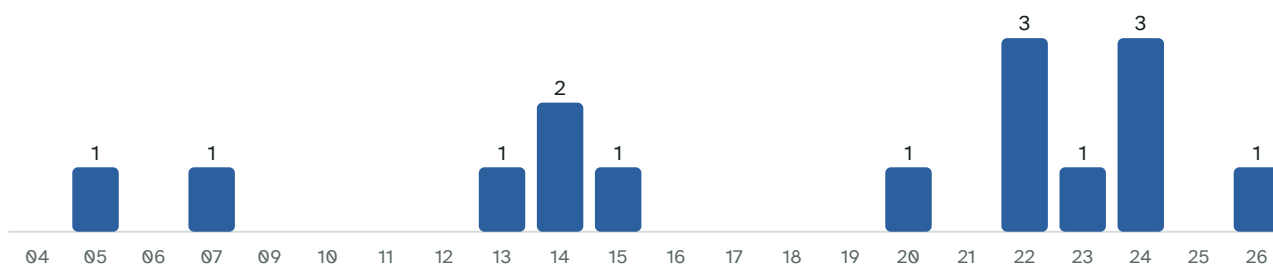


Recursos, urgencias y rehabilitación en salud mental

Este tema reúne la organización de la atención a la salud mental en España (reforma psiquiátrica, modelo comunitario y red de recursos), el papel de la enfermera especialista, la rehabilitación psicosocial del trastorno mental grave, la conducta suicida (epidemiología, evaluación del riesgo y prevención) y la terapia electroconvulsiva. En el EIR cae sobre todo la conducta suicida, que es la parte que más preguntas ha dado en las últimas convocatorias, y la relación terapéutica como eje de los cuidados.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-27 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



15 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Relación terapéutica como eje de la intervención enfermera en salud mental (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Reforma psiquiátrica y modelo comunitario	7
2. Red de recursos, trastorno mental grave y tratamiento asertivo comunitario	10
3. La enfermera de salud mental y la relación terapéutica	14
4. Rehabilitación psicosocial, familia y ayuda mutua	17
5. Conducta suicida: epidemiología y factores de riesgo	19
6. Evaluación del riesgo suicida	22
7. Intervención y prevención del suicidio	24
8. Terapia electroconvulsiva	27
Todas las preguntas del tema (17)	30
Preguntas que también podrían ser de este tema (7)	35
Solucionario	37
Fuentes	38

Resumen para repasar

1. Reforma psiquiátrica y modelo comunitario

- El modelo comunitario nace en los **años sesenta**: el marco idóneo del tratamiento es **la comunidad, no la institución cerrada** ^{F2}.
- El **Informe de la Comisión Ministerial (1985)** pide atender en el entorno social, reducir hospitalizaciones, rehabilitar y garantizar derechos; ingresos **breves en el hospital general** ^{F4}.
- Su primer eje: modelo **orientado a la comunidad**, con óptica **preventiva, comunitaria y de salud pública** ^{F2}.
- **Ley General de Sanidad, art. 20**: plena integración y equiparación del enfermo mental; atención **comunitaria**, ingreso en **unidades psiquiátricas de hospitales generales, rehabilitación y reinserción**, prevención primaria ^{F1}.
- El art. 20 recogió lo fundamental del Informe; los **equipos multidisciplinares** son la **infraestructura básica** del modelo comunitario ^{F2}.

2. Red de recursos, trastorno mental grave y tratamiento asertivo comunitario

- **TMG** coincide con la cronicidad **con connotaciones más positivas** ^{F5}; «cronicidad» es **estigmatizante**, por eso se usa trastorno mental severo ^{F6}.
- Definición del **NIMH (1987)**; tres dimensiones de la GPC: **diagnóstico, duración y discapacidad** (EEAG < 50); en la revisión de 2025 la duración de 2 años es **orientadora, no necesaria** ^{F5,F27}.
- El **centro de salud mental comunitario** es el eje; el **hospital de día** es hospitalización parcial y prevención secundaria ^{F3,F5}.
- **TAC**: años setenta, **equipo multidisciplinar**, ratio 10:1, **en la comunidad y el domicilio**, 24 h/7 días; mantiene el **contacto con los servicios** y reduce ingresos ^{F5,F6}.
- Destinatarios: **personas con TMG** difíciles de vincular, con reingresos o sin techo (grado A) ^{F7}.
- Adicciones: la **unidad de desintoxicación hospitalaria** es para quien no puede desintoxicarse ambulatoriamente; con **fracasos extrahospitalarios** o **embarazo**, desintoxicación **con ingreso** ^{F8,F9}.

3. La enfermera de salud mental y la relación terapéutica

- **Orden SPI/1356/2011**: la **relación de ayuda** es el **instrumento terapéutico básico** de la enfermera de salud mental ^{F10}.
- Competencias: asistenciales (cuidados en **promoción, prevención**, tratamiento y rehabilitación; visita domiciliaria; gestora de casos), docentes, **investigadoras** y de gestión ^{F10}.
- En la medicación, **aplica los tratamientos y vigila sus efectos** y trabaja la **adherencia** ^{F10}; en la comunidad, integración, vínculo con los servicios y trabajo con la familia ^{F5,F6}.
- Ante una crisis: **escuchar, empatizar, aceptar sin juicios, mostrar apoyo** y no dejar sola a la persona ^{F13,F18}.

4. Rehabilitación psicosocial, familia y ayuda mutua

- **Rehabilitación psicosocial:** autonomía e **integración comunitaria**; objetivo, la **recuperación personal** ^{F3}.
- **Vulnerabilidad-estrés** (Zubin y Spring): el episodio aparece según el estrés y el umbral de cada persona ^{F26}.
- **Alta emoción expresada:** **críticas, hostilidad y sobreprotección** o implicación excesiva; potente predictor de **recaídas** ^{F6,F7}.
- **GAM:** relaciones **simétricas entre iguales**, voluntarios, **independientes de los profesionales**, sobre todo **apoyo emocional**; no solo para adicciones ^{F11,F12}.

5. Conducta suicida: epidemiología y factores de riesgo

- España 2025: **3.808 suicidios, 2.784 hombres** ^{F14}; 2024: **12,1 hombres frente a 4,2 mujeres** por 100.000 ^{F15}.
- **Consuman más los hombres; intentan más las mujeres jóvenes** ^{F13}.
- La tasa **aumenta con la edad** (en números absolutos hay más casos en menores de 45); ancianos, tres veces más que adolescentes; **excepcional antes de la pubertad** ^{F13}.
- **Intentos previos:** el **predictor más fuerte** (riesgo x20-30 el primer año); los **antecedentes familiares** aumentan el riesgo ^{F13}.
- Días a semanas **tras el alta** psiquiátrica: **alto riesgo**; seguimiento en la primera semana ^{F17}.

6. Evaluación del riesgo suicida

- La **entrevista clínica** no se sustituye por escalas ^{F13}.
- La **MINI** valora, entre otros trastornos, el **riesgo de suicidio** (6 ítems) ^{F13}.
- El **inventario de Beck** mide depresión (solo se usa un ítem); la **HAD**, ansiedad y depresión ^{F13,F25}.
- **SAD PERSONS:** 10 ítems de 1 punto (hombre, edad < 20 o > 45, depresión, intento previo, alcohol, pérdida de pensamiento racional, **falta de apoyo social**, plan, sin pareja, enfermedad); **7-10 precisa ingreso** ^{F13}.

7. Intervención y prevención del suicidio

- **SUPRE (OMS):** preguntar por el suicidio no siembra la idea; hablar abiertamente, **usar la ambivalencia, contrato de no suicidio** ^{F18}.
- Qué no hacer: **jurar guardar secreto**, dar falsas garantías, dejar sola a la persona ^{F13}.
- **Plan de seguridad:** señales de alarma, afrontamiento, apoyos, profesionales y **restricción de medios letales**, que sus autores llaman **componente clave** ^{F19,F20}.
- **Werther** = contagio; **Papageno** = **efecto preventivo** de la información responsable ^{F13,F21}.

8. Terapia electroconvulsiva

- **Consenso Español 2018:** puede ser **tratamiento de elección** en **catatonía, depresión, trastorno bipolar y psicosis**; no es último recurso ^{F23}.
- Depresión grave: **la más efectiva, por encima de los antidepresivos** (Consenso) ^{F23}; la GPC: más que algunos antidepresivos a corto plazo ^{F24}.
- Eficaz en el **síndrome neuroléptico maligno** si falla el tratamiento de soporte ^{F23}.
- **Embarazo:** eficaz y de bajo riesgo; indicada en depresión, bipolar y psicosis ^{F23}.
- **Sin contraindicaciones absolutas**; hemorragia o tumor cerebral son riesgo **relativo** ^{F23,F24}.
- Electrodo**s** **bifrontotemporal, unilateral o bifrontal**; **2-3 sesiones por semana, 6-12** en total; ayuno 6 h, anestesia general, **dos consentimientos** ^{F23}.

