



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Sieso Sevil, Ana Isabel; Fernández Parrado, Carmen; Zahíno López, Vanesa; Pardo Falcón, María Eva. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.php>

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL PARA DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES QUE HAN COMETIDO UN INTENTO AUTOLÍTICO

¹Ana Isabel Sieso Sevil; ²Carmen Fernández Parrado; ²Vanesa Zahíno López; ¹M^a Eva Pardo Falcón.

1. DUE especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)
2. DUE especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla (España)

Resumen

El comportamiento suicida constituye un problema de salud pública. El intento autolítico y su repetición constituyen el predictor más fuerte de riesgo de suicidio. Este hecho es especialmente común durante el primer año tras el intento de suicidio, particularmente después del alta hospitalaria, donde también aumenta el riesgo de suicidio consumado. El incumplimiento de tratamiento al alta se asocia con una reincidencia del intento autolítico. Se ha observado que el contacto telefónico al mes siguiente del alta disminuyó el reintento de suicidio y fomentó el cumplimiento terapéutico.

El objetivo de este proyecto es valorar la efectividad de un programa desarrollado por la enfermera especialista en salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han realizado un intento autolítico mediante seguimiento telefónico durante un año. Se realizará un estudio cuasiexperimental, con un grupo experimental donde además de los cuidados habituales, se realizará la intervención utilizando las NIC consulta por teléfono, prevención del suicidio, escucha activa y aumentar el afrontamiento y un grupo control.

A ambos grupos se les citará en la consulta de enfermería al inicio del estudio para realizar una valoración y se les pasarán los cuestionarios SSI (escala de ideación suicida) y HDRS (escala de la depresión de Hamilton). Al finalizar el seguimiento telefónico, así como a los seis y doce meses posteriores, se citarán en consulta para valorar el manejo del régimen terapéutico mediante el NOC Conducta de cumplimiento y si ha realizado nuevos intentos autolíticos. Se volverán a pasar los cuestionarios SSI y HDRS.

Palabras clave: suicidio, intento autolítico, prevención, seguimiento telefónico.

Abstract

The suicidal behavior constitutes a problem of public health. The suicide attempt and repetition is the strongest predictor of suicide risk. This fact is especially common during the first year after the attempt of suicide, particularly after the hospital discharge, where also it increases the risk of consummate suicide. Breach of treatment at discharge was associated with recidivism on the autolytic attempt. It has been observed that the telephone calls the after month of the discharge diminished the attempt and fomented the therapeutic fulfillment.

The objective of this project is to value the effectiveness of a program developed by the specialist nurse in mental health to diminish the suicidal risk in patients who have realized an autolytic attempt by means of telephone pursuit during a year. A quasi-experimental study will be realized, with an experimental group where besides the habitual cares, the intervention will be realized using the NIC consults by telephone, prevention of the suicide, it listens activates and to increase to the facing and a control group.

To both were cited in the nursing consultation the beginning to them of the study to realize a valuation of infirmary and questionnaires SSI (scale of ideation forces suicide on) and HDRS (scale of the depression of Hamilton). When finalizing the pursuit, as well as to the six and twelve months later, will be cited in consultation to value the handling of the therapeutic regime by means of the NOC Conduct of fulfillment and if it has realized new autolytic attempts. Likewise, will become to pass questionnaires SSI and HDRS.

Key words: suicide, autolytic attempt, prevention, monitoring phone.

INTRODUCCIÓN

El término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Se han establecido múltiples definiciones y descripciones del fenómeno del suicidio. Por este motivo, la O.M.S. plantea las siguientes definiciones en su último informe mundial sobre violencia y salud en un intento de unificar los términos relacionados con el suicidio¹:

- “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte.
- “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte, lo que en nuestro medio denominamos intento autolítico.

Además hemos de tener en cuenta que la ideación suicida suele estar presente, entendiendo por dicha ideación cuando un sujeto, persistentemente, piensa, planea o desea cometer suicidio con diversos grados de intensidad y elaboración.

A nivel del trabajo enfermero, y según la NANDA podemos identificar el diagnóstico enfermero de *riesgo de suicidio* (00150) cuando existe riesgo de lesión autoinflingidos que pone en peligro la vida².

