

Alba Campillo Melià

**EL ROL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON CONDUCTA
SUICIDA. REVISIÓN SISTEMÁTICA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Tutorizado por: Sr. Adrià Almazor Sirvent

Facultad Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA, 2020

AGRADECIMIENTOS

Las experiencias vividas, durante estos 4 años de carrera, han supuesto un intenso trabajo que me ha permitido aprender a aceptar nuevos retos y dificultades. Cómo el trabajo final de grado, el último de esta etapa tan importante en mi formación.

Por este motivo, quiero dar las gracias a todas las personas que han formado parte de este recorrido, tanto a nivel académico como personal, aconsejándome en muchas decisiones que influyen en mi futuro.

Particularmente, deseo expresar mi agradecimiento a los y las profesionales que he coincidido durante esta etapa universitaria. En especial, por enseñarme el desconocido mundo de la enfermera en el ámbito de atención primaria y salud mental. También, las oportunidades que me ha ofrecido la universidad en los programas de movilidad, tanto a nivel internacional como nacional. Donde he podido valorar por mí misma el rol de la enfermera y el pensamiento crítico que tiene esta, según los lugares donde han realizado sus estudios. Todos estos hechos me han enseñado a tener una visión más global sobre esta profesión.

RELACIÓN DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria

APA: *American Psychiatric Association*

ASIST: Applied Suicide Intervention Skills Training

ASP: Attitudes to Suicide Prevention

BDI: Beck Depression Inventory

BHS: Beck Hopelessness Scale

BVS: Biblioteca Virtual de Salud

CAP: Centro de Atención Primaria

CASE: Chronological Assessment of Suicide Evaluation

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades 10ª revisión

COPE: Coping Orientation to Problems Experienced

CRS: Programa Codi Risc Suïcidi

CSM: Centro de Salud Mental

DeCS: Descriptores en las Ciencias de la Salud

DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos) 5ª edición

ECA: Estudio de Control Aleatorio

EE. UU.: Estados Unidos

EVA: Escala Visual Analógica

GC: Grupo de control

GI: Grupo de intervención

HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale

HCE: Historia clínica electrónica

IASP: International Association for Suicide Prevention

IE: Intervenciones educativas

INE: Instituto Nacional de Estadística

MAT: Model Andorrà de Triage

MBI: Mastach Bournout Interventory

MeSH: Medical Subject Heading

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

MTS: Sistema de Triage de Manchester

NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association International

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

QPR: Question, Persuade, Refer

RSQ: Cuestionario de Riesgo de Suicidio

RT: Relación Terapéutica

SAFE-T: Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage

SBAQ: Suicide Behavior Attitude Questionnaire

SET: Sistema Estructurado de Triage

SIRI: Suicide Intervention Response Interventory

SIS: Suicide Intent Scale

SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'utilizació pública de Catalunya

SM: Salud Mental

SSI: Scale for Suicide Ideation

SUPRE: *Suicide Prevention* – Prevención del suicidio

TIC: tecnologías de la información y comunicación

TtT-e: Train-the-Trainer

UPS: Understanding Suicidal Patients

URG: Urgencias

RESUMEN

Introducción: La conducta autolítica suicida engloba todos los actos y los pensamientos relacionados con la finalidad de quitarse la vida. En España, el suicidio es la primera causa de muerte externa. Hay un deterioro en la atención de enfermería en el paciente con riesgo suicida, debido a la escasa educación en este tema.

Objetivo: Identificar el rol de enfermería en el abordaje del paciente con conductas suicidas.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud, Scopus, Dialnet plus, Scielo y Cinahl de los estudios publicados entre 2014 y 2019, mediante combinaciones de booleanas y de palabras clave, que exploran el abordaje de la enfermera.

Resultados: Se recopiló un total de 13 artículos que cumplieron los criterios de selección, que analizan las intervenciones educativas, las entrevistas y los instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre el abordaje del suicidio.

Conclusiones: Fomentar las habilidades y las actitudes de las enfermeras mediante la diversidad de clases teóricas y prácticas, y la realización de una entrevista estructurada. Se evidenció en las investigaciones revisadas que el rol de enfermería tiene un papel importante en el abordaje del paciente con conducta suicida.

Palabras clave: Educación en Enfermería, Atención de Enfermería, Suicidio, Encuestas y Cuestionarios, Entrevista

ABSTRACT

Introduction: Autolytic suicidal behavior encompasses all acts and thoughts related to the purpose of killing oneself. Suicide is the first external cause of death in Spain. There is a deterioration in nursing care in patients at risk of suicide, due to lack of education in this area.

Objective: To identify the nursing role in the approach to a patient with suicidal behaviors.

Methods: A bibliographic review has been carried out in Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud, Scopus, Dialnet plus, Scielo and Cinahl of studies published between 2014 and 2019, using boolean data and keywords, that explore nurse's approach.

Results: A total of 13 articles were collected, that met the selection criteria, in order to analyze educational interventions, interviews and other instruments used to evaluate nurses' knowledge of suicide approach.

Conclusions: Fostering the skills and attitudes of nurses through the diversity of theoretical and practical classes, and conducting a structured interview. It was evident in the reviewed investigations that the role of nursing has a very important role to play in the approach towards patients with suicidal behavior.

