



## Caso Clínico

# Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo Caso práctico: trabajador con ideación suicida

### Autores

Reyes Revuelta, J.F.

Enfermero UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Especialista en Enfermería del Trabajo.  
Rodríguez Vives Elena

Enfermera UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga Equipo de Salud Mental Comunitario de  
Puerta Blanca.

Especialista en Enfermería en Salud Mental

Del Valle Blanco, Laura

Enfermera Residente de 2º año de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental

UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Correspondencia: reyesrevuelta@hotmail.com

## RESUMEN

**Introducción.** El suicidio es un problema personal y colectivo de primer orden. En España, en 2013 se registró una cifra histórica de suicidios: 3870.

El suicidio se entiende actualmente como un fenómeno multicausal que resulta de la interacción y la mediación de una serie de factores, genéticos, biológicos, psicológicos, sociológicos, ambientales y culturales.

**Objetivo.** Diseñar un plan de cuidados de un trabajador con ideación suicida, en el ámbito de la actuación del Especialista en Enfermería del trabajo, a través de un caso práctico ilustrativo.

**Resultado.** Se presenta el caso práctico, se establece una valoración de enfermería según patrones funcionales de salud de M. Gordon. Se enuncian una serie de diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía NANDA, criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) de la práctica enfermera.

**Conclusiones.** El Especialista en Enfermería de trabajo debe contar con conocimientos y habilidades para la detección, valoración e intervención en trabajadores con riesgo de suicidio. Ello hace posible ayudarles, brindándoles escucha, esperanza y facilitándoles el apoyo de recursos sociales e institucionales.

**Palabras clave:** diagnósticos de enfermería, enfermería del trabajo, suicidio.

## ABSTRACT

**Introduction.** Suicide is an important personal and collective problem. In Spain, in 2013 a record number of suicides was recorded: 3870. Suicide is now understood as a multi-causal phenomenon resulting from the interaction and mediation of genetic, biological, psychological, sociological, environmental and cultural factors.

**Objective.** Design an Occupational Health nurse care plan for a worker with suicidal thoughts in relation to an illustrative case study.

**Result.** A nursing assessment is developed by Gordon's functional health patterns. Nursing diagnoses are established following the NANDA taxonomy. Nursing outcomes (NOC) and nursing interventions (NIC) are also established.

**Conclusions.** Occupational Health nurse must have knowledge and skills for detection, assessment and intervention in workers at risk of suicide. This makes it possible to help them, providing them listening, hope and supporting them social and institutional resources.

**Keywords:** nursing diagnosis, occupational health nurse, suicide.

### Introducción

El suicidio es un problema personal y colectivo de primer orden. En España, en 2013 se registró una cifra



histórica de suicidios: 3870; el doble de muertes que por accidentes de tráfico, siete veces más que los accidentes de trabajo, 12 veces más que por homicidio y 70 veces más que por violencia de género. Son más de 10 muertes al día, lo que lo convierte en el principal motivo de muerte por causas externas y la primera en varones de 25 a 34 años<sup>1</sup>.

Los pensamientos y conductas suicidas pueden ser definidas como un proceso complejo que puede variar desde la ideación suicida, la planificación suicida, el intento de suicidio llegando hasta la consumación del suicidio<sup>2</sup>. El suicidio se entiende actualmente como un fenómeno multicausal que resulta de la interacción y la mediación de una serie de factores, genéticos, biológicos, psicológicos, sociológicos, ambientales y culturales<sup>3</sup>. Entre el gran abanico de factores de riesgo descritos que pueden contribuir a aumentar la probabilidad de suicidio se encuentran: el poseer un nivel socioeconómico bajo, el divorcio, la falta de apoyo socio-familiar, las afecciones orgánicas, debilitantes o de mal pronóstico, el padecimiento de alguna de enfermedad mental (depresión, alcoholismo, esquizofrenia) aunque no estuviese diagnosticada previamente, los antecedentes familiares de suicidio o trastornos psiquiátricos, los eventos traumáticos infantiles o en la adolescencia, ciertos rasgos de personalidad (impulsividad, escaso afrontamiento de los problemas), el duelo o pérdida personal reciente o pérdida afectiva en la infancia, los problemas económicos y legales, la disponibilidad de medios de suicidio (como acceso a drogas) y las tentativas previas de suicidio<sup>4</sup>.

En cuanto a los factores sociales, las circunstancias relacionadas con el trabajo pueden ser de gran importancia en el desarrollo de la conducta suicida. El estrés laboral, la intimidación y el acoso en el trabajo, y el desempleo son factores comunes que pueden aumentar la probabilidad de ideación y conducta suicida en personas vulnerables.