Según la Organización Mundial de la Salud el suicidio provoca casi un millón de víctimas al año, y las estimaciones realizadas indican que en 2020 las muertes podrían ascender a 1,5 millones³. Se encuentra entre las diez principales causas de muerte y entre las tres primeras en los jóvenes (de 15 a 34 años). La ratio de muerte global es de 16 muertes por suicidio por cada cien mil habitantes, o lo que es lo mismo, una muerte cada cuarenta segundos³. En España la tasa de suicidio se sitúa aproximadamente a la mitad de la tasa mundial (8,2/100.000 en el año 2002) aunque en los últimos años está experimentando uno de los incrementos mundiales más notables, lo que se ha relacionado con los intensos cambios socioeconómicos que se han producido en nuestro país. Además hay que destacar que el porcentaje de intentos autolíticos en nuestro país se sitúa a un nivel similar al resto de los países europeos (1,3%)⁴. En Andalucía, en el año 2006, la mortalidad por suicidio representó el 1,16% del total de defunciones de la Comunidad Autónoma⁵.

Varios factores influyen en el riesgo de cometer suicidio cuyo conocimiento es fundamental para prevenirlo:

- *Factores sociodemográficos*. Entre ellos podemos citar el sexo: a nivel mundial las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados: hay cerca de tres suicidios masculinos por cada uno femenino⁶. La edad es otro de estos factores: a nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad. Sin embargo, las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando sobre todo en varones entre 15-24 años, constituyendo una de las cinco primeras causas de muerte en la población joven². Se estima que la razón entre el comportamiento suicida no mortal y el mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1: 2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1: 100-200¹.

- Los *factores clínicos* que más influyen en el suicidio son en primer lugar los trastornos mentales. La relación entre suicidio y trastorno mental es conocida desde hace tiempo, y se ha propuesto una relación entre ambos en el 90% de los casos^{4,6,7}. De hecho, todas las enfermedades mentales tienen un riesgo aumentado de suicidio excepto el retraso mental y la demencia⁸. La presencia de enfermedades mentales es casi constante en las personas que han intentado suicidarse. Además la presencia de comorbilidad psiquiátrica aumenta el riesgo de cometer un intento autolítico.^{4,8,9} Los trastornos del humor, y en particular la depresión mayor y el trastorno bipolar tipo II son los de mayor riesgo para realizar un intento autolítico.^{1,4,9,10} Se piensa que la depresión interviene en aproximadamente el 65-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas. La esquizofrenia y los trastornos límite de personalidad también muestran una asociación alta con el suicidio y se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de toda la vida para estas personas es de cerca del 10%^{1,8,10} Todo esto resalta la importancia de realizar una detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales para prevenir el suicidio.

En nuestro país, los factores de riesgo asociados al intento autolítico son: sexo femenino, edad joven, padecimiento de enfermedad mental, especialmente si existe comorbilidad y desarrollo reciente de ideación suicida⁴.

El comportamiento suicida constituye un problema de salud pública fundamental en todo el mundo, y sobre todo en los países desarrollados. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 40 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Los datos sobre la mortalidad por suicidio en general subestiman la verdadera prevalencia del suicidio en una población, pero todavía es más reseñable que no se conoce claramente la magnitud de los intentos de suicidio en la mayor parte de los países¹.

Lo que sí está contrastado es que la realización de un intento autolítico constituye el predictor más fuerte de riesgo de suicidio⁸. Se calcula que un 30% de las personas que han cometido un intento autolítico lo repiten, y finalmente terminan suicidándose un 10%, constituyendo un 25% de todos los suicidios consumados. Además el 50% de los fallecidos por suicidio tienen antecedentes de conducta suicida previa³.