Keywords: Education, Nursing / Nursing Care / Suicide / Surveys and Questionnaires / Interview

ÍNDICE

1. Introducción y justificación.....	9
2. Marco conceptual.....	10
2.1. Programas de educación sobre el suicidio para enfermeras	10
2.1.1. Epidemiología del suicidio	11
2.1.2. Definición y conceptos relacionados con el proceso del suicidio	14
2.1.3. Factores determinantes sobre la conducta suicida	16
2.1.3.1. Factores asociados al riesgo suicida.....	16
2.1.3.2. Factores protectores del comportamiento suicida	18
2.2. Prevención del suicidio	19
2.3. Atención sanitaria para los pacientes con ideación suicida	21
2.3.1. Rol de enfermería y ámbitos de actuación en la prevención del suicido	23
2.4. Cuestionarios de evaluación del nivel de conocimiento sobre el suicidio a los profesionales de la salud.....	27
3. Objetivos.....	28
Objetivo general:	28
Objetivo específico:	29
4. Metodología	29
5. Resultados.....	31
5.1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica según el modelo PRISMA	31
5.2. Tabla de resultados	32
1. Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conductas suicidas	33
2. Instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio.....	40
3. Características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conductas suicidas	42
6. Discusión y análisis.....	44

6.1. Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conductas suicidas	44
6.2. Instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio	48
6.3. Características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conducta suicida	50
7. Conclusiones	51
8. Limitaciones del estudio	52
9. Líneas de investigación futuras	52
10. Bibliografía	53
Anexos	65
Anexo 1: Víctimas mortales por violencia de género. Suicidio del agresor	65
Anexo 2: Mitos del Suicidio	66
Anexo 3: Etapas de la entrevista de enfermería para pacientes con ideaciones suicidas	68
Anexo 4: Programa Codi Risc Suïcidi De Catalunya	73
Anexo 5: Nivel de supervisión de enfermería en los pacientes hospitalizados con conducta suicida	75
Anexo 6: Sistema de triaje de una conducta suicida.....	76
Anexo 7: Teoría de la Difusión de las Innovaciones de Rogers	78
Anexo 8: Evaluación de suicidio y triaje de cinco pasos (SAFE-T)	79

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Pregunta PICO.....	10
Figura 1: Intentos de suicidio relacionado con trastornos mentales	12
Figura 2: Suicidios. Resultados por comunidades y ciudades autónomas. 2018.....	13
Figura 3: Progreso del suicidio.....	15
Figura 4: Conducta autolítica	16
Figura 5: Etapas de la entrevista.....	24
Figura 6: Valoración del personal de enfermería en pacientes con ideación suicida ...	24
Tabla 2: Estrategia de búsqueda	30
Figura 7: Diagrama de flujo.....	31
Tabla 3: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación).....	33
Tabla 4: Instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio (continuación).....	40
Tabla 5: Características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conducta suicida (continuación).....	42
Tabla 6: Víctimas mortales por violencia de género. Suicidio del agresor	65
Tabla 7: Mitos del suicidio (continuación).....	66
Tabla 8: Valoración del riesgo suicida.....	73
Tabla 9: Actuación asistencial del CRS.....	74
Tabla 10: Niveles de gravedad de triaje según el método MST	76
Tabla 11: Preguntas a formular en el triaje ante una conducta suicida	76
Figura 8: Algoritmo de la conducta suicida en el servicio de URG	77
Figura 9: Teoría de la Difusión de las Innovaciones de Rogers	78
Figura 10: Evaluación de suicidio y triaje de cinco pasos (SAFE-T).....	79

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El suicidio es uno de los problemas más graves de la salud pública a nivel mundial. Durante los 45 últimos años las tasas han aumentado un 60% y se prevé que se incremente sobre un 2,4% en 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2008, 2012, 2019b).

La atención primaria (AP) tiene un papel clave a la hora de abordar el riesgo suicidio, ya que es uno de los sectores más próximos a la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2014). Por este motivo, es fundamental que los profesionales estén formados sobre el tema, ya que existen varios estudios que afirman que el 51,2% de los médicos de AP y el 25% de las enfermeras de AP atendieron a pacientes que al cabo de un mes realizaron este acto (Pardo Guerra et al., 2015). Otro estudio, según Luoma, Martin y Pearson (2002), afirman que el 45% de las víctimas acudieron a las consultas de AP un mes previo al suicidio; destacando la población de tercera edad, la que mantuvo una mayor tasa de contacto en estos centros frente a los jóvenes.

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el personal de enfermería y las matronas, representan casi el 50% de los trabajadores sanitarios del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018). En cambio, existen pocos programas de educación específicos sobre el suicidio y el papel que pueden realizar en la detección y prevención de esta conducta. Este hecho, también se ve reflejado en las guías y los protocolos, que se excluye el papel de la enfermera o a penas se nombra su rol.

Por estos motivos, es necesario realizar un programa estructurado en las habilidades y actitudes prácticas del suicidio (De Beurs et al., 2015). Se ha demostrado que las enfermeras mejoran sus conocimientos, actitudes y confianza respecto a la prevención del suicidio, tras una formación educativa donde se trabajen las habilidades centradas en la evaluación de riesgo, las necesidades de atención sanitaria y en establecer intervenciones para la prevención tras una formación educativa (Servicio de Salud del principado de Asturias, 2018). Este hecho, indica que los programas educativos pueden contribuir a cambios en la prevención.

Teniendo en cuenta la alta incidencia de suicidios y los argumentos anteriores, se propone examinar en los estudios más recientes, mediante una revisión bibliográfica sistemática, las estrategias, abordajes e intervenciones educativas (IE); realizadas

para el personal de enfermería. La finalidad de este estudio es mejorar la atención sanitaria en el paciente con riesgo suicida.

PREGUNTA PICO

¿El incremento de la educación y enseñanza al personal de enfermería mejora los conocimientos teóricos y prácticos en las enfermeras, mejorando los cuidados del paciente con comportamientos suicidas?