Sobre el impacto de la actual crisis económica en la conducta de suicidio, un estudio realizado en 54 países de Europa y América encontró que el aumento de las tasas de desempleo se asoció con el aumento de las tasas de suicidio, en particular en los varones<sup>5</sup>. En esta investigación, la asociación fue más fuerte en los países con niveles bajos de desempleo previos a la crisis. Otros estudios no demuestran ninguna relación causal clara entre la crisis económica y el aumento de la mortalidad por suicidio en Europa<sup>6</sup>. Al parecer, el impacto de la crisis en las tasas de suicidio no afectaría a aquellos países que disponen de un buen sistema de seguridad social para proteger a sus

ciudadanos durante periodos de un mayor desempleo y crisis económica.

La crisis económica también causa cambios en la estructura de muchas empresas, que pueden verse obligadas a reestructurarse, reducir su tamaño o incluso cerrar. Estos cambios pueden causar riesgos psicosociales y efectos adversos añadidos para la salud mental de los empleados y los gerentes<sup>7</sup>.

Por último mencionaremos la existencia de ciertas profesiones que aumentan el riesgo de desarrollar conductas suicidas. Por ejemplo, se ha encontrado un riesgo elevado en los médicos<sup>8</sup>, en los agricultores, y en los artistas<sup>9</sup>. Un factor importante que aumenta el riesgo de suicidio en ciertas profesiones es la disponibilidad y el acceso a medios letales para concretar el suicidio (por ejemplo, el acceso a los productos farmacéuticos, armas de fuego o pesticidas) así como el conocimiento de la letalidad de estos medios<sup>10</sup>.

Es importante que el Especialista en Enfermería del trabajo, como referente de la salud en las organizaciones, llegado el caso, sepa la mejor forma de identificar a empleados con riesgo de suicidio, utilice herramientas específicas de valoración del riesgo suicida e intervenga de una forma eficaz. Un ejemplo es el caso clínico que se presenta a continuación, en el que se ha diseñado un plan de cuidados de una trabajadora con ideación suicida a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando el lenguaje enfermero estandarizado NANDA-NOC-NIC 11-13.

### Objetivo

El presente artículo tiene como objetivo diseñar un plan de cuidados de un trabajador con riesgo suicida, en el ámbito de la actuación del Especialista en Enfermería del trabajo, a través de un caso práctico ilustrativo.

### PRESENTACIÓN DEL CASO PRÁCTICO

*A.R. es un peón municipal de limpieza de Málaga, tiene 30 años. Acude a la consulta del Servicio de Salud Laboral por molestias abdominales de un mes de evolución. La exploración física es anodina. Se le solicita analítica y se le pauta tratamiento sintomático por parte del Médico del Trabajo.*

*Vuelve a la semana, sólo ha mejorado parcialmente y la analítica es normal. Ante la sospecha de cuadro psicósomático le pregunto si está preocupado por algo, si ha ocurrido alguna cosa. Responde que hace dos meses tuvo que irse de su casa a vivir de alquiler a otro domicilio porque su mujer había decidido separarse de él, "las*



*cosas se habían deteriorado mucho”. Tiene una hija de 7 años cuya custodia tiene ahora su mujer. El resto de su familia es de Santander y viven allí, “menos mal que tengo algunos buenos amigos”, suele salir con ellos algunos Domingos a hacer senderismo, “así me despejo un poco” aunque ahora los está viendo menos. Con su hija sale al parque “cuando le toca estar conmigo”, que es menos de lo que a él le gustaría.*

*Refiere que duerme mal por lo que toma hipnóticos y ansiolíticos, dice que no para de darle vueltas a la cabeza sobre su situación. Narra de forma llorosa que últimamente piensa mucho en su futuro, que lo ve muy negro, vacío y que ha pensado alguna vez en el suicido “me frena mi hija, pero cuando voy a trabajar no puedo remediar pensar en estrellarme con el coche, a fin de cuentas si muero tampoco me iban a echar mucho de menos”. “Mi madre se ahorcó cuando yo tenía seis años y apenas tengo recuerdos de ella”. Niega consumo de tóxicos. Revisamos sus antecedentes personales donde consta que hace diez años tuvo un episodio de incapacidad temporal de un mes de duración por trastorno depresivo moderado que fue seguido por un psiquiatra privado. No figuran en su historia gestos autolíticos ni intentos de suicidio previos.*

*Recogemos información preguntando a sus compañeros de cuadrilla. Nos cuentan que últimamente lo han visto triste, desmejorado y algo descuidado en su apariencia (aunque en nuestra consulta no se apreciaba), “con lo presumido que ha sido él siempre”. Cubren su bajo desempeño ante su jefe porque temen que le puedan llamar la atención en el trabajo.*

## VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

### 1. Percepción de la salud

- Actualmente afronta un proceso de separación matrimonial que interfiere en las actividades de su vida diaria y en el trabajo. Anteriormente cuidaba de su salud y de su aspecto físico.
- No alergias medicamentosas.
- No hábitos tóxicos.
- Antecedentes personales de episodio depresivo moderado en el año 2006.
- Antecedentes familiares: suicidio de su madre cuando tenía seis años.