Tanto en los servicios de urgencias, como en la hospitalización en Unidades de Salud Mental o en Centros de Salud Mental es frecuente atender a pacientes que han cometido un intento autolítico. De hecho los intentos autolíticos constituyen uno de los principales motivos de ingreso en una unidad de hospitalización de salud mental¹¹. Los profesionales sanitarios hemos de tener en cuenta que las personas que realizan un intento autolítico a menudo lo repiten, como ya se ha citado anteriormente. La repetición de los intentos autolíticos constituye el factor predictivo más potente para consumir posteriormente un suicidio. Un estudio realizado en Finlandia¹², donde se realizó un seguimiento a las personas que habían sido hospitalizadas por un intento autolítico entre los años 1996 y 2003 observó que el riesgo de repetir el intento estaba en un 30% y el de suicidio en un 10%. La reiteración del intento autolítico es especialmente común durante el primer año tras el intento de suicidio³, y sobre todo inmediatamente después del alta hospitalaria, donde también aumenta particularmente el riesgo de suicidio consumado¹².

Las personas que han intentado suicidarse suelen ser remisas al tratamiento posterior y muchas de ellas no acuden al mismo o lo dan por terminado de manera

prematura, lo que aumenta la probabilidad de que vuelvan a cometer otro intento autolítico¹². Así pues, merecen especial atención al alta las personas con intentos autolíticos repetidos, sobre todo si son de intensidad creciente, que precisan un ingreso hospitalario.

La conducta suicida se caracteriza por varios aspectos. Uno de ellos es la ambivalencia: la persona quiere huir del dolor que le provoca vivir y al mismo tiempo desea vivir. Si estas personas reciben apoyo, aumentando su deseo de vivir, el riesgo de suicidio disminuye. Además se trata de un acto impulsivo. Dicho impulso puede durar desde unos minutos hasta horas. Si se consigue ganar tiempo superando el momento de la crisis, el riesgo de suicidio también disminuye. Por último es necesario saber que los pensamientos, sentimientos y acciones de los suicidas son rígidos y restringidos. Son incapaces de ver otra salida a sus problemas que no pase por el intento autolítico. Muchos de ellos comunican estos pensamientos o envían "señales", manifestando sus sentimientos de inutilidad o su deseo de morir. El intento autolítico ha de ser visto como un grito de ayuda. La persona quiere provocar cambios que hagan su vida más soportable³.

El seguimiento telefónico se considera una forma adecuada para intercambiar información, proporcionar asesoramiento y educación sanitaria, manejar los síntomas, reconocer las complicaciones de forma temprana, proporcionar confianza y facilitar un servicio de atención poshospitalaria de calidad. A través del seguimiento telefónico la información se puede reforzar y así aumentar el cumplimiento y asegurar el bienestar físico y emocional del paciente. Además es una intervención fácil de organizar y no requiere mucho dinero ni tiempo¹³.

Existen varios estudios en los que se ha realizado un seguimiento telefónico de los pacientes que han realizado un intento autolítico durante los meses posteriores al alta, y parecen existir evidencias de su efectividad^{12,14,16,17}. De hecho se observó que el contacto telefónico con estas personas al mes siguiente del alta disminuyó el reintento de suicidio y fomentó el cumplimiento terapéutico^{12,14,16,17}.

La prevención y control del suicidio no es una tarea fácil. A nivel mundial han existido varias iniciativas para ello. En 1999 la O.M.S. lanzó el programa SUPRE (suicide prevention) en un intento de reducir la creciente mortalidad mundial por suicidio. Para ello desarrollaron subproyectos, como el SUPRE-MISS cuyo objetivo es evaluar las estrategias de tratamiento para suicidas, valorar comportamiento e ideación suicida en la comunidad y describir las características socioculturales de la comunidad³.

En nuestro país no existe ningún programa de asistencia y prevención institucionalizada. Sí existe desde los planes de salud de muchas comunidades autónomas el objetivo de disminuir el número de suicidios, pero no se describe ningún plan de actuación específico. En el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 se apuesta por la prevención de los problemas de salud mental de la población en general y por la mejoría en el acceso a las actividades preventivas ofertadas a la población. Uno de sus objetivos específicos es abordar, de forma específica la prevención del suicidio así como crear un grupo de trabajo con la finalidad de revisar la evidencia disponible sobre detección de riesgo suicida y elaborar pautas de actuación a incorporar a la práctica clínica⁵.

