidad el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adolescentes después de los accidentes de tráfico. En 2015 en los países de la Unión Europea, un total de 3400 jóvenes de entre 15 y 24 años se quitaron la vida, coincidiendo con el grupo de incidencia crítica del programa. Por ello es importante recalcar que existe un punto de inflexión en la incidencia de muertes por suicidio en este rango de edad, pasando de las 300 muertes entre los 14 y los 29 años, a las 14 en los menores de 15 años (17).

Fundamental y prioritario, por tanto, implementar programas de educación para la salud que eduquen y ayuden a reducir las tasas de suicidio. Se proporcionará a los adolescentes herramientas y recursos para apoyar en el afrontamiento de situaciones difíciles, desarrollo de habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones saludables. Se colaborará también, en una desestimación social asociada a los problemas de salud mental, evitando que se conviertan en un problema silente.

El equipo enfermero de manera multidisciplinar y a través de la educación para la salud, intervendrá sobre este colectivo, con el objetivo de concienciar y ampliar sus conocimientos acerca de los factores de riesgo y protección, mejorando el afrontamiento de los desafíos mediante intervenciones y actuaciones eficaces y de calidad.

5.3 Definición del grupo de incidencia crítica

La ciudad de Soria se encuentra situada en la comunidad autónoma de Castilla y León y se trata de la capital de provincia menos poblada dentro de la comunidad y la segunda menos poblada de toda España, con una población muy envejecida (18). Esta ciudad da cobertura a un total de 87.151 habitantes, de los cuales 56.054 son población de entre 14-64 años (19).

El grupo de incidencia crítica al que incumbe esta propuesta de programa de educación para la salud estará formado por la población adolescente comprendida entre los 14 y los 25 años, que vivan en el municipio de Soria. La provincia de Soria, la componen 14 Zonas Básicas de Salud (Z.B.S.), tres de las cuales dan cobertura a la capital de la provincia: Z.B.S. Soria Norte, Z.B.S. Soria Sur y Z.B.S. Soria Rural. Para estas Z.B.S la población de entre 14 y 64 años atendida alcanza un porcentaje medio del 64,53% de la población (18).

En esta área de influencia podemos encontrar pacientes de diferentes niveles socioeconómicos, costumbres y culturas muy variadas, teniendo en cuenta que el municipio de Soria cuenta exclusivamente con tres centros de salud que dan cobertura a toda ciudad, concentrando mucha más la población.

5.4 Análisis y descripción de la población diana

La población diana para esta propuesta de programa la integran un grupo de jóvenes, nunca mayor de 15 usuarios, con edades comprendidas entre los 14 y los 25 años, que residan en el municipio de Soria.

Los futuros integrantes de esta propuesta deberán cumplir una serie de criterios. Dentro de los criterios de inclusión se encuentran incluidos: tener entre 14 y 25 años, residir en la localidad de Soria y pertenecer a alguno de los centros de salud que la componen, acceder a participar en el programa previo consentimiento documentado del sujeto y/o tutor legal y por último, la presencia de factores de riesgo combinados con la ausencia de factores de protección o alteraciones en los resultados de alguna o varias de las escalas de valoración del riesgo suicida aplicadas por los profesionales (SAD PERSONS, entrevista diagnóstica MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) Y escala Plutckich). Los criterios de exclusión por otro lado serán el no cumplimiento de alguno de los criterios expresados anteriormente.

5.5 Formulación de los objetivos del programa

General:

- Diseñar un programa de educación para la salud, enfocado hacia la prevención del suicidio en la población adolescente, con el fin de reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida en la localidad de Soria.

Específicos:

Al finalizar el programa, el grupo de adolescentes integrantes serán capaces de:

- Conocer y asimilar los conceptos básicos sobre la conducta suicida.
- Describir y explicar los principales factores de riesgo y de protección, signos de alarma, mitos y realidades que determinan la conducta suicida.
- Mostrar habilidades sociales y de comunicación que permitan hacer frente a las principales manifestaciones del comportamiento suicida.
- Aplicar estrategias y herramientas educativas en prevención de conducta suicida, eficaces e innovadoras.
- Demostrar manejo en la autogestión de las emociones, mejorando el autoconcepto y la autoestima personal.
- Identificar los recursos asistenciales y sociales a su alcance para gestionar la enfermedad y servir de soporte emocional.

5.6 Metodología educativa

La elaboración del programa se desarrollará mediante una metodología presencial en su totalidad, que busca la participación de los adolescentes incluidos, a través de una enseñanza-aprendizaje eficaz. Con esta propuesta de programa se pretenderá que los sujetos sean más conscientes de su situación, profundicen y reflexionen acerca de los nuevos conocimientos, desenvuelvan recursos y desarrollen habilidades que ayuden en su vida diaria a establecer rutinas y cambios de actitud adecuados a largo plazo (20).

Los métodos educativos que se emplearán serán combinados:

- Directos: charla, entrevista educativa grupal, tormenta de ideas, testimonios y role-playing.
- Indirectos: medios audiovisuales y digitales.

La captación de los usuarios que formarán parte del programa se realizará a través del equipo de profesionales del Centro de Salud seleccionado para llevar a cabo la puesta en práctica de la propuesta de programa. Se realizará un cribado entre todos sus pacientes de 14 a 25 años que cumplan los criterios de inclusión.