### 2. Nutricional-Metabólico

- Sin alteraciones en valores antropométricos.
- Alimentación e hidratación adecuadas.
- No alergias alimenticias.

- Refiere molestias abdominales ya tratadas por el Médico del Trabajo.

- Sin alteraciones en piel y mucosas.

### 3. Eliminación

- Sin alteraciones en la eliminación urinaria, intestinal y de la piel.

### 4. Actividad-Ejercicio

- Sin alteraciones en la movilidad.
- Habitualmente salía a realizar senderismo, actualmente ha abandonado esta actividad, por lo que lleva un estilo de vida sedentario. Ocasionalmente lleva a su hija al parque.

- La actividad laboral le obliga en cierta manera a mantenerse activo.

### 5. Sueño-Descanso

- Percibe que la cantidad y calidad del sueño no son las adecuadas.

- Actualmente toma ansiolíticos e hipnóticos para ayudarle a dormir.

### 6. Cognitivo-Perceptivo

- Consciente y orientado temporo-espacialmente.
- Problemas de concentración en el trabajo, sus compañeros expresan que lo encuentran ausente. Resto de funciones cognitivas sin alteraciones.
- Sin alteraciones perceptivas.

### 7. Auto percepción-autoconcepto

- Autoconcepto deteriorado, se ve a sí mismo y a su futuro de forma pesimista y negativa. Ve su futuro negro y vacío.
- Verbaliza ideación suicida, “no puedo evitar pensar estrellarme con el coche”, aunque realiza crítica parcial, “me frena mi hija”.
- Autoestima deteriorada, verbaliza que si muriese tampoco le iban a echar de menos.
- Se administra la escala de riesgo suicida de Plunchick (Ver tabla 1), obteniendo una puntuación de 10 sobre 15.

**Tabla 1.** Nota de los autores: La escala Plunchick para la valoración del riesgo suicida es un cuestionario autoadministrado de breve y fácil aplicación, que consta de 15 ítems con respuesta dicotómica “SÍ” o “NO”. Se encuentra validada en población española y puede resultar muy útil en el ámbito de la Enfermería del Trabajo para la valoración del riesgo suicida. A mayor puntuación, mayor riesgo, estimándose como punto de corte mayor o igual a 6.





<b>ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUNCHIK</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1- ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	<b>X</b>	
2- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<b>X</b>	
3- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<b>X</b>	
4- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	<b>X</b>	
5- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<b>X</b>	
6- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<b>X</b>	
7- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		<b>X</b>
8- ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		<b>X</b>
9- ¿Está deprimido/a ahora?		
	<b>X</b>	
10- ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	<b>X</b>	
11- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	<b>X</b>	
12- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		<b>X</b>
13- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<b>X</b>	
14- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		<b>X</b>
15- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		<b>X</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>10</b>





**8. Rol-Relaciones**

- Actualmente vive solo en piso de alquiler.
- Rol familiar alterado, en proceso de separación. Verbaliza que le gustaría ver más a su hija.
- Su familia de origen vive en Santander, mantienen contacto telefónico pero se ven menos de lo que les gustaría por la distancia.
- Refiere tener buenos amigos con los que solía realizar actividades de ocio.
- En el trabajo se encuentra triste y ensimismado. Sus compañeros manifiestan que en ocasiones cubren la bajada de su rendimiento.

**9. Sexualidad-Reproducción**

- Actualmente no se ve buscando otra pareja.

**10. Tolerancia al estrés**

- Situación de cambio vital en los últimos meses (proceso de separación)
- Su estado de ánimo fluctúa entre la sintomatología ansiosa y depresiva. Toma ansiolíticos prescritos.
- Capacidad de adaptación y afrontamiento alterada ante la nueva situación.
- Apoyo familiar escaso.

**11. Valores-Creencias**

- No expresa pertenencia a ninguna religión.

