

EVALUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTES EN PROTOCOLO DE RIESGO DE SUICIDIO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS MARTÍ I JULIÀ DE SANTA COLOMA DE GRAMENET

JORGE D. JIMÉNEZ JIMÉNEZ¹, M.^a ÁNGELES CENCERRADO MUÑOZ², DOLORS NAVAS ALCALÁ², ELÍAS GUILLÉN GUZMÁN¹ Y REGINA CARRERAS SALVADOR³

¹Enfermero interno residente. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD). Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona (PSMar).

²Enfermera de Salud Mental. Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) Martí i Julià. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). INAD. PSMar. Barcelona.

³Enfermera de Salud Mental. Responsable del proceso de atención comunitaria de enfermería de salud mental. INAD. PSMar. Barcelona.

RESUMEN

Introducción: el Código Riesgo de Suicidio (CRS) es un programa de seguimiento proactivo de las personas que presentan un riesgo importante de suicidio, en el que los profesionales enfermeros especialistas en salud mental intervienen con personas que han realizado tentativas autolíticas. La función de la enfermera especialista, a través de la relación terapéutica con el paciente, es esencial para la prevención de futuros episodios.

Objetivo: conocer el perfil de los pacientes en seguimiento en CRS desde una perspectiva enfermera.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. La población estuvo constituida por 88 pacientes, a quienes se les activó en el protocolo de CRS en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) Martí i Julià de Santa Coloma de Gramenet, entre marzo de 2014 y octubre de 2016. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, escalas MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) y PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), patrones de salud y diagnósticos enfermeros.

Resultados: la media de edad de la muestra fue de 43,57 años y el 73 % eran mujeres. El 51 % de los pacientes tenía antecedentes de tentativas autolíticas y el 39 % presentaba trastornos de tipo adaptativo. Entre los métodos utilizados, destacan la sobreingesta farmacológica en un 70 % de los casos. Los diagnósticos enfermeros con mayor prevalencia fueron: afrontamiento familiar comprometido (24 %), desesperanza (20 %) y ansiedad (15 %).

Conclusión: las enfermeras especialistas en salud mental están capacitadas para el desarrollo, la implementación y evaluación de estrategias sobre la prevención del suicidio. Se observa como la tasa de abandono

aumenta conforme pasan los meses en seguimiento. En futuras investigaciones, es imprescindible centrarse en el seguimiento continuado del paciente para mejorar las estrategias de prevención.

Palabras clave: suicidio, intento autolítico, enfermería de salud mental.

INTRODUCCIÓN

El *suicidio* es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 como «un acto con resultado fatal, que fue deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, con el conocimiento o expectativa de su resultado fatal, y a través del cual pretendía realizar cambios que deseaba»¹. Al mismo tiempo que definía la *tentativa autolítica* o *parasuicidio* como «acto con resultado no fatal, en el que un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de otros, causará daño a sí mismo, [...] y que tiene por objeto realizar cambios que el sujeto deseaba a través de las consecuencias físicas reales o esperadas»¹.

Según la OMS², más de 800 000 personas se suicidan cada año en el mundo, lo que representa una muerte cada 40 segundos, siendo la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, convirtiéndose en un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE)³, se produjeron 3910 fallecimientos por suicidio en 2014 en el conjunto de España (tasa de 8,35/100 000 habitantes), cifras que están en continuo crecimiento desde el año 2005. En la provincia de Barcelona, ocurrieron 368 muertes por suicidio⁴; todos los datos estadísticos recogen un número más elevado de fallecimiento entre los hombres: en Barcelona, 274 hombres y 94 mujeres fallecieron en 2014 por acto suicida. Estas cifras duplican la mortalidad por acci-

denes de tráfico³. Y esto sin tener presente que, tal y como indican Giner *et al.*⁵, las tasas de suicidio recogidas por los institutos de medicina legal en España son superiores a los datos ofrecidos por el INE.