(P) Población	Personales de enfermería.
(I) Intervención	Enseñanza en los conocimientos teóricos y prácticos sobre pacientes con riesgo de suicidio.
(C) Comparación	Antes y después de la intervención.
(O) Resultados	Mejorar el conocimiento referente a los cuidados del paciente con riesgo al suicidio.

Tabla 1: Pregunta PICO

Fuente de elaboración propia

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SOBRE EL SUICIDIO PARA ENFERMERAS

La prevención del suicidio es un trabajo multidisciplinar donde participan varios profesionales como los trabajadores sociales, los psiquiatras, los psicólogos y las enfermeras. Por este motivo, es fundamental que todos los eslabones tengan conocimientos sobre este problema (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Los profesionales de enfermería durante su formación universitaria, estudian este tema de manera superficial en la asignatura de Salud Mental (SM) o Psiquiatría. Así se observa en las guías docentes de las universidades del estado español. (Universitat de Barcelona, 2019; Universidad de Murcia, 2019; Universitat Rovira i Virgili, 2019).

Además, existen programas específicos para la formación del personal sanitario en como identificar y prevenir las conductas suicidas. Entre estas formaciones encontramos las siguientes:

- **Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)** (Entrenamiento de habilidades de intervención de suicidio aplicado): La finalidad de esta enseñanza, es reconocer cuando alguien tiene pensamientos suicidas y como trabajar con ellos para fortalecer su autoestima y seguridad. Es un taller interactivo que se realiza durante dos días y enseña primeros auxilios suicidas.

Está dirigida tanto a profesionales de la salud, como no (Centre For Suicide Prevention, n. d.; LivingWorks, 2007; Smith, Silva, Covington, y Joiner, 2014).

- **Question, Persuade, Refer (QPR)** (Preguntar, Persuadir, Referir): Es un programa de entrenamiento de *Gatekeeper*. Se define así a la parte de la población que ha sido educada a reconocer señales de advertencia, cuestionar la intención suicida y escuchar los problemas. QPR es un curso de una hora de duración (Aldrich, Wilde, y Miller, 2018; Litteken y Sale, 2018; Smith et al., 2014).

A continuación, se remarcarán los siguientes puntos: la epidemiología del suicidio permite conocer la población afectada acerca de este problema, las definiciones y conceptos que engloban este progreso, y la importancia de conocer e identificar los factores protectores y de riesgo en nuestra sociedad. Todos ellos con el fin de resumir los conocimientos básicos sobre el suicidio.

2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Con el fin de ampliar los conocimientos sobre la prevención, es importante realizar un estudio de la población afectada y reconocer los grupos más vulnerables.

Según la OMS, se calcula que alrededor de unas 800.000 personas se suicidan al año, de las cuales se estima 20 intentos de suicidios previos por persona. Sin embargo, la disponibilidad y la calidad de los datos son insuficientes, debido a la carencia de sistemas de vigilancia y la atribución errónea de ciertas causas suicidas a accidentales (Organización Mundial de la Salud, 2012, 2014).

Por otra parte, los grupos de población más propensos a la conducta suicida son los jóvenes y las personas de tercera edad.

Los adolescentes son grupos vulnerables con múltiples cambios, expuestos a estresores cotidianos que poseen pocos recursos sociológicos, y con pocas herramientas de afrontamiento ante situaciones traumáticas (Galiana Roch, 2016). Respecto su modo de suicidio, la población juvenil tiende a utilizar métodos más drásticos como el ahogamiento, la estrangulación y lanzarse al vacío. No obstante, se observa una diferencia entre los dos sexos y el modo de hacerlo. En otras palabras, en el sexo masculino, el instrumento más utilizado son las armas de fuego, el consumo de drogas y la inhalación de gases. Por contra, en el femenino predomina el ahogamiento y el envenenamiento con drogas, medicaciones u otras sustancias biológicas (Navarro Gómez, 2017).

Ahora bien, el comportamiento suicida en los ancianos puede dar lugar al concepto *suicidio silencioso*. El cual se ve reflejado en actos autolesivos indirectos, como la negación a la alimentación, la adherencia del tratamiento farmacológico o el abandono de la higiene personal (Ortega Soret, 2018; Vintró Alcaraz, 2015).

En referencia al sexo, a nivel mundial son más frecuentes los intentos suicidas en mujeres que en hombres, con una relación de 4 mujeres por cada 1 hombre. En cambio, los hombres tienden a consumar el suicidio, unos 2 o 3 por cada mujer (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Otro punto muy importante, son los trastornos mentales. La población diagnosticada de alguna patología mental tiene más probabilidad de padecer un intento de suicidio que la población general (ver Figura 1).