Una herramienta que puede ser de gran utilidad para la valoración del Enfermero del Trabajo es la elaboración de una tabla de tres entradas incluyendo los factores de riesgo de suicidio, los factores protectores y las señales de alarma presentes en cada caso. (Ver tabla 2)

**Tabla 2.** Tabla de tres entradas para la valoración en Enfermería del Trabajo.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTORES PROTECTORES</b>	<b>SEÑALES DE ALARMA</b>
Género Varón	Joven	Apariencia triste y desmejorada (según compañeros de trabajo)
Crisis Vital (en proceso de separación desde hace dos meses)	Tener hija pequeña	Verbalización de ideación suicida ("cuando voy a trabajar no puedo remediar pensar en estrellarme con el coche")
Antecedentes Personales de Trastornos Mental	No Antecedentes Personales de intentos de suicidio	Dificultad en la conciliación y mantenimiento del sueño
Antecedentes Familiares de Suicidio	Laboralmente activo	Pérdida de interés en actividades de ocio.
Apoyo Familiar escaso (su familia vive en otra ciudad)	Gozar de buena salud física y ausencia de enfermedad física o dolor crónico	
Aislamiento Social (últimamente no sale con los amigos)	Presencia de red social ("tengo algunos buenos amigos")	

**PLAN DE CUIDADOS**

Diagnósticos de enfermería (NANDA):

**00150 RIESGO DE SUICIDIO:** Riesgo de lesión auto infligida que pone en peligro la vida. R/C expresión de deseos de morir, antecedentes familiares de suicidio, crisis vital y alteración de rol familiar.

NOC:

Resultado:

-1204 **Equilibrio emocional:** Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.

Indicadores:

120402 Muestra un estado de ánimo sereno (2 Raramente demostrado)

120405 Muestra concentración (3 A veces demostrado)

120415 Muestra interés por lo que le rodea (2 Raramente demostrado)





-2002: **Bienestar Personal:** alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.

Indicadores:

200203 Satisfacción con la interacción social

(2 Algo satisfecho)

200212 Ejecución de roles usuales

(2 Algo satisfecho)

-1502 **Habilidades de interacción social:** Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

Indicadores:

150206 Afrontamiento si procede

(2 Raramente demostrado)

150210 Mostrar estabilidad

(2 Raramente demostrado)

150216 Utilizar formas/métodos de

(3 A veces demostrado)

resolución de conflictos

NIC:

Intervención:

6340 **Prevención del suicidio:** Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Actividades:

-Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas.

-Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.

-Continuar una valoración regular del riesgo de suicidio para ajustar adecuadamente las precauciones.

6654 **Vigilancia: Seguridad:** análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad

Actividades:

- Determinar la presencia y calidad de apoyo de compañero de trabajos y jefes

- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión para vigilar al trabajador.

5240 **Asesoramiento:** Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

-Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

-Pedir al paciente que identifique lo que puede/no puede hacer sobre lo que sucede.

-Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.

-Asesorar, informar y derivar si procede a recursos socio-sanitarios disponibles en relación a la prevención del suicidio (ej. Equipos Comunitarios de Salud Mental, Asociaciones de Pacientes, Teléfono de la Esperanza).

00124 **DESESPERANZA:** estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

R/C crisis vital.

M/P aislamiento, verbalización de ideas de muerte, falta de iniciativa.

NOC:

Resultado:

-1409: Autocontrol de la depresión: Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida.

Indicadores:

140901 Supervisa la capacidad para concentrarse (3 A veces demostrado)

140903 Identifica factores precursores de depresión (3 A veces demostrado)

140906 Refiere dormir de forma adecuada (2 Raramente demostrado)

-1204 **Equilibrio emocional:** Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.

Indicadores:

120402 Muestra un estado de ánimo sereno (2 Raramente demostrado)

120403 Muestra control de los impulsos (3 A veces demostrado)

120415 Muestra interés por lo que le rodea (2 Raramente demostrado)

NIC:

Intervención:

4920 Escucha activa: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.





**Actividades:**

-Hacer preguntas o utilizar frases. Utilizar el silencio para animar a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

-Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.

-Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.

-Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y su situación actual.

-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:**

-Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

-Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.

-Facilitar las salidas constructivas a la ira y a la hostilidad.

-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

-Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.

-5100 **Potenciación de la socialización:** Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

**Actividades:**

-Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.

-Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

-Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

-00069 **AFRONTAMIENTO INEFECTIVO:** Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

R/C dificultad para aceptar el cambio del rol, crisis situacional

M/P Dificultad en el desempeño de tareas habituales, aislamiento, falta de búsqueda de ayuda, falta de sueño.

**NOC:**

**Resultados:**

-0906 Toma de decisiones: Capacidad para realizar juicios

y escoger entre dos o más alternativas.