Se seleccionarán aquellos pacientes que presenten factores de riesgo combinados junto con la ausencia de factores de protección o que muestren una puntuación alterada en la valoración del riesgo de suicidio en base a tres herramientas de detección:

1. La entrevista diagnóstica MINI, con una puntuación mínima de 6 para determinar la existencia de riesgo en el apartado del riesgo de suicidio. Si fuera pertinente se realizaría a su vez el apartado de la entrevista MINI que habla sobre la depresión mayor (21).
2. La escala SAD PERSONS, que evalúa los factores clínicos y sociodemográficos que potencian el riesgo suicida, con una puntuación mínima de 3 (15).
3. La escala de Plutchick, la cual permite valorar la intensidad de la ideación o intentos suicidas, presentando un riesgo a partir de la puntuación igual o mayor a 6 (22) (ANEXO D: Escalas de captación de los usuarios).

Posteriormente se convocará una reunión a usuarios y familiares explicando el programa de educación para la salud que se va a llevar a cabo y la información respecto a su inicio. En esta primera reunión los sujetos y tutores legales en representación de los usuarios menores de edad, deberán firmar el correspondiente consentimiento informado que acredita su participación en el programa. Se mostrará también a usuarios y familiares unas tablas que sintetizan y exponen los contenidos e información más relevantes de las sesiones que se llevarán a cabo (ANEXO E: Tablas programación de las sesiones).

5.6.1 Sesión 1: “Ruta hacia la esperanza”

Esta primera sesión será introductoria, se expondrá brevemente el funcionamiento del programa y se proporcionará a cada integrante un cuestionario sobre la ideación suicida para poder evaluar de manera inicial al grupo (ANEXO F: Cuestionario de evaluación inicial).

Tras el cuestionario, se continuará con una técnica directa y de investigación en el aula, la tormenta de ideas, combinada con otra metodología directa, la entrevista educativa grupal. Con el objetivo de obtener información sobre los conocimientos previos y corregir posibles errores de cara a próximas sesiones.

Se colocará a los participantes en círculo con las sillas, creando un ambiente de confianza. El enfermero introducirá el tema valorando conocimiento y opiniones sobre la ideación suicida y las causas que la producen. Los adolescentes expresarán lo que piensan sobre el tema y si se sienten cómodos, lo complementarán con alguna experiencia personal. Los profesionales brindarán de manera breve y oral una pequeña exposición sobre la ideación (qué es, sus causas y tratamiento), compartiendo ideas junto al grupo sobre los puntos más llamativos. Se fomentará siempre la participación, garantizando lo máximo posible una equidad en cuanto a tiempo de intervención y permitiendo el debate entre ellos.

La sesión terminará con una dinámica de presentación promoviendo la confianza en el grupo. Con los participantes dispuestos en círculo, se irán pasando una pelota de gomaespuma gritando en voz alta su nombre, edad y actividad de tiempo libre favorita.

5.6.2 Sesión 2: “Conociendo las señales”

La segunda sesión comenzará con una técnica directa, bidireccional y de característica expositiva, acompañada de una metodología indirecta, una presentación a modo de soporte visual. Se perseguirá ampliar conocimientos en los participantes sobre factores de riesgo y protección, principales signos de alarma y esclarecer mitos y realidades sobre el suicidio. También se buscará que, al verse reflejados en alguna de las características expuestas, sean conscientes de su problema y adquieran conciencia sobre su realidad.

Se recolocará a los sujetos de cara a una presentación Power Point (ANEXO G: Presentación “Conociendo las señales”) para exponer la información, animando a participar y dejando unos minutos finales para posibles preguntas.

Tras la parte didáctica de la sesión, se realizarán dinámicas de juego para afianzar conceptos y continuar acercando al grupo. Se dividirán en 3 subgrupos, entregando tarjetas a cada uno de ellos con distintos nombres escritos. Cada una de las tarjetas contendrá alguno de los factores de riesgo, protección, signos de alarma o mitos

mencionados en la sesión. Durante unos minutos se debatirá por grupos a qué categoría pertenece cada una de sus tarjetas de manera argumentada. Tras el periodo de reflexión, cada grupo expondrá sus resultados y motivo de sus conclusiones, pegando las tarjetas en los carteles colgados en la pared con los nombres de las cuatro categorías.

Por último, se abrirá un debate común sobre las decisiones tomadas por cada grupo, esclareciendo así aquellos conceptos que resulten menos concisos y corrigiendo posibles errores.

5.6.3 Sesión 3: “No estás solo”

Para la tercera sesión se desarrollará una metodología directa de característica expositiva. Primero dos profesionales de la asociación ASOVICA, un experto en salud mental y un profesional técnico del área de la psicología, mostrarán para los participantes y familiares acompañantes, su labor en la asociación sin ánimo de lucro soriana. Expondrán de manera cercana los principales objetivos y fines de ASOVICA y explicarán sus numerosas ofertas de actividades y recursos a su alcance. Mencionarán la creación de su nueva “Guía de Prevención del Suicidio 2022” y describirán sus contenidos.

Se continuará la ponencia con dos testimonios personales. En primer lugar, el de un superviviente, que contará sus vivencias, los motivos que le llevaron a tomar esa drástica decisión, su lucha para salir del pozo y como se encuentra en ese momento. Después, el testimonio de dos padres que perdieron a su hijo por suicidio, narrarán su situación personal, haciendo referencia a la posvención, las consecuencias que acarreo en su vida, sus sentimientos a nivel personal y sus vivencias.

Posteriormente se permitirán unos minutos de ruegos y preguntas, donde los participantes y familiares tendrán oportunidad de expresar dudas de manera personal a los invitados. Con esta metodología se buscará que los participantes sean conscientes de su situación, se sientan apoyados, comprendidos y sepan que cuentan con el apoyo de asociaciones y compañeros, que sufren el mismo dolor que ellos y pueda servirles de refugio.