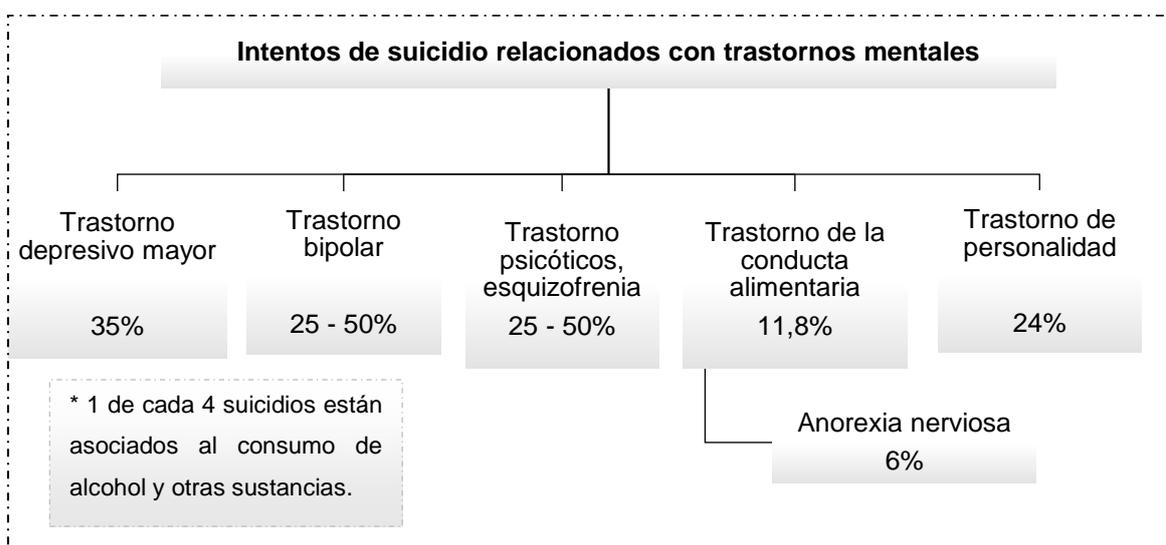


Figura 1: Intentos de suicidio relacionado con trastornos mentales

Fuente de elaboración propia a partir de (Barrio Giménez et al., 2015; Galiana Roch, 2016; Kulkarni, Rao y Begum, 2013; Portzky, Van Heeringen y Vervaet, 2014)

Con respecto a las conductas de abuso sexual, las mujeres víctimas de violencia de género son sujetos vulnerables de realizar una actuación suicida. Pero, además, existe una relación entre el agresor y el suicidio consumado o las tentativas suicidas, lo que se conoce como el *suicidio ampliado*. Según el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2020), en España el 2019, el 25,5% de los agresores se suicidaron y el 5,5% realizó intentos suicidas. (ver [Anexo 1](#)).

Por otra parte, se conoce que, por cada suicidio consumado, existen 6 personas, ya sean familiares o amigos cercanos a la víctima, que padecerán consecuencias graves,

tanto a nivel emocional como psicológico, reciben el nombre de *supervivientes*. Por esto, es muy importante que el personal sanitario, incluida la enfermera, disminuya el estigma social de este tema.

Con más énfasis en el ámbito de AP, donde existe una labor muy importante en la captación precoz del superviviente, con la finalidad de prevenir y/o tratar las alteraciones emocionales y los posibles efectos negativos como el duelo patológico o el mismo suicidio (Fernández de Sanmamed et al., 2018; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014).

A nivel mundial, la tasa de suicidio en 2016 fue la segunda causa de muerte entre la población de 15-29 años, y la tercera entre 15-44 años (Organización Mundial de la Salud, 2019). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la tercera causa de muerte en España, en la población joven.

El Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social y el INE, confirman que, en España durante el 2017, el suicidio fue la primera causa de muerte externa en hombres y la tercera en mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Durante el 2018 se produjeron 3.504 suicidios a nivel estatal, de los cuales 522 se produjeron en Cataluña (ver Figura 2) (Instituto Nacional de Estadística, 2020)

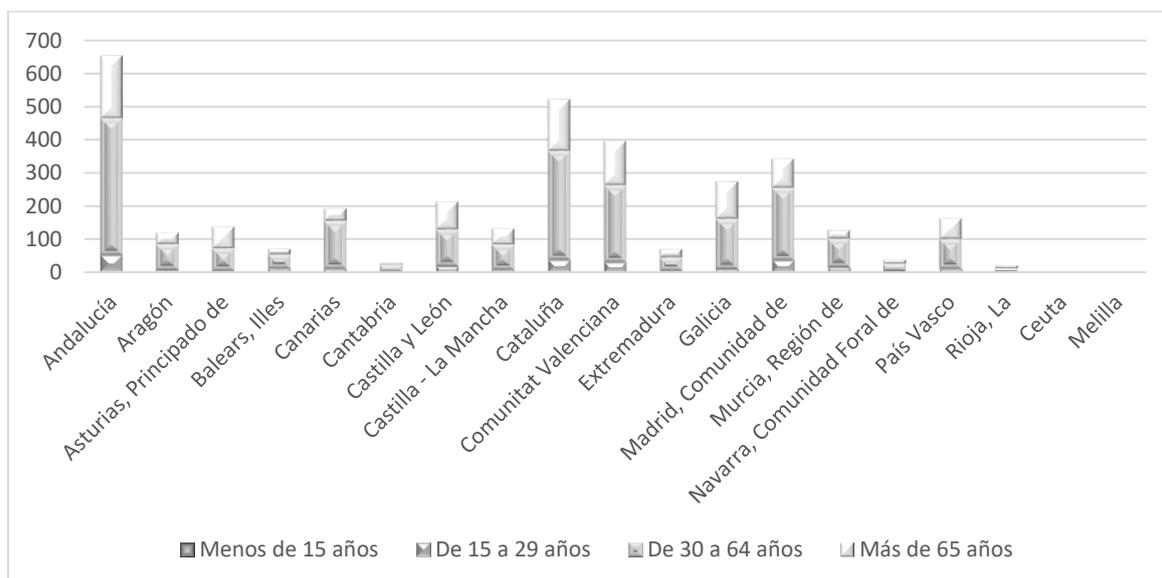


Figura 2: Suicidios. Resultados por comunidades y ciudades autónomas. 2018

Fuente de elaboración propia a partir de (Instituto Nacional de Estadística, 2020)

2.1.2. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DEL SUICIDIO

Para poder conocer las IE que se van a realizar en este trabajo, es importante conocer los conceptos relacionados con el proceso del suicidio, para facilitar a la enfermera la identificación del nivel de gravedad que posee el paciente.

En primer lugar, es importante conocer la ciencia de la suicidiología. Es el estudio científico de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio, su prevención y su rehabilitación (Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública, 2016).