La OMS determina que el suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud, alertando sobre su aumento mundial. Durante la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud (2013), se adopta el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la OMS. La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan⁶. En él, se determina la prevención del suicidio como una prioridad importante, reconociendo que las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales. La OMS estima que se producen anualmente 4 intentos de suicidio/1000 habitantes, lo cual, teniendo presente la ratio mundial de fallecidos por suicidio, implica 20 tentativas por suicidio consumado⁷. Las estadísticas sanitarias no recogen las tentativas autolíticas, aunque algunos países comienzan a registrar estos intentos, con el propósito de monitorizar la incidencia y, así, identificar grupos y áreas de alta incidencia, y mejorar los servicios implicados en la prevención del comportamiento suicida⁸.

Existe relación entre el suicidio y los problemas de salud mental⁹; algunos estudios indican que, en el 95 % de los casos de suicidio en adultos, los sujetos presentan enfermedad psiquiátrica y/o consumo de sustancias. El 24 % de los suicidios consumados se producen durante los tres meses posteriores a ser atendidos a nivel hospitalario, considerándose el primer mes posterior al alta el período de mayor riesgo de presentar una nueva conducta suicida¹⁰. Con di-

Correspondencia: Jorge D. Jiménez Jiménez
Correo electrónico: jjimenezjim@uoc.edu

ferencia, el principal factor de riesgo de suicidio es una tentativa previa.

El Código Riesgo de Suicidio (CRS) es un programa de seguimiento proactivo de las personas que presentan un riesgo importante de suicidio por parte del centro de salud mental de adultos (CSMA), que incluye visitas presenciales y seguimiento telefónico con evaluaciones sistematizadas del riesgo suicida. Con ello, se pretende disminuir la mortalidad por suicidio y evitar la repetición de tentativas, mediante la gestión protocolizada de las visitas a personas en riesgo identificadas por los centros de la red pública del sistema sanitario¹¹; dentro del seguimiento del CRS, se programan visitas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, además de la visita inicial.

En la disciplina enfermera, está reconocido el riesgo de suicidio como diagnóstico enfermero de la NANDA (00150), y se define como riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida¹². Las escalas de detección son un instrumento que las enfermeras de salud mental pueden utilizar para complementar la información recogida en la entrevista de enfermería, aunque nunca deben ser utilizadas sustituyendo el examen del estado mental del paciente. Existen diversas medidas para detectar la tendencia suicida, con diferentes grados de fiabilidad, poder predictivo y utilidad para distintas poblaciones. Por otra parte, Rutherford sugiere que el uso de un lenguaje enfermero estandarizado ofrece mejor comunicación entre las enfermeras, mayor visibilidad de las intervenciones enfermeras, así como la posibilidad de evaluar los resultados de los cuidados realizados¹³, siendo, según Hyun y Park, necesaria y urgente su utilización¹⁴.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es conocer el perfil de los pacientes en seguimiento en el CRS desde una perspectiva enfermera, en el CSMA Martí i Julià de Santa Coloma de Gramenet.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Los sujetos de estudio son todas las personas mayores de 18 años que han realizado una tentativa autolítica y acudido a un servicio de urgencias de salud, activándose allí la alerta del CRS para su seguimiento en el CSMA de Santa Coloma de Gramenet, ciudad del área metropolitana de Barcelona, con una población de 117 153 habitantes, de la que el 22,9% es extranjera¹⁵, con una densidad de población de 16 736,1 habitantes/km², con un producto interior bruto anual por habitante de tan solo 11 000 €, y con una tasa de paro del 15,79%¹⁶. Se incluyeron todos los pacientes activados desde el 24/03/2014 hasta el 31/08/2016.

Las variables recogidas en el estudio son: sexo, edad, acontecimientos estresantes, puntuación en la escala de Holmes, puntuación de los instrumentos de medida MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) y PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), diagnóstico médico, visitas de seguimiento (numérica y dicotómica), vinculación/no vinculación al CSMA, tipo de tentativa autolítica, presencia de intentos autolíticos previos, nivel de rescatabilidad, patrones de salud alterados, y diagnósticos enfermeros. Las escalas utilizadas, la entrevista MINI y el cuestionario PHQ-9^{17,18}, están validadas en castellano. La MINI es una escala que mide el riesgo de suicidio. El PHQ-9 es un instrumento que permite realizar la identificación de pacientes con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación y, además, definir la gravedad del cuadro. Para cada paciente, se revisaron los patrones funcionales afectados, siguiendo el sistema de valoración de Gordon¹⁹, ya que, por una parte, son una configuración de comportamientos que contribuyen a la salud, a la calidad de vida y al logro de potencial humano de cualquier individuo; y, por otra parte, también nos permiten realizar una valoración enfermera sistematizada. Se realizó, asimismo, una revisión de las historias clínicas de la



primera visita enfermera de inclusión en el protocolo de CRS, identificando los principales diagnósticos enfermeros.