Mediante este proyecto se pretende aplicar una intervención que sea de utilidad en un problema de la magnitud del suicidio, realizando un seguimiento telefónico a personas

que han cometido un intento autolítico durante el año posterior al mismo. La prevención del suicidio es una cuestión que necesita un abordaje prioritario por parte de los servicios de salud y la enfermera especialista en salud mental puede desarrollar un papel fundamental garantizando una atención individualizada que permita ejercer un control efectivo y preventivo sobre un problema de magnitud mundial como es el suicidio y mejorar la conducta de cumplimiento del tratamiento.

Hipótesis general

La implantación de un programa de seguimiento telefónico por parte de la enfermera especialista en salud mental influye positiva y significativamente en la disminución del riesgo suicida de pacientes que han cometido un intento autolítico previo.

Hipótesis específicas

- La implantación de un programa de seguimiento telefónico durante un año por parte de la enfermera especialista en salud mental influye positiva y significativamente en la disminución de la repetición de intentos autolíticos al finalizar la intervención y a los seis y doce meses posteriores a la misma.

- La implantación de un programa de seguimiento telefónico por parte de la enfermera especialista en salud mental influye positiva y significativamente en la disminución de la tasa de mortalidad por suicidio.

- La implantación de un programa de seguimiento telefónico por parte de la enfermera especialista en salud mental influye positiva y significativamente en el manejo efectivo del régimen terapéutico.

- La implantación de un programa de seguimiento telefónico por parte de la enfermera especialista en salud mental influye positiva y significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva.

- La implantación de un programa de seguimiento telefónico por parte de la enfermera especialista en salud mental influye positiva y significativamente en la disminución de la ideación autolítica.

Objetivo general

Valorar la efectividad de un programa desarrollado por la enfermera especialista en salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han realizado un intento autolítico mediante seguimiento telefónico durante un año.

Objetivos específicos

- Valorar la efectividad del programa para disminuir la repetición de intentos autolíticos en pacientes que han cometido un intento autolítico previo.

- Evaluar la efectividad del programa para disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en pacientes que han cometido un intento autolítico previo.

- Conocer la efectividad del programa para mejorar el manejo del régimen terapéutico en los pacientes que han cometido un intento autolítico.

- Evaluar la efectividad del programa para disminuir la sintomatología depresiva en pacientes que han cometido un intento autolítico.
- Averiguar la efectividad del programa para disminuir la ideación autolítica en pacientes que han cometido un intento autolítico previo.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño: Valoración de programa, cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo, de series temporales.

Ámbito de estudio: Área Hospitalaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Constituye el mayor complejo hospitalario del sistema sanitario público de Andalucía, integrado en el servicio andaluz de salud y ubicado en Sevilla. Atiende una población de 751.606 habitantes en la especialidad de salud mental.

Población: Pacientes que acuden a las Unidades de Salud Mental Comunitaria para valoración y seguimiento por haber realizado un intento autolítico y que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Haber realizado un intento autolítico
- Tener domicilio estable en el área sanitaria y ser mayor de 18 años.
- Precisar valoración y seguimiento en un Centro de Salud Mental por haber realizado un intento autolítico.
- Aceptación voluntaria de la participación en el estudio (firma del consentimiento informado).

Criterios de exclusión:

- Personas que han cometido un intento autolítico pero se hallan fuera del rango de edad descrito en los criterios de inclusión.
- Sujetos que únicamente presenten ideación autolítica.
- Presencia de retraso mental severo.

Muestra: A falta de datos específicos sobre la tasa de intento autolítico en esta población y dado que se estima una baja incidencia, se trabajará con todos los sujetos del área del Hospital Universitario Virgen del Rocío que cumplan los criterios antes descritos. La captación de los mismos se realizará desde el servicio de urgencias donde sean atendidos (informe de alta donde son remitidos a valoración por su Unidad de Salud Mental Comunitaria correspondiente).