Puntos clave

- 1 El artículo 20 de la Ley General de Sanidad integra la salud mental en el sistema general: atención comunitaria, ingresos en hospitales generales, rehabilitación y reinserción ^{F1}.
- 2 Los equipos multidisciplinares son la infraestructura básica del modelo comunitario, con óptica preventiva, comunitaria y de salud pública ^{F2}.
- 3 «Trastorno mental grave» sustituye a «cronicidad», término con connotaciones negativas y estigmatizantes ^{F6}.
- 4 El tratamiento asertivo comunitario es para personas con TMG difíciles de vincular: equipo multidisciplinar, en el domicilio, 24 horas ^{F5,F7}.
- 5 La relación de ayuda es el instrumento terapéutico básico de la enfermera de salud mental ^{F10}.
- 6 Alta emoción expresada: críticas, hostilidad y sobreprotección o implicación excesiva; predice recaídas ^{F6,F7}.
- 7 Los grupos de ayuda mutua son relaciones simétricas entre iguales, independientes de los profesionales ^{F11}.
- 8 Consuman más suicidios los hombres e intentan más las mujeres; la tasa aumenta con la edad ^{F13}.
- 9 Los intentos previos son el predictor más fuerte de suicidio; el periodo tras el alta hospitalaria es de alto riesgo ^{F13,F17}.
- 10 SAD PERSONS: diez factores de riesgo, un punto cada uno; 7-10 puntos precisa ingreso ^{F13}.
- 11 OMS/SUPRE: no jurar guardar secreto; sí contrato de no suicidio y usar la ambivalencia ^{F13,F18}.
- 12 Efecto Papageno: efecto preventivo de la información responsable sobre el suicidio ^{F21}.
- 13 La TEC puede ser tratamiento de elección en catatonía, depresión, bipolar y psicosis; no tiene contraindicaciones absolutas y se usa en el embarazo ^{F23}.

1. Reforma psiquiátrica y modelo comunitario

El **modelo comunitario** nace pasada la mitad del siglo XX: los movimientos contraculturales de **los años sesenta**, junto con los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico, llevan a considerar que el marco idóneo para tratar los trastornos mentales **no es una institución cerrada** (asilo u hospital), **sino la comunidad** ^{F2}. Antes se había pasado de la custodia asilar a la «ideología médica», con la transformación de los asilos en hospitales psiquiátricos, aunque continuó la política de internamientos ^{F2}.

En España, la **Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica** se creó por Orden de 27 de julio de 1983 y su **Informe (abril de 1985)** fijó los objetivos de la reforma: atender la salud mental **en el entorno social propio** de la población, **reducir las hospitalizaciones** mediante recursos alternativos, desarrollar **programas de rehabilitación** y garantizar los **derechos civiles** del paciente frente a las actuaciones que limiten su libertad ^{F4}. La hospitalización, cuando aporte más beneficio que las intervenciones en el entorno, debe ser **breve** y realizarse progresivamente **en el hospital general** ^{F4}. El modelo se desarrolla en un ámbito territorial definido y **con participación de los diversos agentes comunitarios** ^{F4}.

Según la Estrategia en Salud Mental del SNS (2006), el Informe tenía tres ejes; el primero proponía un nuevo modelo **orientado hacia la comunidad**, integrado en la organización sanitaria, con compromiso territorial y **con una óptica preventiva, comunitaria y de salud pública**, teniendo en cuenta el nuevo papel de la **atención primaria** ^{F2}. La transformación de los hospitales psiquiátricos debía conjugarse con el desarrollo de recursos alternativos sanitarios y de apoyo sociolaboral ^{F2}. La misma Estrategia recoge la Declaración de Helsinki, que impulsa el giro de la atención de los servicios **a una concepción de salud pública que implique a la sociedad civil** ^{F2}.

La **Ley 14/1986, General de Sanidad**, dedica a la salud mental su **artículo 20**, que parte de la **plena integración** de la salud mental en el sistema sanitario general y de la **total equiparación del enfermo mental** a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales ^{F1}. Según la Estrategia 2006, el artículo 20 **vino a recoger lo fundamental de los planteamientos del Informe de la Comisión**, y el modelo de psiquiatría comunitaria en España está respaldado por la Ley General de Sanidad (1986) y por ese Informe (1985) ^{F2}. La Estrategia 2022-2026 la considera **uno de los mayores hitos** de la atención a la salud mental, por equiparar la atención de las personas con trastorno mental a la del resto de problemas de salud ^{F3}.

Artículo 20 de la Ley General de Sanidad ^{F1}	Principio
20.1	Atención en el ámbito comunitario , potenciando los recursos ambulatorios , la hospitalización parcial y la atención a domicilio , para reducir al máximo la necesidad de hospitalización; atención especial a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría
20.2	La hospitalización se hará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales
20.3	Desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social , en coordinación con los servicios sociales
20.4	Los servicios de salud mental cubrirán, en coordinación con los servicios sociales, la prevención primaria y los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud

El instrumento del modelo son los equipos: **los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario**; el equipo básico integra, al menos, **psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadores sociales**, con otros profesionales de salud mental y apoyo administrativo ^{F2}. La Estrategia 2006 atribuye la transformación de la atención en España a la reforma psiquiátrica de los años ochenta, basada en los cambios democráticos, la nueva organización territorial y la Ley General de Sanidad, y señala como su expresión el desarrollo de las **unidades de agudos o media estancia en los hospitales generales** y el protagonismo de la **atención primaria** ^{F2}. Como asignatura pendiente cita la poca participación real de los usuarios, de sus organizaciones y de los ayuntamientos ^{F2}.



Lo que cae de la reforma

Modelo comunitario = la comunidad, no la institución cerrada, como marco del tratamiento; **óptica preventiva, comunitaria y de salud pública**; **equipos multidisciplinares** como infraestructura básica; ingreso en **unidades psiquiátricas del hospital general** (art. 20.2 de la Ley General de Sanidad), **breve** según el Informe de 1985 ^{F1,F2,F4}.

Ley General de Sanidad y reforma psiquiátrica

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) favoreció la reforma psiquiátrica en España porque:

1. Dio carta de naturaleza al modelo manicomial.
2. Definió el modelo biomédico de asistencia al enfermo psiquiátrico.
3. Institucionalizó la estructura comunitaria conformada por equipos interdisciplinarios.
4. Reguló los factores y elementos de la calidad asistencial.
5. Adoptó un modelo paternalista de protección al enfermo mental.

Salud mental comunitaria en España (años 70)

En la década de 1970 surge en España la salud mental comunitaria. ¿Cuál es uno de sus rasgos principales?:

1. Aprovecha la jerarquización del hospital psiquiátrico para tratar la enfermedad mental.
2. Acepta los conceptos y roles de los modelos de salud y trastorno mental desde una perspectiva de base médica.
3. Disminuye la responsabilidad social de los profesionales sanitarios.
4. Considera a la comunidad como parte activa al estar basada en el modelo de salud pública.
5. Promueve un cambio en el desarrollo de los cuidados de salud mental desde lo comunitario hacia lo institucional.

2. Red de recursos, trastorno mental grave y tratamiento asertivo comunitario

Trastorno mental grave (TMG). Los términos «trastorno mental grave» o «trastorno mental severo» proceden del inglés *Severe Mental Illness* y designan un conjunto de condiciones clínicas **que vendría a coincidir con el de cronicidad, con connotaciones más positivas** ^{F5}. La Asociación Española de Neuropsiquiatría es más explícita: en salud mental **la palabra cronicidad tiene claras connotaciones negativas y estigmatizantes**, y por eso la literatura especializada **viene utilizando el término trastorno mental severo** para los trastornos graves de duración prolongada con discapacidad y disfunción social ^{F6}. Antes se hablaba de «paciente mental crónico» ^{F6}.

La definición de mayor consenso es la del **NIMH (1987)**: un grupo heterogéneo de personas con trastornos psiquiátricos graves, de **duración prolongada**, con un grado variable de **discapacidad y disfunción social**, que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios ^{F5}. La GPC de 2009 la concretó en **tres dimensiones** (diagnóstico, duración y discapacidad) ^{F5}; su **revisión de 2025** mantiene las tres, pero **actualiza la definición** porque los diagnósticos de 2009 ya no se correspondían con la realidad ^{F27}:

Dimensión del TMG	GPC de 2009 ^{F5}	Revisión de 2025 (vigente) ^{F27}
Diagnóstico	Trastornos psicóticos (excluidos los orgánicos); la lista CIE-10 incluye esquizofrenia y otras psicosis, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastorno depresivo recurrente y TOC	Consenso en espectro de la esquizofrenia y otras psicosis, trastorno bipolar y trastornos afectivos graves ; propone un enfoque transdiagnóstico, más laxo e inclusivo (síntomas resistentes, falta de conciencia de trastorno y sus consecuencias)
Duración	Evolución de 2 años o más , o deterioro progresivo y marcado del funcionamiento en los últimos 6 meses , aunque remitan los síntomas	El menos válido de los tres: los dos años son un criterio suficiente u orientador, pero no necesario
Discapacidad	Afectación moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar (p. ej., EEAG < 50)	El criterio de mayor acuerdo : afectación moderada a severa, medible con EEAG < 50, DAS-I > 3 o WHODAS



Cronicidad → TMG

El término **trastorno mental grave/severo** se usa en lugar de «cronicidad» o «paciente mental crónico» porque cronicidad tiene **connotaciones negativas y estigmatizantes** ^{F6}; la GPC dice que el TMG coincide con la cronicidad **con connotaciones más positivas** ^{F5}.

Trastorno Mental Grave en sustitución de cronicidad

En el ámbito de la salud mental, la palabra cronicidad:

1. No se emplea con relación a los trastornos mentales.
2. Se sustituye por el término Trastorno Mental Grave (TMG).
3. Se comenzó a emplear con la reforma psiquiátrica.
4. Se relaciona con el de enfermedad mental aguda.
5. Es un concepto neutro, sin connotaciones negativas.

Dispositivos de la red. Siguiendo la Estrategia 2006, la GPC de TMG enumera los dispositivos a los que deben tener acceso los ciudadanos: **unidad o centro de salud mental comunitaria, hospitalización en hospital general**, urgencias 24 horas, interconsulta y enlace, **hospital de día** (adultos e infanto-juvenil), programas comunitarios de rehabilitación (incluido el **tratamiento asertivo comunitario**), rehabilitación en régimen de día y con soporte residencial u hospitalario, unidad de cuidados prolongados, **comunidades terapéuticas**, alternativas residenciales, atención y hospitalización domiciliarias y **empleo con apoyo** ^{F5}. El **centro de salud mental comunitaria** es el eje de las decisiones sobre cada paciente, para garantizar la **continuidad de cuidados** ^{F5}.