El suicidio es un concepto complejo que abarca distintas categorías de comportamiento, desde el plano del pensamiento al de la acción (ver Figura 3). Así mismo también encontramos diferentes niveles de riesgo, desde el deseo vago de morir, hasta el suicidio consumado, como:

- **Deseo de morir:** es el primer grado, nos indica inconformidad e insatisfacción del individuo con su manera de vivir. Esta conducta la podemos encontrar expresadas de las siguientes formas: “no merece la pena vivir”, “es mejor estar muerto que vivir así”, “yo lo que debería es morir”.
- **Representación suicida:** son las fantasías mentales y sentimientos vagos de muerte del propio sujeto, que pueden ser verbalizadas o no, entre otros ejemplos, sería imaginarse ahorcado.
- **Idea de suicidio (ideación suicida):** son pensamientos que tiene el sujeto con la finalidad de terminar con su existencia, ya sean con un método y plan específico o sin él. Además, es una fase de inicio del proceso de suicidio y se comprende como la fase más importante para la prevención del proceso suicida.
- **Amenaza suicida:** cuando el individuo expresa de manera verbal o escrita el deseo de morir. Se debe considerar como una petición de ayuda, y se suele comunicar a personas estrechamente vinculadas con el individuo.
- **Gesto suicida:** acción destructiva no letal, donde el sujeto se autolesiona, injiere medicamentos, ...
- **Intento/tentativa suicida:** es el acto de autolesionarse intencionalmente, pero sin lograr alcanzar la muerte (Barrio Giménez et al., 2015; Galiana Roch, 2016; Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2013; Pérez Barrero y García Ramos, 2008; Pérez Barrero, 2018; Sintesis, 2016; Universidad Industrial de Santander, 2014).

- **Suicidio:** es definido por la OMS como: “El acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con los diferentes países: desde el punto de vista de la SM, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa de desarrollo”(Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2017).

Según la American Psychiatric Association (APA), en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) aparece por primera vez los Trastornos de comportamiento suicida, donde se define el suicidio como “el acto de causar de forma intencionada la propia muerte” (American Psychiatric Association, 2018).

Y finalmente, la Clasificación estadística internacional de enfermedades en su 10ª revisión (CIE-10), describe al suicidio como “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social” (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría General Técnica, 2018).

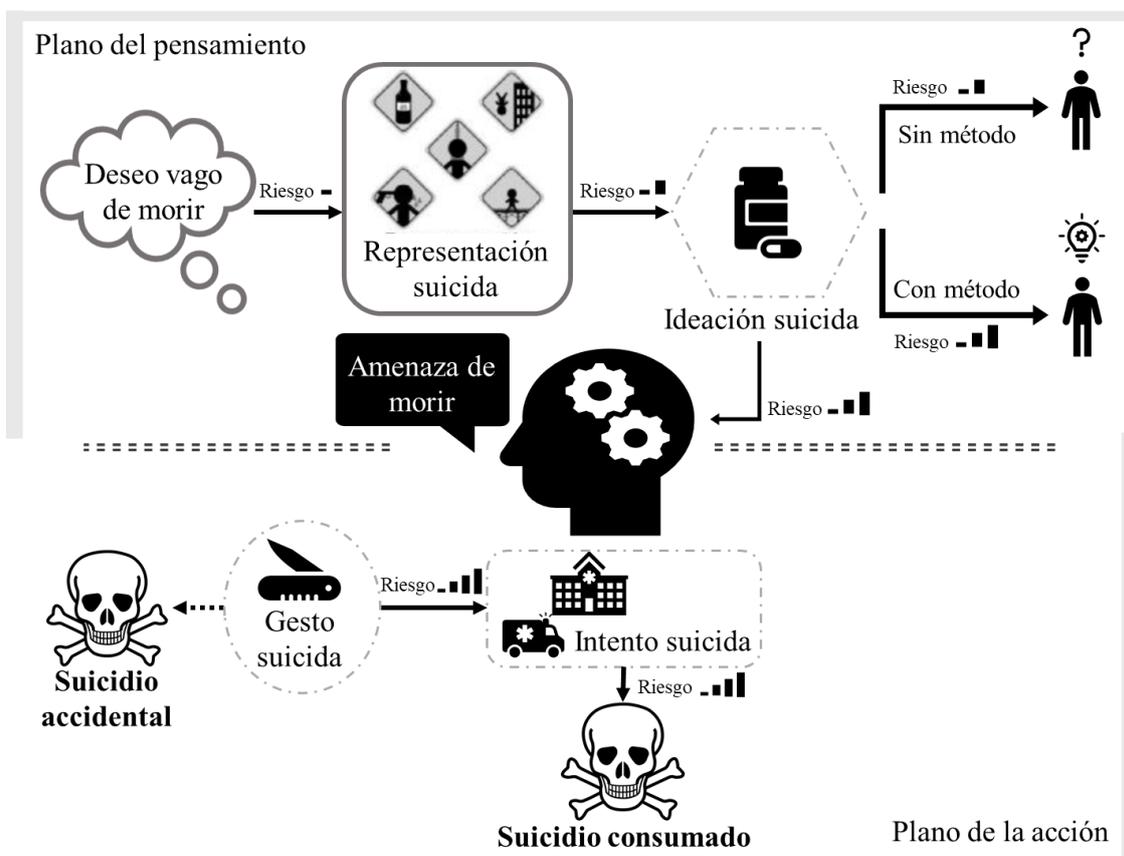


Figura 3: Progreso del suicidio

Fuente de elaboración propia a partir de (Galiana Roch, 2016, p.236)

Cabe destacar que el comportamiento suicida pertenece al campo de la conducta autolítica. Dentro de este grupo se encuentran las *NO suicidas*, cuya acción es la respuesta de un autocastigo, donde el objetivo no es quitarse la vida. Y es predominante en los trastornos límite de la personalidad (Clayton, 2018), y las *conductas suicidas*, entre las que destaca el trastorno depresivo (ver Figura 4).