Metodología de la asignación: los pacientes se dividirán en dos grupos, según pertenencia a las Unidades de Salud Mental (U.S.M.C.). El grupo experimental estará constituido por la U.S.M.C. de Guadalquivir (130.558 habitantes), U.S.M.C. de Oriente (112.364 habitantes) y U.S.M.C. Sur (125.956 habitantes). El grupo control estará formado por las U.S.M.C. de Este (172.937 habitantes), U.S.M.C. de Aljarafe (84.874 habitantes) y U.S.M.C. de San Juan de Aznalfarache (109.362 habitantes). En el grupo experimental la enfermera especialista intervendrá de forma directa sobre sus integrantes con la aplicación del programa y en el grupo control recibirán los cuidados habituales en salud mental.

Definición y Operativización de las variables

Variable independiente:

Programa de intervención de la enfermera especialista en salud mental de prevención del suicidio mediante seguimiento telefónico durante un año en pacientes que han realizado un intento autolítico.

La implantación y valoración del programa será llevado a cabo por dos enfermeras especialistas y precisará la colaboración de las enfermeras integrantes de las Unidades de Salud Mental que atiendan a estos pacientes para informarles de la existencia del estudio y favorecer el contacto entre las enfermeras especialistas que van a realizar el estudio y los citados pacientes. Se realizarán llamadas telefónicas a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de la realización del intento autolítico.

Cada intervención telefónica tendrá una duración estimada de 45 minutos y consistirá en una entrevista semiestructurada, que se realizará fuera del tratamiento ordinario de los sujetos, con los siguientes ítems: realización de conductas suicidas desde el último contacto, situación psicopatológica actual (sentimientos respecto hacia sí mismo, presencia de sintomatología depresiva o de sentimientos de falta de control), conducta de cumplimiento del régimen terapéutico y presencia de ideación autolítica en la actualidad.

Además la enfermera especialista de salud mental aplicará las siguientes intervenciones de enfermería (NIC) en cada llamada telefónica: 8180 *Consulta por teléfono*: identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones por teléfono. 6340 *Prevención del suicidio*: disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida. 4920 *Escucha activa*: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente. 5230 *Aumentar el afrontamiento*: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana. A cada una de estas intervenciones le siguen una serie de actividades explicitadas en el Anexo I. Si durante el seguimiento se observa una situación de riesgo se derivará al paciente al dispositivo de salud más adecuado.

Variables dependientes:

- Tasa de repetición de intentos autolíticos, que se operativizará mediante el número de intentos autolíticos realizados tras el primer intento evaluado en el estudio al finalizar la intervención sobre el total de pacientes de cada grupo y al año de la intervención.
- Tasa de mortalidad por suicidio, que se operativizará mediante el número de muertes por suicidio en cada grupo de población al finalizar la intervención y al año de la misma.
- Manejo del régimen terapéutico: se evaluará mediante la NOC: 1601 Conducta de cumplimiento, que se define como acciones basadas en el asesoramiento profesional para proporcionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación. Esta NOC pertenece al dominio conducta y conocimiento en salud y a la clase conducta. Se mide mediante una escala Likert cuyas categorías son: Manifestada: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente. Estas categorías se miden de 1 a 5: donde 1 es nunca manifestada y 5 constantemente manifestada.

Medimos los siguientes indicadores: 160103 Comunica seguir la pauta prescrita; 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario y 160106 Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario.

- Estado de ánimo: presencia de depresión que se operativizará mediante la escala de Hamilton para la depresión (HDRS), que evalúa la gravedad del cuadro depresivo. Esta escala consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Es la escala más utilizada en la actualidad. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Se trata de una escala heteroaplicada. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem.

Puntos de corte utilizados: 0-7: sin depresión; 8-14: distimia; Igual o mayor de 15: depresión de moderada a grave. El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación igual o mayor a 18. Se considera remisión la puntuación en la HDRS menor de 7.

- Presencia de ideación autolítica, que se operativizará mediante la escala de ideación suicida (SSI), que evalúa la gravedad de la ideación suicida. Mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta, como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos” (disuasores). Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.

Variables de control:

Edad, sexo (hombre / mujer), presencia de psicopatología previa (si / no) y tipo, existencia de apoyo familiar (si / no).