Todos los datos han sido recogidos de la primera consulta de enfermería, excepto las visitas de seguimiento, que han sido revisadas a los 3, 6 y 12 meses desde la primera visita tras la inclusión en CRS. Toda la información se obtuvo desde el programa IMAS Informatic Systems (IMASIS) del Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona.

Se exploraron los datos para identificar los valores extremos, así como para caracterizar las diferencias entre subgrupos de individuos considerados en el desarrollo del análisis. Las variables numéricas se analizaron con la media y a través de las desviaciones estándar (DE); por su parte, las variables cualitativas se muestran por medio de porcentajes.

El diseño del estudio no implica riesgos para los participantes y, siendo un estudio retrospectivo de un intervalo de más de dos años, el requisito de consentimiento individual haría impracticable la realización del estudio. El estudio cuenta con la aceptación del Comité Ético de Investigación Clínica.

RESULTADOS

Descripción de la muestra del estudio

Durante el período estudiado, fueron incluidos en el protocolo de CRS un total de 88 usuarios. El 73 % de la muestra fueron mujeres ($n = 64$). La media de edad de los usuarios registrados fue de 43,57 años ($DE = 17,3$; rango: 18-83 años), siendo mayor la media de edad en el caso de las mujeres (de 45,83 años frente a 42,71 años en hombres). El 51 % de los usuarios atendidos en el CRS presentaba antecedentes de tentativas autolíticas previas ($n = 45$), siendo mayor la prevalencia de tentativa previa entre los hombres que entre las mujeres (el 67 % de los hombres frente al 45 % de las mujeres).

Respecto a los diagnósticos médicos, destacaban en su conjunto los trastornos de tipo adaptativo (39 %), observándose diferencias por sexo; en las mujeres, estos trastornos representaban al 48 % de las usuarias con intento autolítico y, en hombres, al 13 %. Entre el sexo masculino, destacaban los diagnósticos asociados al consumo de drogas y/o alcohol (42 %); por el contrario, solo el 8 % de las mujeres presentaba un diagnóstico asociado al consumo de tóxicos. Por su parte, los trastornos de tipo depresivo representaban el 21 % de los diagnósticos en hombres y el 14 % en las mujeres. El resto de características clínicas y sociodemográficas de la muestra se presentan en la tabla 1.

El intento autolítico y el seguimiento en los servicios de salud mental

Entre los métodos utilizados por los usuarios para realizar la última conducta suicida, destacaba la sobredosis farmacológica en un 70 % de los intentos autolíticos, siendo más prevalente este tipo de intento en las mujeres (el 80 % de los casos frente al 46 % en los hombres), como se aprecia en la figura 1. Según la clasificación de Weisman y Worden²⁰, el 6 % de los usuarios atendidos hicieron una tentativa autolítica poco rescatable, buscando una intervención poco probable del medio; un 23 % presentaban una rescatabilidad moderada y, por contra, un 71 % realizó una tentativa al máximo rescatable o moderadamente rescatable, siendo esta fácil, ya fuera por aviso previo a la familia (23 %) o, incluso, acudiendo el propio paciente a los servicios hospitalarios o activando el propio paciente los servicios de emergencia tras el acto suicida (40 %). Respecto a la letalidad del acto suicida, globalmente, un 3 % de los intentos fueron de alta letalidad, siendo este tipo de intentos cuatro veces mayor entre hombres que entre mujeres (del 8 % frente al 2 %).