5.6.4 Sesión 4: “Plan de seguridad”

En la cuarta sesión, se desarrollará una metodología directa para la adquisición de habilidades sociales, combinando la tormenta de ideas y el role-playing. Se enseñará al grupo de manera didáctica y creativa, habilidades o recursos útiles en posibles momentos de crisis, facilitando el autocuidado.

Se comenzará entregando a cada participante una hoja, dónde escribirán 10 actividades/aficiones que les hacen felices y a las cuales han dejado de dedicar tiempo o han perdido la ilusión. Debajo de estas, tres situaciones que hayan vivido y les proporcionen felicidad o alegría. Una vez desarrolladas las ideas, en tres subgrupos

trabajarán pensando qué hacer para que las actividades “abandonadas” de los compañeros vuelvan a retomar su importancia y continúen siendo experiencias gratificantes en su día a día. Expondrán delante del grupo sus conclusiones pudiendo ser complementadas por el resto. Por último, en los subgrupos marcados, escogerán la situación de algún compañero para representarla con una actuación y argumentarán por qué fue seleccionada.

Combinando estas dos dinámicas, se pretenderá recordar a los participantes la parte positiva de sus vidas, haciéndoles reconocer los buenos momentos vividos y transmitiendo sentimientos positivos. Se invitará a los participantes a llevar la hoja a casa y ponerla en un lugar visible dónde puedan visualizarla fácilmente en momentos de bajón o cuando necesiten estímulos positivos para nuevos retos.

5.6.5 Sesión 5: “Los recursos a tu alcance”

La última sesión unirá una metodología directa e indirecta, donde se comenzará visualizando el cortometraje “Donde mis manos te lleven” de Paloma García (23). Posteriormente, se dejarán unos minutos libres para reflexionar en común, acerca de la situación planteada durante el cortometraje y obtener de manera individual reflexiones finales que sirvan de refuerzo.

Finalmente, el profesional enfermero explicará la utilidad de la aplicación “Más caminos” al alcance de los participantes del programa. Se describirán las ventajas que esta aplicación móvil ofrece, su funcionamiento, utilidad y recursos, a través de una presentación Power Point con capturas de la aplicación para complementar la explicación y facilitando así su comprensión (ANEXO H: Presentación aplicación “Más Caminos”).

Para completar el programa se repartirá un cuestionario acerca de la utilidad del mismo, donde los profesionales podrán valorar unos ítems sobre el desarrollo del programa y la estructura planteada.

En la última sesión se empleará una dinámica de juego, en la que cada usuario dibujará en un papel a un compañero aleatorio y escribirá cualidades positivas descubiertas sobre él, durante el transcurso de las semanas. Finalmente, explicarán en alto sus ideas, de manera que cada uno se lleve a casa un recuerdo de todo lo bueno que la gente valora sobre su persona y que puede ayudarle y servir de soporte en situaciones difíciles.

5.7 Integración con otras actividades y estrategias

Esta propuesta de programa está diseñada para ser aplicada por los profesionales sanitarios de un centro de salud, de un área geográfica en concreto a través de la captación de usuarios desde su propio cupo de pacientes. Cabe destacar que cambiando el modo de captación de los usuarios, la misma propuesta podría ser

aplicada en otra serie de ámbitos, como a nivel escolar en institutos o a través de asociaciones o centros especializado en problemas de salud mental, dirigido hacia un grupo de incidencia más concreto.

En definitiva, podría abordarse el planteamiento del programa desde múltiples niveles asistenciales, así como en diferentes regiones o zonas del país a nivel de cualquier comunidad autónoma.

5.8 Ejecución y puesta en marcha

Para poder implementar este programa se solicitará a la junta de Castilla y León y a la Gerencia Asistencial Sanitaria de Soria las licencias y permisos pertinentes.

A su vez, antes del inicio de la primera sesión se contará con el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes/tutores legales, manteniendo y respetado siempre la confidencialidad.

El programa tendrá una duración de 5 semanas, presencial en su totalidad, llevándose a cabo una sesión semanal, los sábados por la mañana. Realizar las sesiones los sábados evitará la afluencia y ajetreo del centro de salud, garantizando la intimidad de los usuarios y facilitando su asistencia, evitando que coincida con actividades escolares, extraescolares u otros proyectos.

La propuesta de programa constará de 5 sesiones completas, de tiempo variable en función de la participación de los usuarios y el transcurso de las actividades. En ellas se llevará a cabo por parte del personal enfermero, una serie de dinámicas en busca del cumplimiento de los objetivos planteados. Al trascurso de cuatro semanas desde la realización de la última sesión, se facilitará a los usuarios para cumplimentar de manera online el mismo cuestionario que en la primera sesión, de esta manera se podrá llevar a cabo la evaluación final de los resultados del proyecto comparando ambos resultados.

Tabla 2. Ejemplo de cronograma de la ejecución del programa.

	Octubre				Noviembre					Diciembre				Enero	Febrero
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	5S	1S	2S	3S	4S	1S	1S
Planificación del programa	■	■	■	■											
Preparación y organización de recursos		■	■	■											
Captación de los usuarios					■	■	■	■							
Reunión inicial									■						
Implantación del programa										■	■	■	■	■	■
1ª Sesión										■					
2ª Sesión											■				
3ª Sesión												■			
4ª Sesión													■		
5ª Sesión														■	
Evaluación															■

Fuente: elaboración propia.