Recurso	Qué es ^{F3,F5}
Centro de salud mental comunitario	Eje esencial de la asistencia; la hospitalización se reduce a lo estrictamente necesario para mantener al paciente en su contexto ^{F3}
Unidad de hospitalización en hospital general	Ingreso de los episodios agudos desde la Ley General de Sanidad ^{F3}
Hospital de día de salud mental	También llamado hospitalización parcial ; instrumento de prevención secundaria ^{F3}
Miniresidencias, pisos supervisados, comunidades terapéuticas	Dispositivos intermedios; las comunidades terapéuticas incorporan la actividad laboral como forma de rehabilitación social ^{F3}
Centro de rehabilitación psicosocial	Para personas con trastornos graves con dificultades de funcionamiento e integración; busca autonomía, mantenimiento e integración en la comunidad ^{F5}
Unidad hospitalaria de rehabilitación	Dispositivo hospitalario de tratamiento, rehabilitación y contención ^{F5}

Tratamiento asertivo comunitario (TAC). Creado en **los años setenta** como **alternativa al hospital** y respuesta al cierre de los hospitales psiquiátricos en EE. UU. ^{F5,F6}. Lo presta un **equipo multidisciplinar** (enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, monitores...) que comparte la responsabilidad sobre

cada paciente y busca **mantener en contacto con los servicios** a las personas con enfermedad mental severa, **reduciendo las hospitalizaciones** y mejorando el funcionamiento social y la calidad de vida ^{F6}. Ve a los pacientes con frecuencia, **incluso en su propio domicilio**, con actitud asertiva y cobertura de 24 horas, y uno de sus objetivos fundamentales es la **adherencia a la medicación** ^{F6}.

- Baja ratio personal/pacientes (por ejemplo, **10:1**) ^{F5}
- Servicios **en la comunidad, no en la consulta** ^{F5}
- Casos **compartidos por el equipo**, no asignados a un profesional ^{F5}
- Cobertura de **24 horas, 7 días a la semana** ^{F5}
- Servicios proporcionados por el propio equipo, no externos ^{F5}
- **Ilimitado en tiempo** (texto de 2009; véase el recuadro) ^{F5}

Destinatarios: personas con TMG. La GPC de esquizofrenia dirige la gestión de casos y el TAC a pacientes **con trastorno mental grave** con sintomatología negativa, **dificultades de vinculación**, hospitalizaciones repetidas, mal cumplimiento terapéutico y a menudo marginalidad, drogas o problemas legales; recomienda ambos (grado A) para pacientes de alto riesgo, con **reingresos**, difícil vinculación o **sin techo** ^{F7}. La diferencia: en la gestión de casos trabaja **un profesional** (el gestor de casos); en el TAC, **un equipo** ^{F7}. La GPC de TMG aconseja equipos de TAC (grado B) cuando hay muchos reingresos o dificultades de vinculación con riesgo de recaída o de pasar a estar «sin hogar»; con TAC los pacientes **permanecen más en contacto con los servicios**, ingresan menos (reducción media del **40 %** en el uso de camas), tienen menos probabilidad de quedarse sin hogar y más de vivir de forma independiente ^{F5}. La Estrategia 2022-2026 fija como objetivo **potenciar los equipos de TAC**, interdisciplinarios y con el papel de «gestor de caso» ^{F3}.

¿Ilimitado o limitado en tiempo?

La GPC de 2009 enumera entre los rasgos del TAC que es **«ilimitado en tiempo»** ^{F5}; su revisión de 2025, que actualiza la definición de TAC, dice en cambio **«su carácter limitado en tiempo»** y habla de una carga de **10-15 casos por miembro** del equipo ^{F27}. Las dos versiones son oficiales y se contradicen; aquí se recogen ambas.

TAC: el TMG es la indicación, no la exclusión

El TAC se diseñó precisamente **para personas con trastorno mental grave** difíciles de vincular ^{F7}; se hace **en el domicilio y el entorno** del paciente, con un **equipo multidisciplinar** accesible 24 horas, y busca mantener el **vínculo con la red** ^{F5,F6}.

Tratamiento Asertivo Comunitario

Señala la respuesta INCORRECTA en relación con el Tratamiento Asertivo Comunitario:

1. Uno de los objetivos es favorecer la vinculación con la red de salud mental.
2. Es criterio de exclusión padecer un trastorno mental grave.
3. Se trabaja a través de un equipo multidisciplinar donde la accesibilidad de los profesionales y la capacidad de trabajo en equipo son fundamentales.
4. Las intervenciones del equipo se realizan en el domicilio de los pacientes y/o en su entorno más próximo.

Red de adicciones. Los recursos de tercer nivel del Plan Nacional sobre Drogas son las **unidades de desintoxicación hospitalaria** (desintoxicación en régimen de ingreso para pacientes **en los que no está indicada la ambulatoria**), las **comunidades terapéuticas** (internamiento para intervención intensiva en entorno controlado), los recursos de apoyo a la intervención (entorno terapéutico residencial en régimen semiabierto, en medio urbano, para pacientes sin soporte familiar al inicio del tratamiento o en la integración sociolaboral) y los **centros de día** (no residenciales, de apoyo al tratamiento ambulatorio) ^{F8}. Socidrogalcohol indica desintoxicar opiáceos **con ingreso** ante historia de sobredosis, riesgo de abstinencia complicada (poliadictos), comorbilidad médica o psiquiátrica mayor, conductas de riesgo o **historia de fracaso de las desintoxicaciones extrahospitalarias**; y aunque **durante el embarazo** no recomienda desintoxicar, **si se hace, debe ser en régimen de ingreso** ^{F9}.

Recurso para embarazada drogodependiente: unidad hospitalaria de desintoxicación

Acude al centro integral de atención al drogodependiente una mujer de 32 años embarazada de 16 semanas, consumidora habitual de cocaína y heroína con antecedentes de fracasos en desintoxicación ambulatoria. No tiene apoyo familiar y manifiesta querer dejar de consumir drogas, pero necesita apoyo para hacerlo. ¿Qué recurso estaría indicado?

1. Unidad hospitalaria de desintoxicación.
2. Comunidades terapéuticas.
3. Centros de día.
4. Pisos de reinserción.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

3. La enfermera de salud mental y la relación terapéutica

El programa formativo de la especialidad es la **Orden SPI/1356/2011**, de 11 de mayo ^{F10}. Su frase central: la enfermera especialista en salud mental **presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico** ^{F10}. La primera competencia asistencial es **utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación** en el marco de los cuidados ^{F10}.

Competencias (Orden SPI/1356/2011) ^{F10}	Ejemplos literales resumidos
Asistenciales	Relación terapéutica como instrumento básico; valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados a personas, familias y grupos en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental; planes de cuidados en la comunidad con la visita domiciliaria ; actuar como gestora de casos en los trastornos que requieren continuidad de cuidados (p. ej., TMG)
Docentes	Educar en salud mental a personas, familias, grupos y comunidades
Investigadoras	Generar conocimiento científico, impulsar líneas de investigación y liderar o participar en proyectos multidisciplinares
De gestión	Dirigir o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental

En el área psicosocial, la Orden pide capacidad para desarrollar **intervenciones de promoción de la salud mental**, para **establecer relaciones terapéuticas** que ayuden a la persona en su crecimiento personal, su adaptación al medio y su autonomía, y para **detectar las necesidades del grupo familiar** e intervenir para optimizar sus posibilidades como grupo de apoyo ^{F10}. En cuanto a la medicación, la especialista **conoce los factores que inciden en la adherencia terapéutica** y formula intervenciones en el plan de cuidados; también reconoce la importancia de los recursos sociocomunitarios y los movimientos asociativos de autoayuda ^{F10}.

Funciones en la comunidad. La rehabilitación psicosocial busca el apoyo a la **integración comunitaria** de las personas con trastorno grave ^{F5}; en el TAC, uno de los objetivos fundamentales es la **adherencia a la medicación** y mantener al paciente **en contacto con los servicios** ^{F6}; y las familias con actitudes críticas, hostiles o sobreimplicadas **favorecen las recaídas**, por lo que se trabaja con ellas ^{F6}. En cuanto a los fármacos, la Orden dice que la especialista **aplica los tratamientos farmacológicos** derivados de la atención multiprofesional **vigilando sus efectos** y trabaja la **adherencia**; modificar la pauta no figura entre sus competencias ^{F10}.

★ Relación terapéutica = instrumento básico

La **relación de ayuda** es el **instrumento terapéutico básico** de la enfermera de salud mental y la base de todas sus competencias ^{F10}. Deducción de este apunte a partir de la Orden: por eso se considera el **eje y objetivo principal** de la intervención enfermera, por delante de metas como reducir recaídas, mejorar la adherencia o disminuir la ansiedad, que se apoyan en ella. La GPC de conducta suicida también recomienda promover **una alianza terapéutica sólida** como parte fundamental del proceso terapéutico ^{F13}.

EIR 2014 · 174

P12 · respuesta en el solucionario

Competencias de la enfermera de salud mental

Entre las competencias a desarrollar por la enfermera de salud mental dentro del equipo multidisciplinar, se encuentra:

1. Colaborar en la formulación del diagnóstico médico del trastorno mental.
2. Realizar, excepcionalmente, actividades de investigación e innovación.
3. Promover, en el menor tiempo posible, la institucionalización del paciente.
4. Intervenir en la promoción y prevención de la salud mental.
5. Practicar una enfermería experiencial basada en la observación de los signos y síntomas de la enfermedad mental.