Según la escala de Holmes-Rahe²¹, en relación con el tipo de acontecimiento estresante previo al acto que presentaban los usuarios, destacaban los

Tabla 1. Descripción de la muestra

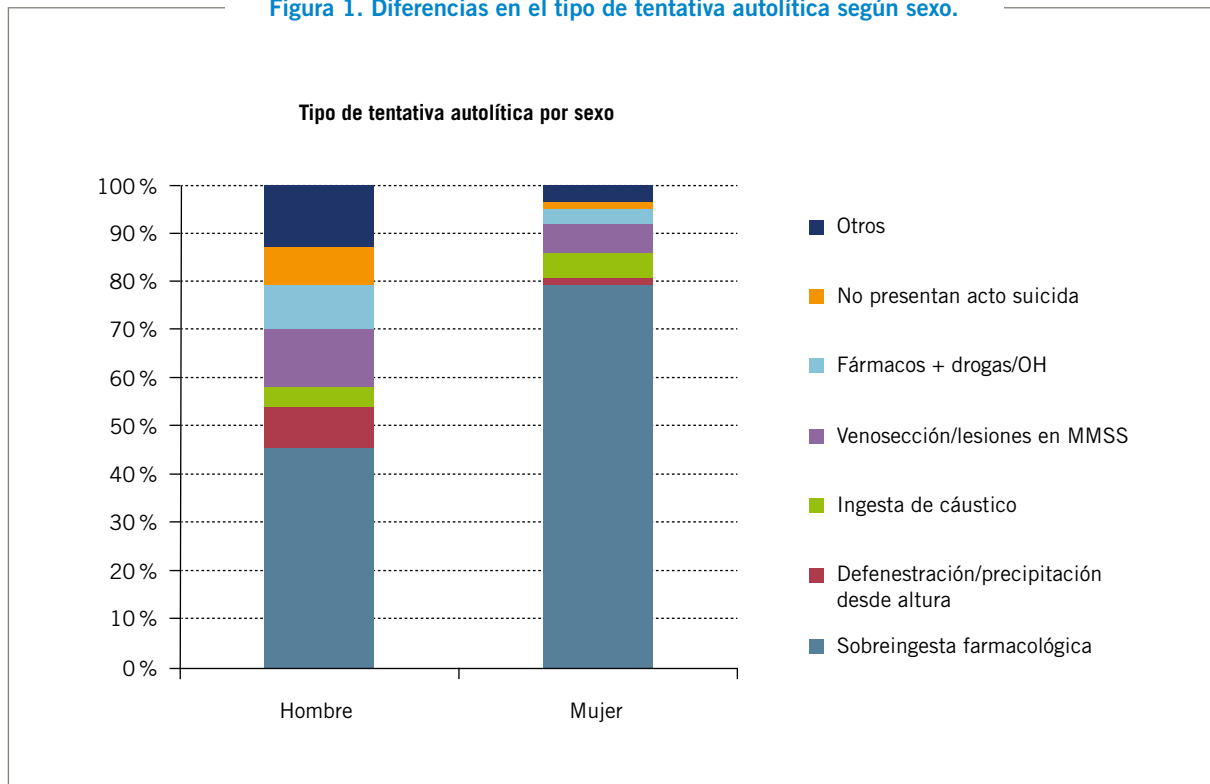
	Valores
Sexo, n (%)	88
Mujer	64 (73 %)
Hombre	24 (27 %)
Edad, años (DE)	43,57 (17,3)
Mujer	45,83 (17,5)
Hombre	42,71 (17,2)
Grupos de edad, n (%)	
18-30 años	22 (25 %)
31-45 años	25 (28 %)
46-65 años	28 (32 %)
+65 años	13 (15 %)
Acontecimientos estresantes previos, n (%)	
Sí	47 (53 %)
No	41 (47 %)
Diagnósticos de salud mental, n (%)	
Trastorno adaptativo	34 (39 %)
Trastorno depresivo	14 (16 %)
Consumo de tóxicos/alcohol	15 (17 %)
Trastorno límite de la personalidad	6 (7 %)
Distimia	5 (6 %)
Esquizofrenia/psicosis	5 (6 %)
Otros	9 (10 %)

DE: desviación estándar; n: tamaño de la muestra.

problemas en las relaciones sentimentales y el consumo de tóxicos, ambos en un 26 % de los pacientes, seguidos en el 19 % de los casos de situaciones donde se acumulaban varios factores estresantes. Existen diferencias en cuanto a sexo; entre los hombres, el 50 % de los acontecimientos estresantes previos estaban relacionados con el consumo de tóxicos (frente al 10 % en mujeres); por su parte, las mujeres presentaban un 34 % de acontecimientos estresantes asociados a problemas de relación sentimental (frente al 11 % en hombres); también destacaban en las mujeres antes del acto suicida acontecimientos relacionados con problemas económicos (14 %) y con problemas de salud o fallecimiento de familiares cercanos (10 %), situaciones en las cuales los hombres no mostraban acontecimientos estresantes.