Recogida de datos

A los integrantes del grupo experimental y grupo control se les citará en la consulta de enfermería al inicio del estudio (antes del primer mes de haber cometido el intento autolítico) para realizar una entrevista de valoración de enfermería según los patrones funcionales de salud de M. Gordon en la que siempre se incluirán los siguientes ítems: motivo referido por el paciente que le ha llevado a realizar el intento autolítico, presencia de psicopatología: antecedentes personales y familiares de suicidio y otros trastornos mentales; si el paciente presenta actualmente un trastorno mental (especialmente psicosis, depresión, abuso de alcohol o tóxicos); apoyo socio-familiar: si tiene apoyo y de qué tipo; sigue pautas / recomendaciones terapéuticas (incluido tratamiento farmacológico). Además se les pasarán los cuestionarios SSI (escala de ideación suicida) y HDRS (escala de la depresión de Hamilton).

Se incluirán sujetos para el estudio durante cuatro meses desde que se inicie el estudio. Al finalizar la intervención así como a los seis y doce meses de la misma se volverá a citar en la consulta de enfermería a los componentes de cada grupo y se

realizará otra entrevista en la que se preguntará por el manejo del régimen terapéutico (evaluándolo mediante el NOC 1601 Conducta de cumplimiento) y si ha realizado nuevos intentos autolíticos. También se volverán a pasar los cuestionarios SSI y HDRS.

Los datos se registrarán en un cuaderno de recogida de datos, que contendrá todas las hojas de registro necesarias de cada persona incluida en el estudio, y posteriormente se volcarán en una base de datos unificada que se diseñará al efecto. No se tendrán en cuenta para el análisis de los datos a los componentes del estudio que falten a dos o más citas.

Análisis de los datos

Análisis descriptivo: Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/ cualitativa).

Análisis inferencial: Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 19 para Windows.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones a destacar del estudio se encuentra la dificultad para la captación de los integrantes del mismo. Es probable que muchos pacientes atendidos en el servicio de urgencias no acudan a su Unidad de Salud Mental Comunitaria para el seguimiento correspondiente y habrá que contar con los posibles abandonos, por lo que la muestra probablemente no sea representativa de la población de personas con intentos de suicidio. Es por ello que se incluyen todos los sujetos disponibles en el estudio. Además la asignación de los grupos no es aleatoria. También debe considerarse la existencia de efectos de intervención no previstos en el estudio, como la primera entrevista con el grupo control, que podrá servir como intervención en ese grupo.

Cronograma

Actividad 1 (primer y segundo mes): sesiones conjuntas de las dos enfermeras especialistas de salud mental para puesta en común sobre: información general sobre el proyecto; presentación del cronograma; exposición de la metodología; reparto de tareas; calendario de reuniones (de las investigadoras, así como con las enfermeras de las USMC); aclaración de dudas.

Actividad 2 (tercer y cuarto mes): elaboración y estandarización de los contenidos del programa; diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro; diseño de la base de datos general del proyecto.

Actividad 3 (del quinto al vigésimo mes): desarrollo y puesta en marcha del protocolo de investigación; captación y seguimiento de los pacientes; recogida e inclusión de datos en la base correspondiente; reuniones del equipo cada 3 meses para reevaluación y seguimiento del protocolo.

Actividad 4 (del decimonoveno al trigésimosexto mes): recogida de datos y tratamiento, análisis e interpretación de los mismos; elaboración de los resultados y de las conclusiones; difusión de los resultados; elaboración del artículo científico del protocolo llevado a cabo; elaboración de la memoria conjunta del proyecto.

AÑO 1:

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

AÑO 2:

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

AÑO 3:

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo.

Recursos necesarios para la realización del proyecto y viabilidad de su obtención:

Presupuesto

- | | |
|---|--------|
| 1) Material inventariable: | |
| a) Ordenador portátil e impresora | 1000 € |
| b) Consumibles informáticos (tóner, CD...) y de oficina | 200 € |
| 2) Material bibliográfico: | |
| a) Libros de metodología enfermera | 400 € |
| 3) Viajes y dietas: | |
| a) Asistencia a dos congresos nacionales | 1000 € |

Recursos materiales

- 1) Consultas de enfermería en cada una de las U.S.M.C. del área
- 2) Instalaciones de la Unidad de Investigación, incluyendo conexión a internet y programa informático SPSS versión 19 para Windows.