5.9 Evaluación

Evaluación del proceso: para la evaluación de la estructura y utilidad del programa, se empleará una encuesta (método cuantitativo) con preguntas cerradas y respuestas de elección múltiple tipo Likert (ANEXO J: Cuestionario de evaluación del proceso). La encuesta constará de 8 preguntas, 2 por cada concepto a evaluar: recursos humanos y materiales, lugar, organización de las actividades y tiempo para alcanzar los objetivos. Las respuestas serán 4, con posibilidad de elegir solo una de esas opciones: De acuerdo (3 puntos), Algo de acuerdo (2), Algo en desacuerdo (1) y En desacuerdo (0). Según los resultados:

- ✓ Entre 24 y 16: programa de salud adecuado.
- ✓ Entre 15 y 13 puntos: programa de salud mejorable.
- ✓ Menos de 12 puntos: programa de educación para la salud inadecuado.

Esta encuesta será anónima y el enfermero la repartirá a cada usuario impresa en un folio al final de la quinta sesión. La duración será de 10 minutos. Una vez se obtengan los resultados se contrarrestará y valorará la puntuación, teniendo que ser esta mayor de 16 para tratarse así de un programa de salud adecuado.

Evaluación de los resultados: para esta evaluación, en la primera sesión los participantes cumplimentarán un cuestionario de elaboración propia sobre la ideación suicida (ANEXO H: cuestionario de valoración inicial), a través del cual se evaluará de manera inicial el estado de los usuarios y se establecerá un nivel de partida. El cuestionario planteado por los profesionales sanitarios será anónimo y constará de 13 preguntas con 2 opciones de respuesta.

Cuatro semanas después de la última sesión, los profesionales facilitarán a través de la plataforma digital "Formularios Google", el mismo cuestionario que en la primera sesión para ser completado por los usuarios (ANEXO I: Cuestionario de evaluación inicial versión online). Se realizará también de manera anónima garantizando la objetividad de los datos. Se podrá comparar de esta manera si se han cumplido los objetivos planteados en un comienzo y valorar así la efectividad y eficacia del programa. Respondiendo al objetivo general de reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida en el municipio de Soria.

5.10 Registro

Teniendo en cuenta las actividades llevadas a cabo en las diferentes sesiones del programa, el grupo de profesionales sanitarios se encargará de realizar una memoria. En ella se expondrán y recogerán todos los datos e información reseñable acerca de lo acontecido, para posteriormente poder desarrollar toda la documentación de manera

más extensa. Se incluirá la recopilación de las faltas de asistencia y motivos justificados para ello y el nivel de participación e intervención de cada uno de los usuarios.

6. CONCLUSIÓN

- El suicidio constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial entre la población de 15 a 29 años, estableciéndose como uno de los principales problemas sanitarios que afectan a los jóvenes en la actualidad.

- Un conocimiento y educación sanitaria sobre las principales manifestaciones, factores de riesgo y protección de los comportamientos suicidas, determina la manera más adecuada para abordar el manejo de este trastorno mental. Resulta prioritario un abordaje multidisciplinar, buscando la promoción de la salud mental y la prevención de un fenómeno complejo y multifactorial como es el suicidio.

- La actuación enfermera entraña una función clave en la valoración, detección precoz y manejo de los pacientes con comportamientos suicidas, a través del desarrollo de estrategias de intervención integrales que aumenten la implicación y coloquen el problema en el foco de la salud pública.

- Un programa de educación para la salud ofrece a los pacientes recursos y herramientas para autogestionar sus emociones y manejar posibles situaciones de crisis, con el fin de prevenir y ofrecer asistencia sanitaria precoz para disminuir su repercusión en la vida de los usuarios.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 10]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
2. Casañas R, Lalucat L. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. Injuve – Revista de Estudios de Juventud [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 2–32]. Available from: <https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/biblioteca/288/20210413-promocion-de-la-salud-mental-prevencion-de-los-trastornos-mentales-y-lucha-contra-el.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/es>
4. Ministerio de Sanidad PS e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia [Internet]. 2012 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avalat_resum_modif_2020_2.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente. [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
6. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 22];21(4):233–44. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
7. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? Revista Ciencias de la Salud Bogotá, Colombia [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 26];17(1):5–8. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005
8. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Revista de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 26];20:387–95. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
9. Cortés Alfaro A. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina Integral [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 3];30:132–9. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi13114.pdf>
10. Victorio Molina A, Tomás Cánovas L. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. Metas enfermería [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 10];20(8):55–60. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-168102?lang=es>
11. Girard G. El suicidio en la adolescencia y en la juventud. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 10];5(2):22–31. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62311911/El_suicidio_en_la_adolescencia_y_en_la_juventud20200308-105652-1rfn8z-libre.pdf?1583869224=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEl_suicidio_en_la_adolescencia_y_en_la_j.pdf&Expires=1683835613&Signature=GkJLUqTjIPYevFQg0h2-Ano9bexNrUnKqeG7zfpUoHB~ms7IDs6v3pWP0JepPujGiTKJCjcAn2S78FF7EMuvxbfuU66BRI3i2vQve5yCxzXiWlo5UVHFTfxgv7hDPVtJWd~rF8TiOvjzXPdXIBZGqjZSaCgDFy6TZxYX~7IsRPcH~TcMqSP-XLjZ-ZIPp0adew0GwGosie5rZjxdex0Hk-