Tras la inclusión en el protocolo, se inició el seguimiento de los pacientes, que comenzaba con una visita a la enfermera especialista en salud mental; el 10 % (n = 9) de ellos rechazaron por distinto motivo acudir a las visitas, el 90 % (n = 79) acudieron (un 92 % de los hombres frente a un 89 % de las mujeres). A lo largo de los 12 meses de seguimiento, hubo una tasa de abandono del 32 %, tasa que se incrementó conforme aumentaba el espacio temporal desde el momento de la tentativa autolítica (un 17 % a los tres meses). Tras los 12 meses, el 45 % continuaban siendo atendidos en el CSMA, el 11 % fueron derivados a otros servicios de salud mental y el 7 % recibió el alta del CSMA. Dos de los pacientes fallecieron por suicidio consumado, y otros dos murieron por causas naturales durante el período analizado.

Figura 1. Diferencias en el tipo de tentativa autolítica según sexo.



MMSS: miembros superiores; OH: ingesta de alcohol.

De los pacientes que abandonaron el seguimiento, la mayoría lo hicieron habiendo acudido, al menos, a una visita (un 64 %, n = 18), pero también un 25 % (n = 7) no aceptó el seguimiento de ninguna de las maneras, y el restante 11 % (n = 3) se volvió ilocalizable en algún momento del seguimiento.

La evaluación enfermera en el paciente en el protocolo de Código Riesgo de Suicidio

De las 79 personas que acudieron a la primera visita, el 95 % (n = 75; 54 mujeres y 21 hombres) utilizaron la consulta enfermera como vía de acceso al seguimiento en el protocolo de riesgo de suicidio. El tiempo medio en acceder a la consulta enfermera fue de 10,8 días después del alta en otros servicios de salud tras el intento autolítico.

La puntuación media de la escala MINI de los usuarios en seguimiento fue de 20,5 (DE: 9,55; rango: 0-39), lo que indica un riesgo elevado de suicidio (puntuación ≥ 10), que se corresponde con que el 87 % de los usuarios presentaba un riesgo de suicidio elevado en la primera consulta enfermera; no se observaron diferencias significativas por sexos respecto al riesgo de suicidio. Por su parte, para la escala PHQ-9, la puntuación media obtenida de los pacientes en seguimiento en esta escala fue de 18,23 (DE: 6,88; rango: 2-30), resultados que se corresponden con la depresión mayor con sintomatología de intensidad moderada. En esta escala, se constatan diferencias entre ambos sexos, siendo la puntuación media de las mujeres de 19,66 (DE: 6,33; rango: 2-30); por su parte, los hombres presentaban una puntuación media de 14,23 (DE: 6,95; rango: 5-26).