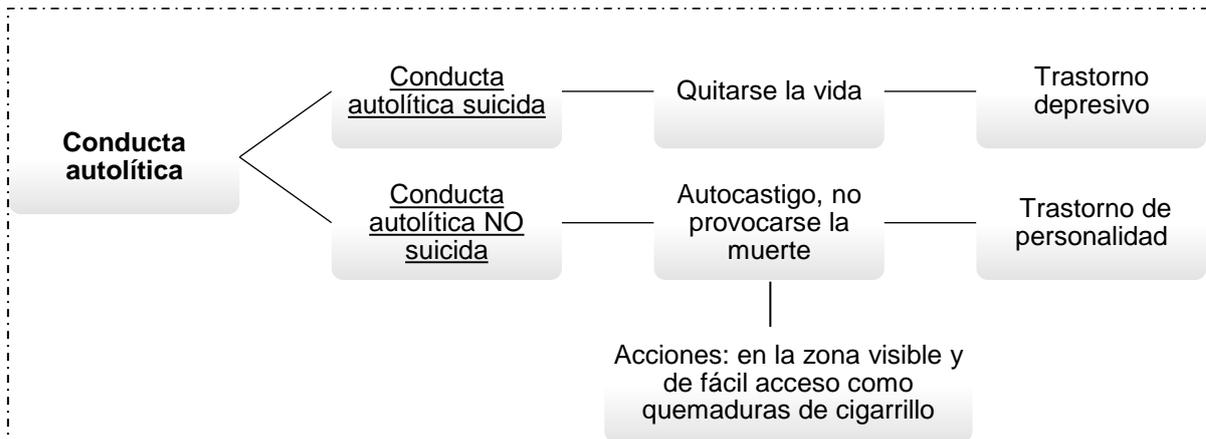


Figura 4: Conducta autolítica
Fuente de elaboración propia

2.1.3. FACTORES DETERMINANTES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multifactorial donde intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Todos estos se dividen en dos grupos, los factores protectores y los factores de riesgo de la conducta suicida.

Respecto el papel de la enfermera, para realizar una eficaz prevención y abordaje del suicidio, es necesario comprender y reconocer los factores de riesgo, con la finalidad de mitigarlos, además fortalecer e identificar los factores protectores. (Anseán Ramos, 2014; Galiana Roch, 2016; Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019).

2.1.3.1. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA

A continuación, se ha realizado una recopilación de los factores de riesgos asociados a la edad y al suicidio, con la finalidad de realizar una mejor identificación de estos hechos.

Infancia: es la etapa del ciclo vital más difícil de detectar.

Los principales factores en este grupo de edad van ligados a las relaciones y el clímax familiar. Por ejemplo, si algunos de sus progenitores presentan alguna enfermedad mental, como el abuso o dependencia del alcohol, o conducta suicida.

En relación con los antecedentes de maltrato físico y/o abuso sexual, son de los principales factores producidos en la infancia. A pesar de que también se pueden ver repercutidos más adelante, en la adolescencia o en la edad adulta. A esto se suma la conducta impulsiva, la baja autoestima y la timidez. En contraste con lo anterior, también se pueden encontrar a niños manipuladores y perfeccionistas.

El siguiente factor, también presente en todos los grupos de edad, son los antecedentes de suicidio cercanos, como un familiar, un amigo o un compañero de clase o trabajo (Barrio Giménez et al., 2015; Eby y Brown, 2010; Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública, 2016 Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2013; Navarro Gómez, 2017).

Adolescencia: según la OMS, el suicidio en esta etapa del ciclo vital ha incrementado a nivel mundial, siendo una de las principales causas de defunción (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La adolescencia es una época de cambios constantes donde los jóvenes carecen de recursos psicológicos para afrontar el manejo de la impulsividad. Otras preocupaciones son los factores sociales de integración entre iguales, la presión de estos por los cánones de belleza, la disminución de la atención de los padres, el aumento de abuso de sustancias tóxicas en este colectivo, el escaso apoyo social, y el nivel socioeconómico y situación laboral de estos y de su familia. Esta causa tiende a estar más presente en países desarrollados donde hay pobreza y pérdida de empleo (Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública, 2016; Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2013; Navarro Gómez, 2017).

Adultez: muchas circunstancias en este grupo de sujetos son sucesos del pasado no superados, trastornos mentales como los nombrados anteriormente, al igual que el abuso de sustancias, casos de suicidios próximos, situación laboral (desempleo), escaso apoyo familiar o el aislamiento social, y como se ha nombrado en la epidemiología, las víctimas de violencia de género al igual que los agresores.

Vejez: las personas mayores de 65 años presentan las tasas más altas relacionadas con la elevada cantidad de población. Sus métodos se caracterizan por utilizar los más letales, aunque también es característico el *suicidio silencioso*.

Muchas condiciones relacionadas con el envejecimiento pueden convertirse en factores de riesgo suicida. Así pues, abarca temas desde enfermedades crónicas mentales (como por ejemplo el Alzheimer) o cualquier patología dolorosa, además de una hospitalización periódica.

Esta etapa de la vida se asocia con la pérdida de seres queridos, la viudez, los ingresos en casa de sus hijos o residencias de tercera edad. Todo esto influye en su forma de vida, exteriorizando como los sentimientos de soledad e inutilidad, que desembocan en depresiones de cualquier etiología.