EIR 2007 · 89

P16 · respuesta en el solucionario

Funciones de la enfermería psiquiátrica comunitaria

¿Cuál de las funciones siguientes NO es propia de la enfermería psiquiátrica en la comunidad?:

1. Evitar que la familia actúe como factor de mantenimiento de la enfermedad.
2. Detectar problemas que puedan alterar el equilibrio de la persona.
3. Educar a la persona para que pueda modificar el tratamiento farmacológico.
4. Evitar que el paciente deje el seguimiento psiquiátrico por propia voluntad.
5. Conseguir que el medio social del paciente no sea un factor negativo para su integración.

EIR 2019 · 196

P20 · respuesta en el solucionario

Relación terapéutica como eje de la intervención enfermera en salud mental

¿Cuál es el objetivo principal de la intervención enfermera en el proceso de atención a una persona con una enfermedad mental?:

1. El establecimiento de una relación terapéutica con el paciente.
2. La reducción de recaídas en los procesos crónicos.
3. Aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico.
4. Disminuir la ansiedad provocada por el padecimiento de una enfermedad mental.

Ante una crisis. La relación terapéutica exige escucha activa, **empatía**, calidez, comprensión y asertividad ^{F13}. Ante una persona en crisis suicida, la OMS pide escucharla con atención y calma, **comprender sus sentimientos (empatizar)**, dar mensajes no verbales de **aceptación y respeto**, y mostrar **preocupación, cuidado y calidez**, con un enfoque tranquilo, abierto, **de aceptación y sin juicios** ^{F18}. La GPC recoge qué hacer: **escuchar, mostrar empatía y mantener la calma, mostrar apoyo** y preocupación, tomar en serio la situación; y qué no hacer: ignorarla, decir que todo irá bien o **dejar a la persona sola** ^{F13}. Hablar de suicidio con quien lo comunica **puede aliviar su ansiedad** y ayudarle a sentirse comprendido, sin aumentar el riesgo ^{F13}.

EIR 2013 · 161

P14 · respuesta en el solucionario

Relación terapéutica como eje de la intervención enfermera en salud mental

¿Cuál es el papel de la enfermera de salud mental ante una crisis vital?:

1. Evitar implicarse de manera activa en la situación vital de la persona que la está padeciendo.
2. Establecer una relación terapéutica de aceptación, apoyo y empatía.
3. Avisar a los familiares y/o allegados para reducir la tensión.
4. No reforzar a la persona para evitar prolongar el tiempo de duración de la crisis.
5. Evitar la expresión de sentimientos del paciente para no implicarse en la situación.

4. Rehabilitación psicosocial, familia y ayuda mutua

La **rehabilitación psicosocial** es la práctica interdisciplinaria dirigida a la promoción y el mantenimiento de la **autonomía** de las personas con un problema de salud mental potencialmente discapacitante y a su **integración comunitaria**; su objetivo es la **recuperación personal** ^{F3}. La GPC de TMG la define como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que **complementan** las intervenciones farmacológicas y se orientan a mejorar el funcionamiento personal y social, la calidad de vida y la integración comunitaria ^{F5}. Sus técnicas beben del aprendizaje social y la **modificación de conducta**; el entrenamiento en habilidades sociales se basa en el condicionamiento operante, el análisis experimental de la conducta y la teoría del aprendizaje social ^{F5}.

Modelo de vulnerabilidad-estrés. Zubin y Spring (1977) lo formularon para la esquizofrenia: según la intensidad del estrés y el umbral para tolerarlo (la **vulnerabilidad** de cada persona), la crisis se contiene o desemboca en un episodio de trastorno ^{F26}. La GPC de esquizofrenia considera bueno este modelo para guiar la psicoterapia, cuyos objetivos son **minimizar la vulnerabilidad y el estrés** y maximizar la adaptación y el funcionamiento, favoreciendo los apoyos sociales ^{F7}; las habilidades sociales actúan como **factores protectores** dentro de él ^{F5}.

Emoción expresada (EE). Es una serie de actitudes de la familia hacia el paciente —**hostilidad, críticas y sobreprotección**— que se relacionan con la tasa de recaídas; es un **potente predictor de recaídas** y mala evolución en la esquizofrenia y en otras patologías ^{F7}. La Asociación Española de Neuropsiquiatría describe las familias con alta EE como las que mantienen actitudes **críticas y hostiles** hacia el paciente **o implicadas en exceso en la enfermedad** (excesiva dedicación, poca atención a las necesidades propias y de otros miembros), y dice que favorecen las recaídas ^{F6}.

Alta emoción expresada

Críticas + hostilidad + sobreimplicación (sobreprotección, implicación excesiva): lo contrario de una familia que respeta y comprende; más recaídas ^{F6,F7}.

EIR 2021 · 77

P18 · respuesta en el solucionario

Emoción expresada familiar

Quando en la valoración de enfermería de una persona que padece un trastorno mental, observamos que en la familia hay una “alta emoción expresada”, encontramos:

1. Interacciones asertivas y expresión abierta de sentimientos.
2. Comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional.
3. Actitudes de respeto y comprensión hacia la enfermedad mental del familiar.
4. Indiferencia afectiva hacia el proceso de rehabilitación del familiar.

Grupos de ayuda mutua (GAM). La ayuda mutua es una forma de colaboración en la que priman **la reciprocidad y las relaciones de simetría** entre personas que comparten el mismo problema ^{F11}. Los GAM son grupos pequeños y **voluntarios** de personas afectadas que se reúnen periódicamente para **intercambiar experiencias** y apoyarse recíprocamente; son **independientes de los profesionales**, que solo pueden actuar

como consultores si el grupo lo decide ^{F11}. Pueden crearse en torno a una **enfermedad de larga duración**, una conducta adictiva o problemas de rechazo social, así que **no son exclusivos de las adicciones** ^{F11}.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha los aplica al **trastorno mental común** (ansiedad, depresión): buscan espacios de **reciprocidad horizontal** que contrarresten las relaciones asimétricas entre «médico» y «paciente», dan sobre todo **apoyo emocional**, y la ayuda no tiene por qué darla un profesional ^{F12}. En su modelo el grupo puede arrancar con un coordinador, pero el liderazgo no recae en él y los grupos maduros aspiran a coordinarse por los propios usuarios ^{F12}. La Estrategia 2022-2026 se propone **impulsar los grupos de ayuda mutua** desde los servicios y potenciar el apoyo entre pares ^{F3}.

GAM no es terapia de grupo

En el GAM la relación es **entre iguales y horizontal**, el grupo es **independiente de los profesionales** (que solo asesoran si el grupo lo pide) y lo que proporciona **principalmente es apoyo emocional**; intercambiar información y experiencias es un medio, no su objetivo principal. Si hay un coordinador, **no dirige ni lidera** el grupo ^{F11,F12}.

EIR 2023 · 197

P6 · respuesta en el solucionario

Grupos de ayuda mutua

Un paciente ha sido diagnosticado de Trastorno Generalizado de Ansiedad y su enfermera le recomienda la participación en un Grupo de Ayuda Mutua (GAM). Señale la respuesta correcta:

1. El objetivo del GAM es incrementar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad.
2. Es un tipo de terapia psicológica grupal donde el terapeuta guía a los participantes hacia estrategias de afrontamiento efectivas.
3. Es una recomendación no indicada para su patología ya que los GAM están enfocados a trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
4. La participación en un GAM, favorece la relación entre iguales desde una perspectiva horizontal.

5. Conducta suicida: epidemiología y factores de riesgo

En España hubo **3.808 suicidios en 2025** (datos provisionales del INE), de ellos **2.784 en hombres**; el suicidio fue la **primera causa de muerte externa en los hombres** ^{F14}. En 2024 (definitivo) la tasa fue de **12,1 por 100.000 hombres frente a 4,2 por 100.000 mujeres** ^{F15}. Con datos de **2023**, el Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027 indica que la mortalidad por suicidio es **mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad** ^{F16}; en 2024 la única excepción son los menores de 15 años, con tasas mínimas y casi iguales (0,18 frente a 0,19) ^{F15}. En conjunto, el suicidio fue la **tercera causa externa de muerte** en 2025, y el INE advierte de que las cifras provisionales de causas externas pueden estar subestimadas ^{F14}.

Consumado frente a intento. El suicidio consumado suele producirse en **hombres**, mientras que **los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes** ^{F13}. Los hombres tienen mayores tasas de suicidio consumado y las mujeres mayor número de intentos ^{F13}.

Edad. El suicidio en España sigue las pautas del resto del mundo: la mayoría en varones y con una **tasa que aumenta conforme aumenta la edad** ^{F13}. Aunque en números absolutos hay más casos en menores de 45 años por la distribución demográfica, **las tasas son más altas en las personas de edad** ^{F13}. Los momentos de más riesgo a lo largo de la vida son la **adolescencia y la edad avanzada**, y los ancianos tienen tasas **tres veces superiores** a los adolescentes, entre otras razones por usar métodos más letales ^{F13}. **Antes de la pubertad**, el intento y el suicidio son **excepcionales** por la inmadurez cognitiva ^{F13}.

Tasa de suicidio en España, 2024 (por 100.000) ^{F15}	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 15 años	0,19	0,18	0,19
15-29 años	4,16	5,60	2,63
30-39 años	6,60	10,61	2,55
50-54 años	11,98	16,78	7,18
55-59 años	12,14	16,80	7,60
70-74 años	9,53	15,09	4,72
80-84 años	13,20	23,91	5,59
90-94 años	17,29	45,01	4,58

Selección de grupos de la tabla del INE: los adultos jóvenes tienen las tasas **más bajas** entre los adultos y los hombres muy mayores las más altas; la curva **no es lineal** (el total baja entre los 60 y los 79 años) y en las **mujeres** el máximo está hacia los **55-59 años** ^{F15}. En las autopsias psicológicas se objetiva un **trastorno mental en torno al 90 %** de las personas que se suicidan; los más asociados son la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los de personalidad y los de ansiedad, **entre otros** ^{F13}. Aun así, no es necesario padecer un trastorno mental para suicidarse ^{F13}.