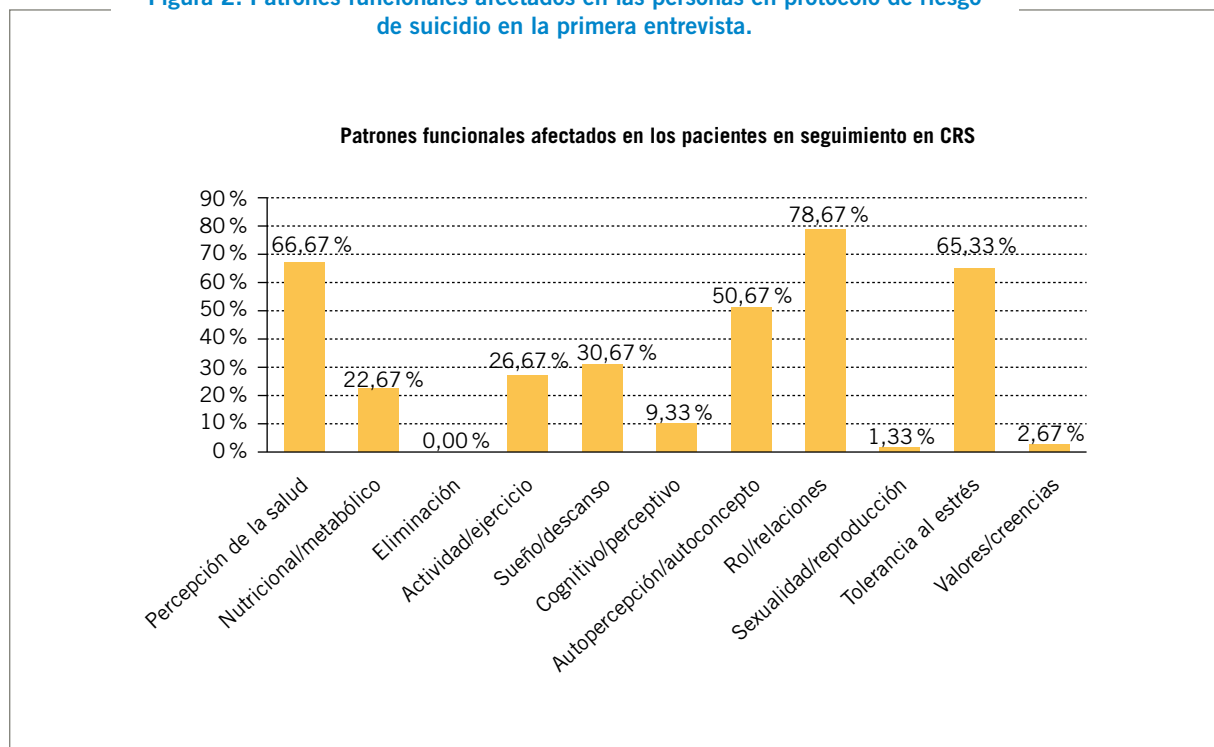
El principal patrón funcional alterado entre los individuos que acudieron a la primera visita de seguimiento fue el patrón de rol-relaciones (el 79 % de los pacientes); seguido por el patrón de percepción de la salud (67 %), y por el patrón de tolerancia al estrés (65 %). En la figura 2, se muestra la afectación de cada uno de los patrones funcionales.

En el momento de la primera visita, en relación con los diagnósticos enfermeros, se establecieron 135 diagnósticos, siendo el principal (24 %) el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido (00074), seguido por el diagnóstico de desesperanza (00124), que se mostraba presente en el 20 %, y por el diagnóstico de ansiedad (00146) en el 15 % de los diagnósticos formulados. Existieron diferencias entre sexos; los principales diagnósticos enfermeros entre las mujeres fueron el afrontamiento familiar comprometido y la desesperanza, que, en-

tre ambos, suman el 50 % de los diagnósticos formulados a las mujeres que acudieron a la primera visita; sin embargo, entre los usuarios de sexo masculino, la desesperanza fue el principal diagnóstico enfermero, presente en el 17 % de los diagnósticos formulados, seguido de la ansiedad y el afrontamiento ineficaz (00069); ambos diagnósticos sumaban el 14 % de los diagnósticos formulados. En el 16 % de los casos, se establecieron otros diagnósticos enfermeros, entre ellos, aislamiento social, estrés por sobrecarga, baja autoestima situacional, trastorno de la identidad personal y duelo complicado.

Solo teniendo presente el número de usuarios atendidos (n = 79) en primera visita, el 54 % de las mujeres presentaron el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido, un 39 % presentaban el diagnóstico de desesperanza, y un 28 %, el diagnóstico de ansiedad. Por su parte, en los hombres, el

Figura 2. Patrones funcionales afectados en las personas en protocolo de riesgo de suicidio en la primera entrevista.



CRS: Código Riesgo de Suicidio.



principal diagnóstico era el de desesperanza (29%), mientras que el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido solo apareció en cuarto lugar y estaba presente en un 19% de los usuarios de sexo masculino.

CONCLUSIÓN

De los resultados obtenidos, destaca que existe una pérdida de seguimiento de los pacientes que se introducen en el protocolo de riesgo de suicidio, para lo que se deberían crear mecanismos para intentar revincular a estos pacientes. Un aspecto importante que destacar es un leve retraso en la primera visita, ya que debería obtenerse un dato inferior a 10 días tras el alta en los servicios de salud después de una tentativa autolítica. Los dos suicidios consumados corresponden a hombres, lo que es compatible con la literatura analizada y los datos estadísticos, que indican mayor letalidad en el sexo masculino⁴.