QxqU0yWXZqCrjIXtD28If49DfBHs~qz1ZEGSDVjUO27PznP56URPrmwnAEIFbzyPt-SEbbyqdkjKBPjd3QqqBVnFSn4NjJEP4BshtQJOhbhnt48QSj-pw-3ROT3DP5w__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

12. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 10]; Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202021-2025.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio. [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
14. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=7924>
15. Velasco Velado C, Álvarez López MÁ. Proceso de prevención y atención a la conducta suicida. Gerencia Regional de Salud, Dirección Regional de Asistencia Sanitaria [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 15]; Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>
16. Aredo Peláez CB, Guillaumet M, Hernández Martínez-Esparza E. La adolescencia como factor de riesgo de la conducta suicida. *Ágora de enfermería* [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 15];22(2):58–62. Available from: <https://dialnet-unirioja.es/ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=6466937>
17. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026 [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 16]; Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
18. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria - SACYL. Gerencia de Soria. [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: <http://www.sanidadsoria.es/Centros>
19. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Población TSI 2021 por Área de Salud [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 18]; Available from: <http://www.sanidadsoria.es/Files/TRANSPARIENCIA/6%20OTROS%20DATOS/6.1%20POBLACION%20TSI/Poblacion%20TSI%202021.%20Area%20de%20Salud%20de%20Soria.pdf>
20. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Revista de Pediatría de Atención Primaria Supl* [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 20];(21):77–82. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14s22/11_sup22_pap.pdf
21. Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). English Version 5.0.0. DSM-IV. [Internet]. 2000 [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://fdocument.pub/document/11-mini-entrevista-neuropsiquitrica-internacional-mini-instrumentos-de.html>
22. Suárez-Colorado Y, Palacio Sañudo J, Caballero-Domínguez CC, Pineda-Roa CA. Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2023 Apr 25];51(3):145–52. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v51n3/0120-0534-rlps-51-03-145.pdf>

23. García, P. Dónde mis manos te lleven. [Internet]. YouTube. 2021 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=e8BAZZgV548>

ANEXOS

ANEXO A.

Tabla 3. Definición de los términos incluidos dentro de la conducta suicida.

Términos incluidos dentro de la conducta suicida:	
Autolesión/ gesto suicida	<i>“Conducta potencialmente lesiva autoinfligida, para la que existe evidencia de que la persona no tiene intención aparente de matarse, sino que desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad”(4).</i>
Conducta suicida no determinada	<i>“Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte”(4).</i>
Intento de suicidio	<i>“Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe intencionalidad de provocarse la muerte”(4).</i>
Suicidio	<i>“Muerte autoinfligida con evidencia de que el sujeto tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte”(4).</i>

Fuente: elaboración propia.

ANEXO B.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida (4,10,13).

Factores de riesgo asociados a la conducta suicida	
Factores de riesgo individuales	
Trastornos mentales (depresión, ansiedad, T. Bipolar, T. Psicóticos, T. Abuso de alcohol/drogas, T. Conducta alimentaria, agresividad y T. Personalidad).	Autolesiones, ideación suicida e intento/s autolíticos previos.
Dolor crónico o enfermedad incapacitante/discapacidad.	Factores a nivel psicológico.
Edad y género.	Factores genéticos/biológicos.
Factores familiares y del entorno	
Historia familiar de suicidios previos e historia de maltrato físico o abuso sexual.	Factores sociofamiliares y ambientales como la etnia, religión, falta de apoyo familiar, nivel socioeconómico, educativo y situación laboral.
Eventos vitales estresantes.	Fácil acceso a armas, medicamentos o tóxicos.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO C.

Tabla 5. Factores de protección de la conducta suicida (4,10,13).

Factores de protección de la conducta suicida.	
Personales	Sociales o medioambientales
Habilidades en la resolución de conflictos o problemas.	Tratamiento adecuado e integral del trastorno mental de base.
Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales.	Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
Flexibilidad cognitiva y tolerancia a la frustración.	Integración social.
Tener hijos, sobre todo en mujeres.	Disponer de un apoyo social y familiar adecuado y de calidad.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO D: Escalas de captación de los usuarios.

Tabla 6. Escala SAD PERSONS (15).

Criterios	SÍ	NO
S: Sexo masculino		
A: Edad		
D: Depresión		
P: Intento de suicidio previo		
E: Abuso de alcohol		
R: Ausencia de pensamiento racional		
S: Apoyo social inadecuado		
O: Plan elaborado de suicidio		
N: No pareja		
S: Problemas de salud		
Puntuación:		
0 - 2: bajo riesgo		
3 - 4: riesgo moderado		
5 - 6: riesgo alto		
7 - 10: precisa ingreso		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Entrevista diagnostica MINI (21).

Durante el último mes:			Puntos:
¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:			
¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
1-5 Leve Riesgo de suicidio: 6-9 Moderado 10-33 Alto			

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Escala Plutchick (22).

Preguntas:	SÍ	NO
¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
¿Está deprimido/a ahora?		
¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
Puntuación final:		

Fuente: elaboración propia.

ANEXO E: Tablas programación de las sesiones.

Tabla 9. Programación primera sesión.

Primera sesión: "Ruta hacia la esperanza"	
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Integrar y asimilar los conceptos básicos sobre la conducta suicida.
Duración	70 minutos en total.
Recursos	Humanos → profesional de enfermería responsable y usuarios del programa.
	Materiales → cuestionarios preparados, bolígrafos, mesas, sillas, y pelota de gomaespuma.
Actividades/dinámicas	<ul style="list-style-type: none">- Introducción acerca del funcionamiento del programa.- Cuestionario inicial sobre ideación suicida.- Entrevista grupal combinada junto con la tormenta de ideas.- Dinámica de presentación (juego).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Programación segunda sesión.