También cabe destacar que este tema ha dado lugar a creencias erróneas que no concuerdan con la evidencia científica, impidiendo muchas veces que los profesionales realicen un abordaje a dichos pacientes (ver [Anexo 2](#)).

2.1.3.2. FACTORES PROTECTORES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Por otra parte, se encuentran los factores protectores, son aquellos que disminuyen la probabilidad de que se produzca este acto. Muchas veces las intervenciones de prevención van orientadas a fortalecer los siguientes puntos, se pueden dividir en:

- **Factores protectores a nivel personal:** se consideran los vinculados en la resolución de problemas, el manejo de la impulsividad, tener una autoestima positiva y un proyecto de vida, al igual que saber afrontar situaciones estresantes, solicitar ayuda cuando surge dificultad y la capacidad para mantener relaciones interpersonales y sociales.
- **Factores ambientales/sociales:** es fundamental contar con una extensa red de apoyo social y familiar, así como una amplia integración social y poseer creencias religiosas o espirituales. Estas últimas, pese a proporcionar un sistema estructurado de convicción, ayuda a que el individuo se integre en esta comunidad (Galiana Roch, 2016; Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública, 2016; Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012).

2.2. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

En 1999, la OMS presentó el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE), el cual da algunas recomendaciones a los profesionales sobre cómo formular las preguntas referentes a aspectos de la identificación y la conducta suicida, con el fin de favorecer su tarea y disminuir la ansiedad que supone, al igual que hace un buen abordaje sobre este motivo ([Anexo 3](#)).

Más tarde, en 2013, la Asamblea Mundial de la Salud redactó el primer Plan de acción sobre SM en la historia de la OMS. Se planteó que en el 2020 los países tuvieran un protocolo nacional, donde las incidencias puedan quedar registradas en la historia clínica del paciente. Además, se propone reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para dicho año (Organización Mundial de la Salud, 2012, 2014, 2019).

Como se ha explicado, la OMS lanza una campaña para organizar unas estrategias nacionales a nivel preventivo. Solo existen en 38 países, dentro de la unión europea 13 y ninguno en España (Organización Mundial de la Salud, 2014, 2019).

A día de hoy, España no tiene previsto desarrollar ninguna estrategia específica a nivel nacional (García, 2019; Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012). Motivo por el cual, la International Association for Suicide Prevention (IASP) reclama un centro de crisis en este país, donde los pacientes puedan acudir en busca de ayuda (International Association for Suicide Prevention, n.d.).

La OMS (2013), recomendó la creación de las estrategias, con el fin de abarcar medidas que incluyeran servicios de intervención en crisis y post crisis.

En los últimos 10 años, han aumentado las investigaciones y conocimientos sobre el suicidio. Además, en los últimos 50 años, este tipo de acción ha sido despenalizada del Código Penal de muchos países, con la finalidad de proporcionar una mejor accesibilidad y facilitarles su ayuda a esta clase de sujetos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La OMS (2014), notificó que, para una prevención eficaz en este tema, es necesario registrar la conducta por medio hospitalario y civil, con el fin de mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos. Por ello propone tres tipos de estrategias:

Universal, dirigido a toda la población. Consta de:

- Incrementar el acceso a los servicios de salud y asistencia social.

- La detección precoz de problemas de SM, como la depresión en AP.
- Promover la SM.
- Disminuir el consumo nocivo de alcohol y otras drogas.
- Limitar el acceso a las medidas que se emplean para suicidarse, como sustancias tóxicas y armas de fuego.
- Promover una información responsable por parte de los medios de comunicación (Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2019).

Selectivas, dirigido a los grupos vulnerables, como aquellas personas que han padecido algún trauma o abuso, alguna afectación por conflicto o desastres, a los refugiados y migrantes, o a familiares de suicidas.

Un sector de profesionales formados en el tema ayudan al grupo de riesgo nombrado anteriormente, mediante servicios de ayuda como líneas telefónicas o aplicaciones móviles (CatSalut, 2015).

Indicadas, enfocado a un grupo de personas vulnerables específicas. Este tipo de estrategias se refleja:

- Apoyo de la comunidad.
- Seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud.
- Capacitación del personal de salud.
- Mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Por otra parte, la red pública para la promoción de la salud se ha estructurado en tres niveles preventivos con distintos recursos:

Prevención primaria: son aquellas estrategias previas al primer intento de suicidio (Oficina Regional De Coordinación de Salud Mental, 2018), como por ejemplo la detección del riesgo en la conducta (Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut publica, 2016) o la creación de políticas sociales activas para mejorar las condiciones sociales de la persona, como en los ámbitos de la educación, la situación laboral, las viviendas y los ingresos económicos (Fernández de Sanmamed et al., 2018). Otro factor muy importante, son las prevenciones multitudinarias como la detección de la depresión en los centros de AP (Oficina Regional De Coordinación de Salud Mental, 2018).

Respecto las intervenciones propias en este ámbito, son similares a las nombradas en la prevención universal y selectiva. Además, se propone incrementar las campañas informativas de visualización y concienciación dirigida a familiares, pacientes y profesionales; fomentar el tratamiento riguroso de la información en los medios de comunicación, y regularizar las páginas web que alienten estas conductas y las autolesiones, en especial para los adolescentes (Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública, 2016; Oficina Regional De Coordinación de Salud Mental, 2018).

Prevención secundaria: son aquellos proyectos dirigidos a disminuir el riesgo de suicidio tras tentativas previas (Oficina Regional De Coordinación de Salud Mental, 2018). Controlar la conducta suicida de unidades hospitalarias y elaborar un plan de gestión del riesgo y contrato terapéutico. Se debe mencionar que la incorporación de este suceso a la historia clínica electrónica (HCE) ayudará en la intervención anteriormente descrita.