Existen diferencias entre sexos que nos deben hacer plantear abordajes preventivos y de seguimiento diferentes. En primer lugar, tenemos una gran diferencia en los diagnósticos médicos; en los hombres, además, existe una mayor variabilidad en el tipo de acto y, en la escala PHQ-9, observamos puntuaciones en los hombres más acordes con un diagnóstico de depresión menor o distimia o, incluso, con un diagnóstico de depresión mayor, pero con sintomatología de intensidad leve, mientras que, en mujeres, es cercana a la sintomatología depresiva de intensidad grave.

Los patrones identificados como de mayor riesgo nos permiten desarrollar y fortalecer iniciativas destinadas a la prevención de futuros eventos en los usuarios atendidos; existen pocos estudios en este ámbito, pero los resultados encontrados, al igual que en el estudio de Piedrahita *et al.*²², destacan los riesgos presentes en los patrones de percepción de la salud, autopercepción-autoconcepto, tolerancia y afrontamiento del estrés, si bien, este estudio no consideraba tan importante el patrón de rol y relaciones,

al contrario que nuestros resultados, que identifican este patrón como el más afectado; aunque debemos tener presente la diferencia entre las muestras en ambos estudios. Estos resultados son compatibles con los conceptos de la pertenencia frustrada y de lucha interna identificados por Berglund *et al.*²³ en su revisión de la literatura.

La principal limitación del estudio ha sido la dificultad para poder realizar otras comparaciones entre diferentes grupos, sobre todo, diferentes aspectos socioeconómicos o de estado civil y, en el futuro, se deberían tener presentes a la hora de diseñar estudios del CRS. También es necesario en futuras investigaciones centrarse en la evolución de los pacientes, así como abordar un seguimiento enfermero continuado, ya que las enfermeras especialistas en salud mental tienen un papel esencial en la prevención del suicidio, debido a que pueden favorecer la adquisición de habilidades que propicien una mejor interacción del usuario con su entorno. El suicidio es un problema de salud pública, y es el momento de que las enfermeras especialistas en salud mental lideren el desarrollo, la implementación y la evaluación de estrategias para el seguimiento de pacientes en la prevención del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Working group on preventive practices in suicide and attempted suicide: summary report (ICP/PSF 017 (S) 6526 V). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1986.
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva OMS N° 398. 2016. Revisada en septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
3. Inebase (Base de datos). Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2014. Disponible en: <http://www.ine.es>
4. Idescat (Base de datos). Anuario Estadístico de Cataluña. Suicidios por sexo y provincias 2014. Disponible en <http://www.idescat.cat>
5. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Mental*. 2014;7(3):139-46.

6. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
7. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Ginebra: World Health Organization; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
8. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2014;24(2): 292-7.
9. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(9):1174-82.
10. Forster PL, Wu LH. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. En: Allen MH (ed.). *Emergency psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Association Publishing; 2002. p. 75-113.
11. CatSalut. Instrucció 10/2015 Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
12. NANDA International. *Nursing diagnoses 2012-14: definitions and classification by NANDA International*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
13. Rutherford M. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice. *OJIN*. 2008;13(1):243-50.
14. Hyun S, Park HA. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Classification for Nursing Practice*. International Council of Nurses. North American Nursing Diagnosis Association. Home Health Care Classification. *Nursing Interventions Classification*. *Int Nurs Rev*. 2002;49(2):99-110.
15. Idescat (Base de datos). Anuario Estadístico de Cataluña. El municipio en cifras. Disponible en: <http://www.idescat.cat>
16. SEPE (Base de datos). Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadísticas de empleo. Disponible en: <http://www.sepe.es>
17. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Fariás R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2012;50(1):10-22.
18. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
19. Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014.
20. Weisman AD, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(6):553-60.
21. González de Rivera JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4(1):7-11.
22. Piedrahita LE, García MA, Mesa JS, Rosero IS. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colomb Med*. 2011;42(3):334-41.
23. Berglund S, Åström S, Lindgren BM. Patients' experiences after attempted suicide: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(10):715-26.