Segunda sesión: "Conociendo las señales"	
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none">- Describir y explicar los principales factores de riesgo y de protección, signos de alarma, mitos y realidades que determinan la conducta suicida.
Duración	60 minutos en total.

Recursos	Humanos → profesional de enfermería responsable y usuarios del programa.
	Materiales → sillas, mesas, proyector, tarjetas preparadas, carteles para cada una de las cuatro categorías y cello.
Actividades/dinámicas	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: charla sobre factores de riesgo, protección, signos de alarma, mitos y realidades. - Dinámica de juego con tarjetas.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Programación tercera sesión.

Tercera sesión: “No estás solo”	
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los recursos asistenciales y sociales a su alcance para gestionar la enfermedad y servir de soporte emocional.
Duración	60-80 minutos en total.
Recursos	Humanos → profesional de enfermería responsable, usuarios del programa, familiares cercanos de los usuarios, profesionales de la asociación ASOVICA, y ponentes de los testimonios.
	Materiales → sillas, mesas, proyector.
Actividades/dinámicas	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: testimonio.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Programación cuarta sesión.

Cuarta sesión: “Plan de seguridad”	
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar habilidades sociales y de comunicación que permitan hacer frente a las principales manifestaciones del comportamiento suicida (ideación, gestos, amenazas y/o tentativas). - Demostrar el manejo de la autogestión de sus emociones, mejorando el autoconcepto y la autoestima personal.
Duración	90 minutos en total.
Recursos	Humanos → profesional de enfermería responsable y usuarios del programa.
	Materiales → sillas, mesas, hojas y bolígrafos.
Actividades/dinámicas	<ul style="list-style-type: none"> - Tormenta de ideas (actividad de creatividad). - Role-playing (representación).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Programación quinta sesión.

Quinta sesión: “Los recursos a tu alcance”	
Objetivo de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar estrategias y herramientas educativas en prevención de conducta suicida, eficaces e innovadoras. - Demostrar el manejo de la autogestión de sus emociones mediante la mejora de su autoconcepto y autoestima personal.
Duración	90 minutos en total.

Recursos	Humanos → profesional de enfermería responsable y usuarios del programa.
	Materiales → sillas, mesas, hojas, bolígrafos, pinturas/rotuladores, proyector.
Actividades/dinámicas	<ul style="list-style-type: none"> - Visualización cortometraje “Donde mis manos te lleven”. - Presentación sobre aplicación “Más caminos”. - Dinámica final (actividad creativa).

Fuente: elaboración propia.

ANEXO F.

Tabla 14. Cuestionario de evaluación inicial.

Preguntas	SÍ	NO
1. Cuando se despierta por las mañanas ¿Se siente con ganas de afrontar el día?		
2. ¿Se siente infeliz o desgraciado durante la mayor parte del tiempo?		
3. ¿Cree que merece la pena vivir?		
4. ¿En algún momento ha deseado estar muerto o dormirse y no volver a despertar nunca?		
5. ¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida?		
6. ¿Ha diseñado algún plan o tiene alguna idea premeditada de como llevaría a cabo este acto?		
7. ¿Alguna vez ha sentido realmente el deseo de llevar a la práctica estos planes/pensamientos?		
8. ¿En la actualidad siguen rondando su mente alguna de estas ideas/planes?		
9. ¿Padece algún trastorno mental diagnosticado (depresión, ansiedad, esquizofrenia...)? Si fuese así especifique cual.		
10. ¿Conoce si algún familiar cercano a usted padece algún trastorno mental?		
11. Si tiene pareja ¿Siente que su relación le aporta estabilidad? Si no tuviera pareja abstenerse de contestar.		
12. ¿Siente que cuenta con el apoyo y comprensión de su núcleo familiar más cercano?		
13. ¿Considera que cuenta con un círculo de amigos cercanos y con el que se siente a gusto?		

Fuente: elaboración propia.

ANEXO G: Presentación “Conociendo las señales”.



01

FACTORES DE RIESGO

DE LA CONDUCTA SUICIDA



Factores de riesgo



Actúan de manera **acumulativa** → ↑ la **vulnerabilidad** → favoreciendo los comportamientos suicidas