**Indicadores:**

090602 Identifica las alternativas

(2 Raramente demostrado)

090604 Identifica recursos necesarios

(2 Raramente demostrado)

para apoyar cada alternativa

-1302 **Afrontamiento de problemas:** Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

**Indicadores:**

130203 Verbaliza sensación de control

(3 A veces demostrado)

130205 Verbaliza aceptación de la situación

(2 Raramente demostrado)

130209 Utiliza el apoyo social disponible

(2 Raramente demostrado)

130212 Utiliza estrategias de superación

(2 Raramente demostrado)

efectivas

**NIC:**

**Intervenciones:**

-5230 **Aumentar el afrontamiento:** Ayudar a 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:**

-Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

-Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

-Fomentar un dominio gradual de la situación.

-Explorar los éxitos anteriores del paciente.

-5250 **Apoyo en la toma de decisiones:** Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

**Actividades:**

-Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.

-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

-Servir de enlace entre el paciente y la familia.

-00095 **DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO:**

trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión



de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

NOC:

Resultados:

-0003 Descanso: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

Indicadores:

- 000301 Tiempo de descanso (3 Moderadamente comprometido)
- 000303 Calidad del descanso (2 Sustancialmente comprometido)
- 000305 Descanso mentalmente (2 Sustancialmente comprometido)

NIC:

Intervenciones:

-1850 Mejorar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia

Actividades:

- Asesorar sobre medidas ambientales para favorecer el sueño (luz, ruido, temperatura, colchón y cama)
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular progresiva u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Instruir al paciente acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.
- Identificar la medicación que el paciente está tomando para el sueño.

### Discusión

Debido a la magnitud del problema, la disminución de la conducta suicida debe convertirse en una prioridad en las agendas políticas, sociales, mediáticas y también sanitarias, donde se necesita una mayor concienciación y capacitación de sus profesionales, a través del conocimiento de las claves de su prevención e intervención. El Especialista en Enfermería del Trabajo, a través de una adecuada vigilancia de la salud de los trabajadores ha de ser un profesional capaz de saber detectar factores de riesgo de suicidio en la población atendida, reducir la influencia de estos factores, (sobre todo los socio-laborales), facilitar la consecución de apoyos sociales e institucionales y ayudar a los trabajadores, que están pensando en el suicidio como única salida a una situación problemática en su vida, a buscar soluciones alternativas, dándoles apoyo y esperanza.

Otro ámbito en el que el Especialista en Enfermería del Trabajo puede realizar una excelente labor es en con-

tribuir a romper con los falsos mitos y creencias acerca del comportamiento suicida y el tradicional oscurantismo con el que desde siempre se ha tratado este tema, proponiendo actuaciones de sensibilización y promoción de la salud mental en la empresa.

Trabajar en Enfermería del Trabajo, utilizando una metodología y un lenguaje enfermero estandarizado, nos ayuda a una aplicación más científica, estructurada y personalizada de los cuidados, adecuándolos a las necesidades individuales de cada trabajador/paciente.

### Referencias

1. FSME (Fundación Salud Mental España) para la prevención de los trastornos mentales y el Suicidio. (2016). Disponible en <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/esp%C3%B1a/> [acceso 30 de enero de 2016]
2. De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., & Schmidtke, A. (eds) Suicidal behavior: Theories and research findings. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
3. Servicio Andaluz de Salud. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Escuela Andaluza de Salud Pública (2010). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental> [acceso 2 de febrero de 2016]
4. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta Suicida. Escuela Andaluza de Salud Pública (2010). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental> [acceso 2 de febrero de 2016]
5. Chang SS, Stuckler D., Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *The British Medical Journal*, (2013). 347, f5239
6. Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis P et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011 *The British Journal of Psychiatry*, (2014). 205 (6) 486-496.
7. Kieselbach T, Svensson P. *Health and Social Policy*





Revista Enfermería del Trabajo 2016; 6:3 (96-104)

Reyes JF, Rodríguez E, Del Valle L

Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo. Caso práctico: trabajador con ideación suicida

104

Responses to Unemployment in Europe. *Journal of Social Issues*, (2010). Volume 44, Issue 4, 173–191.

8. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*, (2009) 373, 1372-1381.

9. Andersen K, Hawgood J, Klieve H, Kolves K, De Leo D. Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (2010), 44(3), 243-249.

10. Stallones L, Doenges T, Dik BJ, Valley MA. Occupation and Suicide: Colorado, 2004- 2006. *American Journal of Industrial Medicine* (2013), 56(11), 1290-1295

11. Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014.(2014) Madrid. Elsevier.

12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). *Medición de resultados en salud*. (2014). Madrid: Elsevier.

13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (2014). Madrid: Elsevier.