Epidemiología en una línea

Consuman más los hombres, intentan más las mujeres (jóvenes); la tasa aumenta con la edad (GPC); excepcional en niños ^{F13}. En los datos de 2024 las tasas más altas son las de los hombres muy mayores ^{F15}.

Número frente a tasa

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2005-092** da por incorrecto que «el número de suicidios consumados disminuye con la edad», lo que equivale a leerlo como **tasa**: la GPC dice que la **tasa aumenta conforme aumenta la edad** ^{F13}. Pero la misma GPC advierte que, por la distribución demográfica, **el número absoluto de casos es mayor entre los menores de 45 años** ^{F13}. Leída en números absolutos, la afirmación no sería falsa; con el criterio de la tasa, que es el de la clave, sí lo es.

EIR 2005 · 92

P17 · respuesta en el solucionario

Epidemiología del suicidio: aumento con la edad

De las afirmaciones siguiente, es INCORRECTA:

1. El nº de intentos de suicidio es superior en las mujeres.
2. El nº de suicidios consumados, disminuye con la edad.
3. El nº de suicidios consumados es superior en varones.
4. El suicidio es excepcional en niños.
5. El riesgo de suicidio puede surgir en cualquier categoría de diagnóstico psiquiátrico.

Factor de riesgo (GPC de conducta suicida) ^{F13}	Qué dice la guía
Intentos previos	El predictor más fuerte de riesgo suicida; en los 6 primeros meses e incluso el primer año tras el intento el riesgo aumenta entre 20 y 30 veces
Depresión mayor	El trastorno mental más asociado; riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general
Antecedentes familiares de suicidio	Aumentan el riesgo , sobre todo en mujeres y si el familiar es de primer grado
Sexo y edad	Factores no modificables: hombres (consumado); adolescentes, adultos jóvenes y edad geriátrica
Esquizofrenia	Más riesgo en hombres jóvenes al inicio, en recaídas crónicas y en los primeros meses tras un alta hospitalaria

Tras el alta. El periodo de **días a semanas después del alta** de urgencias o del hospital psiquiátrico en pacientes ingresados por ideación o intento de suicidio es **un tiempo de alto riesgo**; en quienes ingresan **tras un intento**, el riesgo sigue alto los **6 a 12 meses** siguientes, y se concierta el seguimiento **en la primera semana** tras el alta ^{F17}. El Plan 2025-2027 cita el alta hospitalaria y el intento previo como **momentos de mayor riesgo** ^{F16}, y la GPC señala en la esquizofrenia el riesgo de los **primeros meses después de un alta hospitalaria** ^{F13}. La OMS advierte, además, de que la mejoría tras una crisis **no significa que haya pasado el riesgo**: muchos suicidios ocurren en un periodo de mejoría, cuando la persona recupera la energía para actuar ^{F18}.

EIR 2026 · 66

P2 · respuesta en el solucionario

Suicidio consumado: mayor en hombres

Respecto la conducta suicida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. En nuestro país, los hombres tienen mayor riesgo de suicidio consumado que las mujeres.
2. Las personas con intentos previos de suicidio tienen un riesgo bajo de acabar consumando el suicidio al haber sobrevivido.
3. Los antecedentes familiares de suicidio son independientes del riesgo que pueda presentar una persona.
4. La franja de edad de mayor riesgo de suicidio corresponde a jóvenes de 18 a 35 años.

EIR 2020 · 128

P10 · respuesta en el solucionario

Máximo riesgo de suicidio: tras alta hospitalaria por depresión

¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas está relacionada con un riesgo máximo de suicidio?:

1. Persona con trastorno bipolar entrando en fase hipomaniaca.
2. Persona con trastorno narcisista de la personalidad tras una propuesta de divorcio.
3. Persona con trastorno depresivo mayor tras el alta hospitalaria después de un ingreso.
4. Persona con trastorno depresivo mayor y acusada clinofilia en tratamiento ambulatorio.

6. Evaluación del riesgo suicida

La evaluación se basa en la **entrevista clínica**: la GPC recomienda **no sustituirla por escalas**, que solo aportan información complementaria (grado D) ^{F13}. Entre las escalas, recomienda las de **desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck**, y los **ítems de conducta suicida** del Inventario de depresión de Beck y de la escala de Hamilton para la depresión (grado C) ^{F13}.

La **MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)**, o entrevista neuropsiquiátrica internacional, figura en la GPC entre los instrumentos heteroaplicados de **valoración del riesgo suicida**: sirve para la detección y orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos, **entre ellos el riesgo de suicidio**, que valora con **6 ítems** y tiene versión en español ^{F13}. Se ha usado en el cribado de ideación y conducta suicida en atención primaria ^{F13}.

No confundir con escalas de otra cosa

El **Inventario de depresión de Beck** mide depresión; la GPC solo aprovecha **un ítem** suyo sobre ideación suicida ^{F13}. La **HAD** (Zigmond y Snaith) es una escala para detectar **ansiedad y depresión** en consultas hospitalarias ^{F25}. La que sí es de riesgo suicida es la **escala de desesperanza** de Beck (9 o más puntos) ^{F13}.

EIR 2024 · 188

P5 · respuesta en el solucionario

Evaluación de riesgo suicida: entrevista MINI

¿Cuál de las siguientes pruebas se utiliza para la evaluación de riesgo suicidio?:

1. Escala de Beck de depresión.

2. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton.

3. Entrevista Neuropsiquiátrica MINI.

4. Escala de Norton.

SAD PERSONS (Patterson et al., 1983) es un acrónimo fácil de aprender basado en **diez factores de riesgo** mayores ^{F26}. Cada ítem se puntúa 0 (ausente) o 1 (presente) ^{F13}. No está validada en España ni hay estudios de sus propiedades psicométricas, pero la GPC la recomienda por su **facilidad de aplicación** (grado D) ^{F13}.

Letra	Ítem (GPC, tabla 8) ^{F13}
S	Sex: sexo masculino
A	Age: < 20 o > 45 años
D	Depression: presencia de depresión
P	Previous attempt: intento previo
E	Ethanol abuse: abuso de alcohol
R	Rational thinking loss: ausencia de pensamiento racional

Letra	Ítem (GPC, tabla 8) ^{F13}
S	Social support lacking: apoyo social inadecuado
O	Organized plan: plan elaborado
N	No spouse: sin pareja
S	Sickness: problemas de salud

Puntuación SAD PERSONS	Interpretación (GPC, tabla 8) ^{F13}
0-2	Bajo riesgo
3-4	Riesgo moderado: seguimiento ambulatorio o valorar ingreso
5-6	Riesgo alto: se recomienda ingreso, sobre todo sin apoyo social
7-10	Precisa ingreso

Cómo se puntúa en la práctica

Se suma un punto por cada factor presente: un hombre (S) de 47 años (A) sin red social (S) suma 3; una mujer de 59 años (A) con intento previo (P) suma 2. El consumo de cocaína no puntúa en «E», que es **alcohol** ^{F13}.

EIR 2024 · 198

P3 · respuesta en el solucionario

Escala SAD PERSONS

¿Cuál de las siguientes circunstancias vitales supone más riesgo de suicidio según la escala SAD PERSONS de Patterson?:

1. Sexo femenino, vive en pareja y padece una enfermedad somática.
2. Sexo masculino, treinta años de edad y consumidor habitual de cocaína.
3. Sexo femenino, cincuenta y nueve años de edad e intento autolítico previo.
4. Sexo masculino, cuarenta y siete años de edad y ausencia de red social.

7. Intervención y prevención del suicidio

Programa SUPRE de la OMS. Su recurso para trabajadores de atención primaria (2000) dice que la mejor forma de saber si alguien tiene ideas suicidas es **preguntárselo**: hablar de suicidio **no siembra la idea**, y las personas agradecen poder hablar abiertamente ^{F18}. La mayoría de las personas suicidas son **ambivalentes**: el deseo de vivir y el de morir libran una lucha, y si se apoya el deseo de vivir el riesgo disminuye ^{F18}. La GPC española adapta sus recomendaciones y aclara que van dirigidas a **todo el personal de atención primaria**, no solo a médicos o enfermeras ^{F13}.

Riesgo (SUPRE; la GPC recoge el contrato)	Qué hacer ^{F13,F18}
Bajo	Trabajar los sentimientos suicidas : cuanto más abiertamente habla la persona de la pérdida, el aislamiento y la falta de valor, menor es su agitación emocional ^{F18}
Medio	Usar la ambivalencia para fortalecer poco a poco el deseo de vivir ^{F18} ; pactar un contrato de «no suicidio» : que prometa no hacerlo sin contactar antes con personal sanitario o durante un periodo específico ^{F13,F18}
Alto	Permanecer con la persona sin dejarla nunca sola , retirar los medios, hacer un contrato y contactar de inmediato con un profesional para su hospitalización ^{F18}

¿Qué hacer? (GPC, tabla 13, modificada de la OMS) ^{F13}	¿Qué no hacer?
Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma	Ignorar la situación
Mostrar apoyo y preocupación	Mostrarse consternado
Tomar en serio la situación y evaluar el riesgo	Decir que todo estará bien
Preguntar por intentos previos y por el plan	Retar a la persona a seguir adelante
Explorar posibilidades diferentes al suicidio	Hacer parecer el problema algo trivial
Ganar tiempo, pactar un «contrato de no suicidio»	Dar falsas garantías
Identificar otros apoyos; comunicación entre profesionales	Jurar guardar secreto
Restringir el acceso a medios letales; si el riesgo es alto, permanecer con la persona	Dejar a la persona sola



El secreto no se promete

Jurar guardar secreto está entre lo que **no** hay que hacer; el contrato de no suicidio, hablar abiertamente y usar la ambivalencia sí se recomiendan ^{F13,F18}. La OMS pide intentar obtener el permiso de la persona para movilizar apoyos y, aun sin él, buscar a alguien cercano ^{F18}.