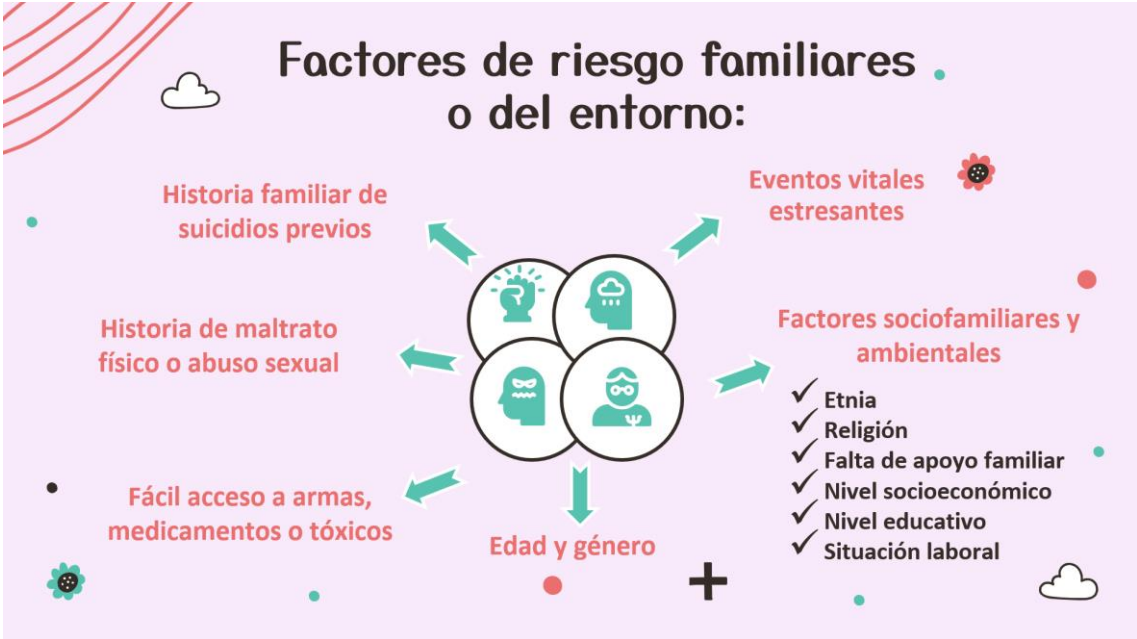
Nivel de riesgo → ↑ proporcionalmente en relación al **nº de factores de riesgo**



Los **dos predictores + importantes** → **intento/s de suicidio previos** y la **depresión mayor**



Factores de riesgo en **dos niveles** → **individuales o de la persona** y **familiares o del entorno**



02

FACTORES DE PROTECCIÓN

DE LA CONDUCTA SUICIDA



Los **FACTORES DE PROTECCIÓN** disminuyen probabilidad de que tenga lugar una conducta suicida en presencia de factores de riesgo

FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

PERSONALES	SOCIALES O MEDIOAMBIENTALES
Habilidades en la resolución de conflictos o problemas	Tratamiento <u>adecuado</u> e <u>integral</u> del trastorno mental de base
Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales	Poseer creencias y prácticas religiosas , espiritualidad o valores positivos .
<u>Flexibilidad cognitiva</u> y <u>tolerancia</u> a la frustración	Integración social
Tener hijos , sobre todo en mujeres	Disponer de un apoyo social y familiar <u>adecuado</u> y de <u>calidad</u>

03

SIGNOS DE ALARMA

DE LA CONDUCTA SUICIDA



Síntomas y signos de alarma:

Implican un **riesgo inminente** y la necesidad de una **intervención inmediata**



- **Amenazas de suicidio**
- Búsqueda de acceso a **medios letales**
- **Planes, hablar** o **escribir** sobre el suicidio
- **Desesperanza**
- **Rabia, ira**, búsqueda de **venganza**
- **Actos impulsivos** o **temerarios**
- **Sentimientos** de estar **atrapado**
- **Ansiedad** grave u **agitación**
- Cambio en los **patrones de sueño**
- Incremento del consumo de **alcohol** o **drogas**
- **Aislamiento** de amigos o familiares
- Cambios bruscos del **estado de ánimo**
- Ausencia de propósito o **razón** para **vivir**



MITOS Y REALIDADES

ACERCA DEL SUICIDIO

MITOS	REALIDADES
La gente que se suicida solo busca LLAMAR LA ATENCIÓN	Es una manifestación de SUFRIMIENTO y DESESPERANZA que sufre una persona
La persona que realmente quiere acabar con su vida, lo hace y NO AVISA	Muchas personas avisan de alguna forma a SU ENTORNO sobre sus intenciones
Las personas que se suicidan son EGOÍSTAS con la gente que les rodea	La conducta suicida no es de valientes ni de cobardes , está vinculada con un incalculable GRADO DE SUFRIMIENTO de la persona
Los medios de comunicación deben EVITAR HABLAR del suicidio para <u>no dar ideas</u> , ni <u>incitar</u> a la población	Es importante una DIFUSIÓN RESPONSABLE y adecuada de la información por parte de los medios de comunicación , ayudando a la <u>desestigmatización</u> y <u>prevención</u>
El suicidio NO se puede PREVENIR	El suicidio SÍ es PREVENIBLE , través de una <u>detección temprana</u> y contando con los <u>recursos</u> y <u>atención socio-sanitaria adecuada</u>



Fuente: elaboración propia.

ANEXO H: Presentación aplicación “Más Caminos”.



**APLICACIÓN
“MÁS CAMINOS”
APP ONLINE**

DISPONIBLE PARA ANDROID Y APPLE

...



“MÁS CAMINOS”

“Más Caminos” es una aplicación para teléfonos móviles diseñada como herramienta de intervención específica en salud mental, que ofrece un sistema enfocado en la prevención del suicidio a través de una red organizada de contactos con profesionales y familiares, además de otros múltiples recursos de apoyo.

¿COMO FUNCIONA?

01

Registrarse en la aplicación

Nada más descargar la aplicación, se deben introducir los datos personales para crear una cuenta.

Desde esta pantalla se puede acceder a todos los ítem/recursos que te ofrece la aplicación. También se pueden agregar amigos nuevos para estar en contacto con ellos, introduciendo sus datos.

02

Pantalla principal

03

Desde la hoja de ruta accedes a las 5 categorías.

Hoja de ruta

En el texto verde de cada una de las categorías se deben escribir los tres puntos que te indica. De esta manera se podrá revisar la información siempre que se necesite.

04

Escudos

Desde este icono se pueden crear nuevos escudos o complementar los ya creados por la aplicación. Para registrar diariamente o semanalmente los avances.