Los equipos informáticos actualmente disponibles en el Hospital Universitario Virgen del Rocío son equipos de red que no admiten la inclusión en el sistema de bases de datos ni documentación exterior (carecen de lectores de CD o disquetes) por políticas de seguridad. Dado que el intercambio de información entre los investigadores debe ser constante y fluido, se hace necesario poder disponer de un sistema informático independiente y que permita una conexión a Internet sin restricciones para poder manejar la información a través del correo electrónico (actualmente también limitado para la descarga de documentos y archivos en los hospitales por problemas de seguridad).

Recursos humanos

El equipo investigador estará formado por dos enfermeras especialistas en salud mental, actuando una de ellas como investigadora principal. Así mismo, participarán en la investigación cuatro enfermeros residentes que estén realizando la especialidad en salud mental al inicio de la investigación, para continuar después como enfermeros especialistas. En la fase de reclutamiento de pacientes colaborarán las enfermeras de las U.S.M.C. del área. Asimismo, será preciso el asesoramiento de la Consultoría de Investigación en Enfermería (Unidad de Investigación).

Viabilidad de la obtención de los recursos

El estudio se realizará mediante el apoyo de la Dirección de Enfermería del Área Sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío para que las enfermeras implicadas en el mismo pudieran llevar a cabo la intervención durante su horario laboral. Dadas las características del estudio consideramos que resulta muy posible llevarse a cabo, ya que no precisa numerosos ni costosos recursos materiales y no sería preciso contratar más personal para el desarrollo de este proyecto.

Consideraciones éticas

El proyecto se desarrollara en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo. Se informará a los

pacientes de la voluntariedad de la participación en el estudio y la confidencialidad de los datos suministrados. Se procederá a la creación de un fichero informático donde se recogerá la información aportada por los integrantes del estudio, siguiendo las indicaciones del RD 994/1999 de 11 de junio. Además previamente se solicitará y obtendrá la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Justificación del proyecto y utilidad para la práctica clínica

El comportamiento suicida constituye un problema de salud pública fundamental en todo el mundo, pero además se trata de una tragedia personal y familiar, causando gran sufrimiento a la persona en cuestión y a todas aquellas que están a su alrededor. Sus vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico, sobre todo cuando el comportamiento suicida termina siendo mortal. Con el aumento general de dicho comportamiento, particularmente entre los jóvenes, se hace imprescindible la puesta en marcha de estrategias eficaces para la prevención del suicidio. Hasta ahora no ha existido ninguna política concreta al respecto, aunque la prevención del suicidio figura como un objetivo de salud prioritario y específico tanto a nivel nacional como internacional.

Las enfermeras especialistas en salud mental son parte esencial en la atención a nivel comunitario, y tienen un papel fundamental en la prevención de conductas de riesgo. La aportación específica de las enfermeras especialistas en salud mental viene dada por el trabajo que realizan con las personas y con las respuestas humanas derivadas a las alteraciones de salud mental. Según Travelbee Joyce la enfermería en salud mental y psiquiatría es un proceso interpersonal por el cual la enfermera presta asistencia al individuo, familia y comunidad para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar experiencias de estrés y de enfermedad mental, y les ayuda a readaptarse y encontrar significado a estas experiencias. Así pues, la enfermera especialista de salud mental resulta ser un profesional cualificado para actuar sobre personas que se encuentran en una situación de riesgo elevado de comportamiento suicida, como lo son las que ya han cometido un intento autolítico previo, ayudándoles a reflexionar sobre los motivos que les han llevado a su realización y a mejorar los mecanismos de afrontamiento de la situación estresante a la que se han visto sometidos.

Los resultados de este estudio podrían permitir diseñar estrategias eficaces dirigidas a prevenir el comportamiento suicida que mejoren el abordaje e intervención de este problema y añadiría una nueva competencia al campo de intervenciones de la enfermera especialista en salud mental de forma protocolizada, que a la vista de lo expuesto anteriormente se hace claramente necesaria. Además serviría como generador de hipótesis para estudios de intervención posteriores.