EIR 2022 · 169

P8 · respuesta en el solucionario

Programa SUPRE: no garantizar secreto

Según la OMS, dentro del programa SUPRE para la prevención del suicidio, ¿qué recomendación **NO** estaría indicada en la atención a una persona con ideación y/o planificación suicida?:

1. Pactar un contrato, conseguir que la persona prometa no suicidarse sin contactar previamente con personal sanitario o por un periodo específico de tiempo.
2. Trabajar a través de los sentimientos suicidas, favorecer que la persona hable abiertamente sobre la pérdida, aislamiento y falta de valor.
3. Garantizar a la persona que se guardará secreto si así lo solicita.
4. Utilizar la ambivalencia sentida por el suicida para fortalecer el deseo de vivir.

Plan de seguridad (Stanley y Brown): lista escrita y priorizada de **estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo** que el paciente puede usar para aliviar una crisis suicida ^{F19}. Sus componentes son: reconocer las **señales de alarma**; usar **estrategias internas** de afrontamiento; usar contactos y lugares sociales para **distraerse**; recurrir a **familiares o amigos** para resolver la crisis; contactar con **profesionales o servicios**; y **restringir el acceso a medios letales** ^{F19}.

En su manual para veteranos, los mismos autores llaman a ese último paso «**hacer el entorno seguro**» y lo justifican así: el riesgo se amplifica cuando hay un plan con un método letal disponible, y aunque no lo haya, **un componente clave del plan de seguridad es eliminar o limitar el acceso a cualquier medio letal** del entorno (guardar la medicación, armas, cuchillos); si el método es **muy letal**, lo retira una persona responsable (normalmente un familiar o amigo, o la policía), y si es de baja letalidad puede hacerlo el propio paciente antes de la crisis ^{F20}. La GPC recomienda (grado B) **reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales** (venta de psicótopos, envases más pequeños, antidepresivos menos tóxicos...), y en atención primaria pactar con la familia la **custodia de la medicación** y la restricción del acceso al método ideado ^{F13}. El Plan 2025-2027 considera clave limitar el acceso a medios letales, como en la estrategia LIVE LIFE de la OMS ^{F16}.

Plan de seguridad: el paso que sus autores llaman clave

El plan incluye también identificar personas de apoyo, pero la restricción de medios letales es el paso que sus autores califican de **componente clave**, que se aborda **aunque el paciente no tenga un plan concreto** ^{F20}; la GPC la recomienda con grado B y el Plan 2025-2027 la considera clave en la prevención ^{F13,F16}. Ninguna de las fuentes consultadas declara expresamente cuál es el «propósito principal» del plan: su definición es aliviar la crisis con estrategias y apoyos priorizados ^{F19}.

Plan de seguridad en riesgo suicida

¿Cuál es el propósito principal de un plan de seguridad en la evaluación y manejo de pacientes con riesgo de suicidio?:

1. Focalizar el problema.
2. Identificar a personas de apoyo en la vida del paciente.
3. Reducir el acceso a los medios letales.
4. Promover la comunicación abierta sobre la ideación suicida.

Medios de comunicación. El aumento de suicidios tras ciertas noticias se llama **contagio** o **efecto Werther**, por el protagonista de la novela de Goethe ^{F21}. El **efecto protector de la información responsable** sobre el suicidio se llama **efecto Papageno**, por el personaje de *La flauta mágica* de Mozart que, a punto de suicidarse, recuerda en el último momento que hay alternativas ^{F21}. Niederkröten et al. (2010) describieron que la cobertura del **afrontamiento positivo** puede tener efectos protectores ^{F22}, y la GPC recoge que la forma y el contenido de las noticias pueden ejercer **un efecto preventivo, conocido como efecto Papageno** ^{F13}.

Werther imita, Papageno protege

Werther = contagio por noticias inadecuadas; **Papageno** = prevención por información responsable que muestra alternativas ^{F13,F21}.

Efecto Papageno

El efecto preventivo que puede tener sobre la conducta suicida la comunicación responsable a través de los medios de comunicación, siguiendo unas pautas establecidas y dando visibilidad al problema del suicidio, se denomina:

1. Efecto Werther.
2. Efecto Papageno.
3. Efecto Copycat.
4. Efecto Mandela.

8. Terapia electroconvulsiva

El **Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva** (2018), editado por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y avalado por la Sociedad Española de Psiquiatría, define la TEC como una técnica para **trastornos psiquiátricos graves y resistentes**, con indicaciones precisas, que **no debería posponerse como último recurso**; por su rapidez y eficacia **puede ser el tratamiento de elección en cuadros psiquiátricos graves como la catatonía, la depresión, el trastorno bipolar y las psicosis** ^{F23}. Su indicación depende del tipo y la gravedad del trastorno, la necesidad de respuesta urgente, la imposibilidad de usar fármacos, la resistencia o intolerancia a otros tratamientos, situaciones especiales como el **embarazo** o el riesgo grave de suicidio, la buena respuesta previa y la preferencia del paciente ^{F23}.

Indicación	Consenso Español 2018 ^{F23}
Catatonía	Una de las situaciones con mejor respuesta (80-100 %); en la catatonía maligna o si el lorazepam no basta, tratamiento de primera elección
Depresión	Globalmente la terapéutica más efectiva (70-85 % de respuesta) en los cuadros depresivos graves, por encima de los antidepresivos ; primera elección para muchos autores en la depresión psicótica o con alto riesgo de suicidio
Manía	Eficacia similar a la de la depresión y equiparable a la del litio; también en la gestante y en cicladores rápidos
Esquizofrenia	Episodio agudo con componente motor, gran desorganización, riesgo suicida muy alto; resistencia o intolerancia a antipsicóticos
Síndrome neuroléptico maligno	Eficaz cuando falla el tratamiento de soporte junto con la farmacoterapia ; podría ser de primera línea si hay riesgo vital

«La más efectiva»: dos formulaciones

El Consenso Español dice que la TEC es **globalmente la más efectiva en la depresión grave, por encima de los antidepresivos** ^{F23}. La GPC de depresión del SNS es más prudente: es **más efectiva que el tratamiento a corto plazo con algunos antidepresivos**, y la recomienda (grado A) en la depresión grave con necesidad de respuesta rápida, alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o fracaso de otros tratamientos ^{F24}.

Embarazo. La TEC es un tratamiento **eficaz y de bajo riesgo en los tres trimestres y el posparto**, y la APA y otras guías la sugieren como opción para la **depresión mayor, el trastorno bipolar y la psicosis durante el embarazo**; sus indicaciones en la gestante son las mismas que en el resto de adultos ^{F23}. Se monitoriza la frecuencia cardíaca fetal (a partir de las 14-16 semanas), se desplaza el útero a la izquierda con una cuña y se usa paracetamol para la cefalea ^{F23}. La lactancia no tiene por qué interrumpirse ^{F23}.

Contraindicaciones. Hoy se considera que **no existen contraindicaciones absolutas** para la TEC; hay situaciones de mayor riesgo que pueden considerarse **contraindicaciones relativas** ^{F23}. La GPC de depresión

coincide: situaciones de riesgo relativo son las **lesiones cerebrales ocupantes de espacio (tumores o hemorragias)** u otra causa de presión intracraneal elevada, la enfermedad cardiovascular grave reciente, el tratamiento con IMAO o litio y los riesgos de la anestesia ^{F24}. El Consenso aconseja demorar la TEC al menos 30 días tras un ictus (especialmente hemorrágico) y entre 4 y 12 semanas tras un infarto de miocardio ^{F23}.

★ TEC: sin contraindicaciones absolutas

Ni el embarazo ni la hemorragia cerebral reciente son contraindicaciones absolutas: **no las hay**; las situaciones de riesgo son **relativas** ^{F23,F24}.

EIR 2020 · 122

P19 · respuesta en el solucionario

TEC: contraindicaciones

En relación con la Terapia Electroconvulsiva (TEC), señale la respuesta INCORRECTA:

1. En cuadros depresivos graves ha demostrado ser globalmente la opción terapéutica más efectiva por encima de los fármacos antidepresivos.
2. Se considera un tratamiento eficaz en el síndrome neuroléptico maligno cuando falla el tratamiento de soporte junto con la farmacoterapia.
3. Es una contraindicación absoluta haber padecido una hemorragia cerebral reciente.
4. La TEC es una opción de tratamiento para la depresión mayor, trastorno bipolar y psicosis en la mujer gestante.

Técnica. Se aplica siempre con **anestesia general** y relajante muscular (succinilcolina), con monitorización obligatoria de ECG, pulsioximetría y presión arterial ^{F23}. Hay **tres localizaciones** de electrodos: **bifrontotemporal** (la más usada al empezar, eficaz y rápida pero con más efectos cognitivos), **unilateral** en el hemisferio no dominante (menos afectación cognitiva y, con cargas suficientes, tan eficaz como la bifrontotemporal) y **bifrontal** (no se considera primera opción) ^{F23}. El curso agudo se da en **dos o tres sesiones semanales** y termina cuando no hay más mejoría, **generalmente tras 6-12 sesiones** ^{F23}; la GPC da el mismo esquema ^{F24}. La **TEC de continuación** cubre los 6 meses siguientes a la remisión y la **de mantenimiento** sigue después, sin plazo fijo ^{F23}.

Cuidados de enfermería. Antes: **ayuno** (6 horas para sólidos y 2 para líquidos claros), constantes y glucemia en diabéticos, comprobar los **dos consentimientos informados** (técnica y anestesia), retirar prótesis dentales, lentillas, joyas, maquillaje y esmalte, y micción previa ^{F23}. Durante: decúbito supino, comprobar las fasciculaciones del bloqueo neuromuscular, colocar el **protector bucal** y colaborar en la preoxigenación ^{F23}. Después: semi-Fowler, oxígeno hasta recuperar la respiración, **reposo y dieta absoluta 2 horas**; el paciente ambulatorio se va acompañado y **no debe conducir en 12 horas** ^{F23}. Efectos adversos: **cefalea** (hasta 45 %), **confusión** leve y transitoria, **amnesia** anterógrada (se recupera en días a dos semanas) y retrógrada, sin que se haya demostrado daño cerebral ^{F23}.