MIS ESCUDOS

Hay actividades, acciones, cosas que favorecen tu bienestar físico y emocional y disminuyen el riesgo de momentos de bajón o crisis. Son tus escudos.

Esforzarte por reforzarlos o ponerlos en práctica ayuda a que puedas estar seguro y te sientas bien.

Te planteamos algunos como muestra ej. cumplir con tu tratamiento, dormir bien etc... pero tú también puedes construir otros nuevos con ayuda de tu terapeuta clicando en +

Registra diariamente o al menos una vez a la semana tus avances y luego podrás ver tu evolución en un gráfico junto con tu terapeuta.

CREAR / EDITAR ESCUDO

Título:

Problema:

Respuesta 1:

Respuesta 2:

Respuesta 3:

Ánimo

¿Cómo te encuentras ahora?

Muy bien

Bien, pero poco a poco

Normalmente bien, la verdad

No tan bien como antes

Guardar

Sueño

¿Cómo has dormido hoy?

Muy bien

Bien, pero no he descansado

Mal

Patál, y además me afecta

Guardar

MIS ESCUDOS

Sueño

Tratamiento

Drogas

Ejercicios

Meditación

Ánimo

Tratamiento

¿Cómo beses el tratamiento que te ha puesto tu médico?

Muy bien

Bien, aunque me cuesta un poco

Mal

No lo estoy siguiendo

Guardar

05

Mis momentos positivos

Desde este recurso se pueden dejar guardados en la aplicación recuerdos positivos que te aboquen experiencias positivas y buenas vibras para revisar cuando cada uno necesite.

MIS MOMENTOS POSITIVOS

Todos tenemos imágenes, sonidos y escenas que nos conectan con nuestras razones para vivir. Cosas que nos ayudan a seguir adelante en momentos de bajón. Esta pretende ser tu caja de tesoros que te agarra a la vida. Colecciona fotos de tu familia, de gente importante, videos de recuerdos, canciones o melodías que te suban el ánimo.... En momentos de crisis podrás acceder a ellas para que te ayuden a superar el bache.

MIS MOMENTOS POSITIVOS

CREAR MOMENTO

CREAR MOMENTO POSITIVO

Descripción

CREAR MOMENTO

Dirección web video youtube

Guardar



09

Cartas de vida

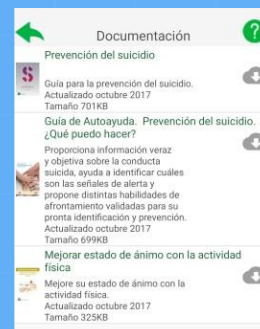
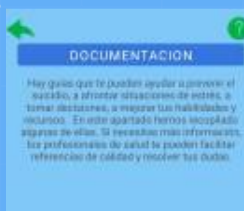
Lemas y mensaje positivos para animar y recordar lo positivo de la vida.



09

Documentación

Se ofrecen tres manuales para visualizar cuando se necesite a modo de autoayuda.



Fuente: elaboración propia.

ANEXO I: Cuestionario de evaluación inicial versión online.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INICIAL:

Complete las siguientes preguntas descritas continuación con sinceridad y haciendo referencia a las semanas transcurridas desde el inicio del programa de educación para la salud, hasta el día de hoy.

1. Cuando se despierta por las mañanas ¿Se siente con ganas de afrontar el día? *

Sí

No

2. ¿Se siente infeliz o desgraciado durante la mayor parte del tiempo? *

Sí

NO

3. ¿Cree que merece la pena vivir? *

Sí

NO

4. ¿En algún momento ha deseado estar muerto o dormirse y no volver a despertar nunca? *

Sí

NO

5. ¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida? *

- Sí
- NO

6. ¿Ha diseñado algún plan o tiene alguna idea premeditada de como llevaría a cabo este acto? *

- Sí
- NO

7. ¿Alguna vez ha sentido realmente el deseo de llevar a la práctica estos planes/pensamientos? *

- sí
- NO

8. ¿En la actualidad siguen rondando su mente alguna de estas ideas/planes? *

- Sí
- NO

9. ¿Padece algún trastorno mental diagnosticado (depresión, ansiedad, esquizofrenia...)? Si fuese así especifique cual.

- sí
- NO

10. ¿Conoce si algún familiar cercano a usted padece algún trastorno mental? *

- sí
- NO

11. Si tiene pareja ¿Siente que su relación le aporta estabilidad? Si no tuviera pareja abstenerse de contestar. *

Sí

NO

12. ¿Siente que cuenta con el apoyo y comprensión de su núcleo familiar más cercano? *

Sí

NO

13. ¿Considera que cuenta con un círculo de amigos cercanos y con el que se siente agusto? *

Sí

NO

Fuente: elaboración propia.

ANEXO J: Cuestionario evaluación del proceso.

	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo
¿La ha parecido muy larga la duración de las sesiones?				
¿El tiempo transcurrido entre las diferentes sesiones le ha resultado muy extenso?				
¿Habría realizado más número de sesiones de las llevadas a cabo?				
¿Le ha resultado cómodo y acogedor el lugar de realización de las diferentes sesiones?				
¿Se ha sentido a gusto con el personal que ha llevado a cabo programa de educación para la salud?				
¿Los recursos materiales empleados (Power Points, jugos, ponencias...) y el contenido en estos expuestos le han resultado útiles?				
¿Considera que la organización y forma de gestionar las diferentes actividades le ha facilitado su realización?				
¿Le ha resultado muy denso el contenido e información tratada en las sesiones?				

Fuente: elaboración propia.