Este proyecto de investigación estaría en consonancia con las prioridades de investigación en enfermería recomendadas por el Instituto de Salud Carlos III y con los objetivos y líneas de acción propuestos por la OMS en sus programas de prevención de suicidio, así como los referidos en el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C; 2003.
2. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
3. Protocolo SUPRE- MISS de la O.M.S. para la prevención del suicidio; 2002.
4. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Maeza A, Vilagurt G, Fernández A, Serrano Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)* 2007 Oct 13; 129 (13): 494-500.
5. Valmisa Gómez de Lara E. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud. Andalucía; 2008.
6. López P, González - Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2007. Informe nº: Osteba D-07-02.
7. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A Meta-Analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-28.
8. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull.* 2007 Nov;54(4): 306-69.
9. Balázs J, Lecubrier Y, Csiscer N, Koszták J, Bitter I. Prevalence and comorbidity of affective disorders making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord.* 2003 Sep; 76 (1-3):113-9.
10. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003. *Am J Epidemiol.* 2008 May 15; 167(10):1155-63.
11. Carpenter MD, Mulligan JC, Bader IA, Meinzer AE. Multiple admissions to an urban psychiatric center: a comparative study. *Hosp Community Psychiatry.* 1985 Dec; 36(12):1305-8.
12. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry.* 2002 Apr; 17(2):82-91.
13. Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
14. Cedereke M, Ojehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1–12 months *Eur Psychiatry.* 2005 Mar; 20(2):101-9.
15. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 2006 May 27; 332(7552):1241-5.
16. Brown GK, Wiltsey Stirman S. Psychiatric telephone contact following emergency department discharge reduces suicide re-attempts in people originally admitted for attempted suicide. *Evid Based Ment Health.* 2007 Feb;10(1):19.

ANEXO I: ACTIVIDADES DERIVADAS DE LAS NIC PROPUESTAS

8180 Consulta por teléfono: identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones por teléfono. Las actividades a realizar serán:

- Identificarse con nombre y credenciales, utilizando la voz adecuada para crear una relación terapéutica.
- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad del paciente.
- Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria.
- Dar información acerca de las terapias y las medicaciones prescritas.
- Dar información acerca del fomento de la salud / educación sanitaria: fomento del seguimiento del tratamiento prescrito.
- Responder a las preguntas
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se le suministre al paciente.

6340 Prevención del suicidio: disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida. Para ello se realizarán las siguientes actividades:
Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.

4920 Escucha activa: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente. Las actividades a seguir serán:

- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

5230 Aumentar el afrontamiento: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana. Actividades a realizar:

- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Fomentar un dominio gradual de la situación
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

ANEXO 2: ESCALA DE LA DEPRESIÓN DE HAMILTON: HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS)

ÍTEMS	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retrasado en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta

9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas

16. Pérdida de peso (completar A o B)	<ul style="list-style-type: none">A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)<ul style="list-style-type: none">0. No hay pérdida de peso1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)<ul style="list-style-type: none">0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<ul style="list-style-type: none">0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.2. Niega que esté enfermo

ANEXO 3: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA: SCALE FOR SUICIDE IDEATION (SSI)

1. Deseo de vivir:
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno
2. Deseo de morir:
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir:
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. Deseo de intentar activamente el suicidio:
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte
5. Deseos pasivos de suicidio:
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida):
 0. Breve, períodos pasajeros
 1. Por amplios períodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio):
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia la ideación/deseo:
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación
9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out:
 0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control
10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad):
 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. Razones para el intento contemplado:
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado):
 0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados
13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado):
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa

- 2. Método y oportunidad accesibles
- 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
- 14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento:
 - 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 - 1. Inseguridad sobre su valor
 - 2. Seguro de su valor, capacidad
- 15. Expectativas/espera del intento actual:
 - 0. No
 - 1. Incierto
 - 2. Sí
- 16. Preparación actual para el intento contemplado:
 - 0. Ninguna
 - 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 - 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
- 17. Nota suicida:
 - 0. Ninguna
 - 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 - 2. Nota terminada
- 18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.):
 - 0. Ninguno
 - 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 - 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
- 19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado:
 - 0. Reveló las ideas abiertamente
 - 1. Frenó lo que estaba expresando
 - 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