TEC: indicaciones según el Consenso Español

Según el Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Terapia Electroconvulsiva es correcta?:

1. Está contraindicada en el embarazo por riesgo de malformaciones fetales.
2. Puede ser el tratamiento de elección en cuadros psiquiátricos graves como la catatonía, la depresión, el trastorno bipolar y las psicosis.
3. Actualmente solo se utiliza la estimulación unilateral.
4. El tratamiento agudo consiste en 1 sesión semanal durante 6 semanas.

Todas las preguntas del tema (17)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 203

P1 · respuesta en el solucionario

Según el Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Terapia Electroconvulsiva es correcta?:

1. Está contraindicada en el embarazo por riesgo de malformaciones fetales.
2. Puede ser el tratamiento de elección en cuadros psiquiátricos graves como la catatonía, la depresión, el trastorno bipolar y las psicosis.
3. Actualmente solo se utiliza la estimulación unilateral.
4. El tratamiento agudo consiste en 1 sesión semanal durante 6 semanas.

EIR 2026 · 66

P2 · respuesta en el solucionario

Respecto la conducta suicida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. En nuestro país, los hombres tienen mayor riesgo de suicidio consumado que las mujeres.
2. Las personas con intentos previos de suicidio tienen un riesgo bajo de acabar consumando el suicidio al haber sobrevivido.
3. Los antecedentes familiares de suicidio son independientes del riesgo que pueda presentar una persona.
4. La franja de edad de mayor riesgo de suicidio corresponde a jóvenes de 18 a 35 años.

EIR 2024 · 198

P3 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes circunstancias vitales supone más riesgo de suicidio según la escala SAD PERSONS de Patterson?:

1. Sexo femenino, vive en pareja y padece una enfermedad somática.
2. Sexo masculino, treinta años de edad y consumidor habitual de cocaína.
3. Sexo femenino, cincuenta y nueve años de edad e intento autolítico previo.
4. Sexo masculino, cuarenta y siete años de edad y ausencia de red social.

EIR 2024 · 189

P4 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es el propósito principal de un plan de seguridad en la evaluación y manejo de pacientes con riesgo de suicidio?:

1. Focalizar el problema.
2. Identificar a personas de apoyo en la vida del paciente.
3. Reducir el acceso a los medios letales.
4. Promover la comunicación abierta sobre la ideación suicida.

¿Cuál de las siguientes pruebas se utiliza para la evaluación de riesgo suicidio?:

1. Escala de Beck de depresión.
2. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton.
3. Entrevista Neuropsiquiátrica MINI.
4. Escala de Norton.

Un paciente ha sido diagnosticado de Trastorno Generalizado de Ansiedad y su enfermera le recomienda la participación en un Grupo de Ayuda Mutua (GAM). Señale la respuesta correcta:

1. El objetivo del GAM es incrementar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad.
2. Es un tipo de terapia psicológica grupal donde el terapeuta guía a los participantes hacia estrategias de afrontamiento efectivas.
3. Es una recomendación no indicada para su patología ya que los GAM están enfocados a trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
4. La participación en un GAM, favorece la relación entre iguales desde una perspectiva horizontal.

El efecto preventivo que puede tener sobre la conducta suicida la comunicación responsable a través de los medios de comunicación, siguiendo unas pautas establecidas y dando visibilidad al problema del suicidio, se denomina:

1. Efecto Werther.
2. Efecto Papageno.
3. Efecto Copycat.
4. Efecto Mandela.

Según la OMS, dentro del programa SUPRE para la prevención del suicidio, ¿qué recomendación NO estaría indicada en la atención a una persona con ideación y/o planificación suicida?:

1. Pactar un contrato, conseguir que la persona prometa no suicidarse sin contactar previamente con personal sanitario o por un periodo específico de tiempo.
2. Trabajar a través de los sentimientos suicidas, favorecer que la persona hable abiertamente sobre la pérdida, aislamiento y falta de valor.
3. Garantizar a la persona que se guardará secreto si así lo solicita.
4. Utilizar la ambivalencia sentida por el suicida para fortalecer el deseo de vivir.

Señala la respuesta INCORRECTA en relación con el Tratamiento Asertivo Comunitario:

1. Uno de los objetivos es favorecer la vinculación con la red de salud mental.
2. Es criterio de exclusión padecer un trastorno mental grave.
3. Se trabaja a través de un equipo multidisciplinar donde la accesibilidad de los profesionales y la capacidad de trabajo en equipo son fundamentales.
4. Las intervenciones del equipo se realizan en el domicilio de los pacientes y/o en su entorno más próximo.

¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas está relacionada con un riesgo máximo de suicidio?:

1. Persona con trastorno bipolar entrando en fase hipomaniaca.
2. Persona con trastorno narcisista de la personalidad tras una propuesta de divorcio.
3. Persona con trastorno depresivo mayor tras el alta hospitalaria después de un ingreso.
4. Persona con trastorno depresivo mayor y acusada clinofilia en tratamiento ambulatorio.

En el ámbito de la salud mental, la palabra cronicidad:

1. No se emplea con relación a los trastornos mentales.
2. Se sustituye por el término Trastorno Mental Grave (TMG).
3. Se comenzó a emplear con la reforma psiquiátrica.
4. Se relaciona con el de enfermedad mental aguda.
5. Es un concepto neutro, sin connotaciones negativas.

Entre las competencias a desarrollar por la enfermera de salud mental dentro del equipo multidisciplinar, se encuentra:

1. Colaborar en la formulación del diagnóstico médico del trastorno mental.
2. Realizar, excepcionalmente, actividades de investigación e innovación.
3. Promover, en el menor tiempo posible, la institucionalización del paciente.
4. Intervenir en la promoción y prevención de la salud mental.
5. Practicar una enfermería experiencial basada en la observación de los signos y síntomas de la enfermedad mental.

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) favoreció la reforma psiquiátrica en España porque:

1. Dio carta de naturaleza al modelo manicomial.
2. Definió el modelo biomédico de asistencia al enfermo psiquiátrico.
3. Institucionalizó la estructura comunitaria conformada por equipos interdisciplinarios.
4. Reguló los factores y elementos de la calidad asistencial.
5. Adoptó un modelo paternalista de protección al enfermo mental.

¿Cuál es el papel de la enfermera de salud mental ante una crisis vital?:

1. Evitar implicarse de manera activa en la situación vital de la persona que la está padeciendo.
2. Establecer una relación terapéutica de aceptación, apoyo y empatía.
3. Avisar a los familiares y/o allegados para reducir la tensión.
4. No reforzar a la persona para evitar prolongar el tiempo de duración de la crisis.
5. Evitar la expresión de sentimientos del paciente para no implicarse en la situación.

En la década de 1970 surge en España la salud mental comunitaria. ¿Cuál es uno de sus rasgos principales?:

1. Aprovecha la jerarquización del hospital psiquiátrico para tratar la enfermedad mental.
2. Acepta los conceptos y roles de los modelos de salud y trastorno mental desde una perspectiva de base médica.
3. Disminuye la responsabilidad social de los profesionales sanitarios.
4. Considera a la comunidad como parte activa al estar basada en el modelo de salud pública.
5. Promueve un cambio en el desarrollo de los cuidados de salud mental desde lo comunitario hacia lo institucional.

¿Cuál de las funciones siguientes NO es propia de la enfermería psiquiátrica en la comunidad?:

1. Evitar que la familia actúe como factor de mantenimiento de la enfermedad.
2. Detectar problemas que puedan alterar el equilibrio de la persona.
3. Educar a la persona para que pueda modificar el tratamiento farmacológico.
4. Evitar que el paciente deje el seguimiento psiquiátrico por propia voluntad.
5. Conseguir que el medio social del paciente no sea un factor negativo para su integración.

De las afirmaciones siguiente, es INCORRECTA:

1. El nº de intentos de suicidio es superior en las mujeres.
2. El nº de suicidios consumados, disminuye con la edad.
3. El nº de suicidios consumados es superior en varones.
4. El suicidio es excepcional en niños.
5. El riesgo de suicidio puede surgir en cualquier categoría de diagnóstico psiquiátrico.

Preguntas que también podrían ser de este tema (7)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2021 · 77

P18 · respuesta en el solucionario

Cuando en la valoración de enfermería de una persona que padece un trastorno mental, observamos que en la familia hay una “alta emoción expresada”, encontramos:

1. Interacciones asertivas y expresión abierta de sentimientos.
2. Comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional.
3. Actitudes de respeto y comprensión hacia la enfermedad mental del familiar.
4. Indiferencia afectiva hacia el proceso de rehabilitación del familiar.

EIR 2020 · 122

P19 · respuesta en el solucionario

En relación con la Terapia Electroconvulsiva (TEC), señale la respuesta INCORRECTA:

1. En cuadros depresivos graves ha demostrado ser globalmente la opción terapéutica más efectiva por encima de los fármacos antidepresivos.
2. Se considera un tratamiento eficaz en el síndrome neuroléptico maligno cuando falla el tratamiento de soporte junto con la farmacoterapia.
3. Es una contraindicación absoluta haber padecido una hemorragia cerebral reciente.
4. La TEC es una opción de tratamiento para la depresión mayor, trastorno bipolar y psicosis en la mujer gestante.

EIR 2019 · 196

P20 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es el objetivo principal de la intervención enfermera en el proceso de atención a una persona con una enfermedad mental?:

1. El establecimiento de una relación terapéutica con el paciente.
2. La reducción de recaídas en los procesos crónicos.
3. Aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico.
4. Disminuir la ansiedad provocada por el padecimiento de una enfermedad mental.

Acude al centro integral de atención al drogodependiente una mujer de 32 años embarazada de 16 semanas, consumidora habitual de cocaína y heroína con antecedentes de fracasos en desintoxicación ambulatoria. No tiene apoyo familiar y manifiesta querer dejar de consumir drogas, pero necesita apoyo para hacerlo. ¿Qué recurso estaría indicado?

1. Unidad hospitalaria de desintoxicación.
2. Comunidades terapéuticas.
3. Centros de día.
4. Pisos de reinserción.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

Señale el enfoque correcto que guía el estudio y atención a la salud mental en su evolución a lo largo del siglo XX:

1. Años 20, enfoque epidemiológico.
2. Años 30, explicada por factores biológicos, psíquicos y sociales.
3. Años 40, teorías de la relación personal.
4. Años 50, teorías de la relación emocional.
5. Años 60, aspectos socioeconómicos.

Al considerar la vulnerabilidad de la persona al trastorno mental, Liberman se refiere a los estresores como:

1. Acontecimientos ambientales o transitorios que exigen al individuo cambios para adaptarse y que cuestionan su capacidad de afrontamiento y competencia habitual.
2. Conjunto de capacidades necesarias para desempeñar roles en situaciones de estrés.
3. Probabilidad de padecer una enfermedad mental.
4. Reacciones que una situación exige a la persona para hacer frente a sus limitaciones.
5. Factores sociales que exigen comportamientos límites a la persona.

Según Hans J. Eysenck, la terapia o modificación de la conducta consiste en:

1. Adaptarse a la enfermedad y responder positivamente a las limitaciones que ésta impone.
2. Romper o crear vínculos condicionados utilizando los principios del aprendizaje establecidos por la psicología experimental.
3. Aceptar y responder positivamente a la terapia requerida.
4. Desarrollar habilidades sociales.
5. Aprender significativamente.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 203	2	
P2	EIR 2026 · 66	1	
P3	EIR 2024 · 198	4	
P4	EIR 2024 · 189	3	
P5	EIR 2024 · 188	3	
P6	EIR 2023 · 197	4	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2022 · 174	2	
P8	EIR 2022 · 169	3	
P9	EIR 2022 · 168	2	
P10	EIR 2020 · 128	3	
P11	EIR 2015 · 187	2	reconstruida por un tercero
P12	EIR 2014 · 174	4	reconstruida por un tercero
P13	EIR 2014 · 170	3	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2013 · 161	2	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2013 · 155	4	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2007 · 89	3	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2005 · 92	2	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2021 · 77	2	
P19	EIR 2020 · 122	3	
P20	EIR 2019 · 196	1	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2014 · 115	1	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2011 · 97	5	
P23	EIR 2006 · 93	1	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2006 · 91	2	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, artículo 20 (capítulo III, De la salud mental). BOE núm. 102, de 29-04-1986. Texto consolidado del BOE, con la advertencia sobre el texto definitivo del primer párrafo. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> · consultada 2026-09-27
- **F2** Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid, 2007 (pp. 26-38 y 85). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf · consultada 2026-09-27
- **F3** Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Madrid, 2022 (pp. 24-25, 55, 73, 85-89 y 107). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf · consultada 2026-09-27
- **F4** Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Informe (abril de 1985), reimpresso en: Espino Granado A (coord.). La atención a la salud mental en España: estrategias y compromiso social. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 (p. 158 del libro, creación de la Comisión; Informe, pp. 20-28). Documento escaneado: texto transcrito de las páginas. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/opsc_est15.pdf.pdf · consultada 2026-09-27
- **F5** Grupo de trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009. GPC en el SNS: I+CS N.º 2007/05. Versión revisada 2024-2025 (recomendaciones vigentes). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/gpc_453_tmg_iacs_compl_2025-1.pdf · consultada 2026-09-27
- **F6** Gisbert C (coord.), et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002 (pp. 5, 73-74 y 78-79). · <https://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F7** Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo, AATRM; 2009. GPC en el SNS: AATRM N.º 2006/05-2 (pp. 78-79, 89 y 105-106). El propio PDF avisa de que han pasado más de 5 años desde su publicación y está pendiente de actualización. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf · consultada 2026-09-27
- **F8** Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Red de atención: recursos de tercer nivel. Página web vigente en 2026. · https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos_tercer_nivel/home.htm · consultada 2026-09-27
- **F9** Fernández Miranda JJ (coord.), et al. Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol, 2008 (pp. 65-66). · https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2021/04/Guia_opiaceos_completa-1.pdf · consultada 2026-09-27
- **F10** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE núm. 123, de

- 24-05-2011, pp. 51802-51822 (apartados 3 y 7). · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081 · consultada 2026-09-27
- **F11** Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Directorio de Asociaciones de Ayuda Mutua y Salud. 2006 (pp. 3-4). · https://www.aragon.es/documents/20127/674325/DIRECTORIO_ASOC_AYUDA_MUTUA_SALUD_2006.pdf/1277b7f8-9d26-0b10-6b3d-d1fa79b830e2 · consultada 2026-09-27
 - **F12** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Guía de Grupos de Ayuda Mutua. Salud mental para trastorno mental común. 2018 (pp. 9, 20-21 y 28-30). · https://sanidad.castillalamancha.es/files/guia_gam.pdf · consultada 2026-09-27
 - **F13** Grupo de trabajo de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; avalia-t; 2012. GPC en el SNS: Avalia-t 2010/02. Revisada en septiembre de 2020 (sigue vigente). DOI 10.46995/gpc_481. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_compl.pdf · consultada 2026-09-27
 - **F14** Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2025. Datos provisionales. Nota de prensa de 30-06-2026 (p. 4). · <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2025.pdf> · consultada 2026-09-27
 - **F15** Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo (indicador ODS 3.4.2). Datos definitivos de 2024; última modificación 04-05-2026. · <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46688&L=0> · consultada 2026-09-27
 - **F16** Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. 2025 (pp. 10, 12, 29 y 36). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf · consultada 2026-09-27
 - **F17** Moutier C. Conducta suicida. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de julio de 2025; última actualización de enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida> · consultada 2026-09-27
 - **F18** World Health Organization, Department of Mental Health. Preventing suicide: a resource for primary health care workers (SUPRE). WHO/MNH/MBD/00.4. Ginebra: WHO, 2000 (pp. 10-17). Original en inglés. · <https://iris.who.int/handle/10665/67603> · consultada 2026-09-27
 - **F19** Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. Cogn Behav Pract. 2012;19(2):256-64 (resumen). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de la página del artículo en ScienceDirect (23-06-2019), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001> · consultada 2026-09-27
 - **F20** Stanley B, Brown GK, con Karlin B, Kemp JE, VonBergen HA. Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version. U.S. Department of Veterans Affairs, 2008 (paso 6). · https://www.mentalhealth.va.gov/docs/va_safety_planning_manual.doc · consultada 2026-09-27
 - **F21** World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2023. Ginebra: WHO, 2023 (p. 2). · <https://iris.who.int/handle/10665/372691> · consultada 2026-09-27
 - **F22** Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. Br J Psychiatry. 2010;197(3):234-43 (resumen). · <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633> · consultada 2026-09-27

- **F23** Bernardo Arroyo M, González-Pinto Arrillaga A, Urretavizcaya Sarachaga M (coords.) y Grupo de Trabajo. Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018. Avalado por la Sociedad Española de Psiquiatría; alojado en la web oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (pp. 5-26, 38-47 y 51-57). · https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/2018_Consenso_TEC.pdf · consultada 2026-09-27
- **F24** Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; avalia-t; 2014. GPC en el SNS: Avalia-t 2013/06 (pp. 143-148). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F25** Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70 (resumen). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (11-07-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x> · consultada 2026-09-27
- **F26** Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983;24(4):343-5, 348-9 (resumen); y Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 1977;86(2):103-26 (resumen de APA PsycInfo, <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>). Resúmenes leídos en copias de la Wayback Machine de sus URL oficiales (29-03-2024 y 26-09-2026), porque las webs oficiales bloquean la lectura automática. · [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5) · consultada 2026-09-27
- **F27** Grupo de trabajo de la revisión de la GPC de TMG. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad; 2025 (apartados 4.4.1 y 4.4.3, pp. 16-22). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/10/gpc_453_tmg_ics_revision_2025-1.pdf · consultada 2026-09-27

Pendiente de verificar

- EIR2011-097 (evolución por décadas del enfoque de la salud mental en el siglo XX, «años 60, aspectos socioeconómicos»): no se ha encontrado una periodización así en ninguna fuente válida; la Estrategia 2006 solo sitúa en los años sesenta el origen del modelo comunitario. No se intercala (igual que en M22-T01).
- EIR2006-091 (definición de terapia de conducta de Eysenck): la página oficial del artículo de 1959 (J Ment Sci, DOI 10.1192/bjp.105.438.61) solo muestra el primer párrafo, sin la definición. No se intercala (igual que en M22-T01).
- EIR2006-093 (definición de «estresores» de Liberman): ninguna GPC ni la AEN la recogen; el libro de Liberman no está en fuente abierta válida. No se intercala (igual que en M22-T01).
- SAD PERSONS: la GPC da la edad como «< 20 o > 45» y en el texto dice «inferior a 2» para el riesgo bajo mientras su tabla dice «0-2». No se ha podido cotejar con el artículo original de Patterson (1983), de pago.
- Que la salud mental comunitaria «surge en España en los años setenta» (enunciado de EIR2013-155): ninguna fuente oficial consultada lo fecha así; la teoría solo recoge el origen internacional en los sesenta y la reforma española de los ochenta.
- Versión española del documento SUPRE de la OMS para atención primaria: no está en iris.who.int (la antigua URL de la OMS da 404); se ha citado el original inglés y la adaptación de la GPC española.