Intervenciones post-suicidio: son aquellas estrategias dirigidas los supervivientes (Fernández de Sanmamed et al., 2018; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014).

Según la OMS, se pueden prevenir muchos suicidios gracias a las intervenciones eficaces. Una de las cosas más importantes es la detección y el tratamiento temprano de la depresión y de las adicciones de sustancias nocivas. Otro tema muy importante, es el seguimiento de las personas que han tenido intentos previos y establecer lazos fuertes con la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2017).

2.3. ATENCIÓN SANITARIA PARA LOS PACIENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

Existe relación entre las prevenciones nombradas anteriormente y el área de salud donde se encuentre el paciente, como se describe a continuación:

En primer lugar, tenemos la AP, es el ámbito más cercano a la sociedad, conocen las condiciones y el entorno de la población, y por tanto es donde más casos hay. Permite un mayor enfoque en la detección de las personas en riesgo social y de establecer planes de intervención multidisciplinar (médico de familia, pediatra, personal de enfermería de AP y trabajador social). Dicho equipo, lleva a cabo el seguimiento longitudinal del paciente, donde la enfermera de AP, entre otros, es participe en verificar la consulta psiquiátrica de un paciente derivado de esta especialidad, valorar la evolución del paciente y realizar un seguimiento de las medidas terapéuticas

establecidas en los centros de SM (Fernández de Sanmamed et al., 2018; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014).

Otras actividades multidisciplinarias que se realizan en la AP, son la identificación de las personas en riesgo suicida, evaluar su gravedad, y los factores de riesgo y de protección, al igual que las intervenciones post-suicidio nombradas en el punto anterior.

Cabe mencionar que los médicos son los únicos en este sector que pueden establecer criterios de derivación a urgencias (URG) y/o a SM, según sea el riesgo evaluado según la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) del suicidio, la entrevista clínica, la exploración y el juicio clínico (Fundación Española para la prevención del suicidio, n.d.a; Navas Orozco, 2013).

Por otra parte, encontramos los servicios de URG. En su acogida a esta especialidad, la enfermera tiene un papel muy importante, ya que es la encargada de realizar un triaje rápido del paciente. En este caso, utilizan el programa informático, el Sistema Estructurado de Triage (SET) para clasificar al paciente, según la prioridad de la atención que precisa. Uno de los instrumentos más utilizado por las enfermeras en el triaje de los pacientes con riesgo suicida, es el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ) (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012).

Cuando ingresan por una conducta suicida, los médicos y las enfermeras del servicio de URG son los encargados de confirmar o descartar lesiones vitales que requieran dicha atención inmediata, y realizar un tratamiento inicial del paciente. Asimismo, el psiquiatra de guardia (si precisa el hospital) realizará una evaluación referente a su especialidad para ofrecer atención rápida en el servicio de URG (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014; Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012).

Entre los diferentes programas autonómicos de prevención de la conducta suicida que se encuentra en España, existe el *Programa Codi Risc Suïcidi (CRS)*, en Cataluña. Ha sido una de las comunidades autónomas pioneras en la creación de un protocolo específico de actuación a nivel de URG hospitalarias. Proporciona un procedimiento homogéneo de actuación, también se implanta un seguimiento post-alta, ya sea en el ámbito de URG y/u hospitalización al igual que la revisión de los servicios de SM y de AP durante los 12 meses siguientes al intento (ver [Anexo 4](#)) (Fundación Española para la prevención del suicidio, n.d.b).

Finalmente, en cuanto las intervenciones en la hospitalización psiquiátrica, el médico realizara una evaluación de la conducta suicida (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012).

Durante la estancia hospitalaria, la enfermería tendrá una labor muy importante en la detección del riesgo suicida, la creación y mantenimiento de un entorno protector que evite posibles intentos, realizar visitas constantes a la habitación en función del riesgo que presente el paciente ([Anexo 5](#)), al igual como el manejo terapéutico de este (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014).

Tras el alta hospitalaria, se exige una continuidad terapéutica por un equipo multidisciplinar, donde la enfermera de SM junto a los otros participantes, tiene un papel muy importante en la elaboración de un programa de tratamiento y seguimiento post-alta de cada paciente, disminuir nuevas tentativas y coordinarse con los centros de AP (CatSalut, 2015; Fernández de Sanmamed et al., 2018; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014; Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2013).

Como se ha visto, el rol de la enfermería está muy presente en los tres ámbitos descritos anteriormente. Ya que la mayoría de las veces, es el personal sanitario en realizar el primer contacto con el sujeto (Mascaraque et al., 2012). A continuación, haremos una descripción más detallada sobre los cuidados que realizan a este tipo de pacientes.

2.3.1. ROL DE ENFERMERÍA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDO

El objetivo principal de cualquier enfermera en la prevención de la conducta suicida, es la valoración de la seguridad del paciente y la protección de este o de los demás cuando sea necesario (Megías Lizancos y Serrano Parra, 2018a, 2018b).

El hecho que el personal de enfermería conozca el pensamiento suicida de un paciente puede intervenir en su ayuda, valorando la peligrosidad de los pensamientos (Mascaraque et al., 2012).

Como se ha dicho en anterioridad, existe una relación entre la desesperanza y el suicidio. Por tanto, es importante que cualquier enfermera, independientemente de su especialidad, conozca las fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en este tipo de pacientes (Eby y Brown, 2010). Está formado por:

En primera instancia, la valoración. Se realiza una entrevista, donde se observará las respuestas a nivel del estado mental del sujeto, como la detección de la depresión y la ideación suicida.

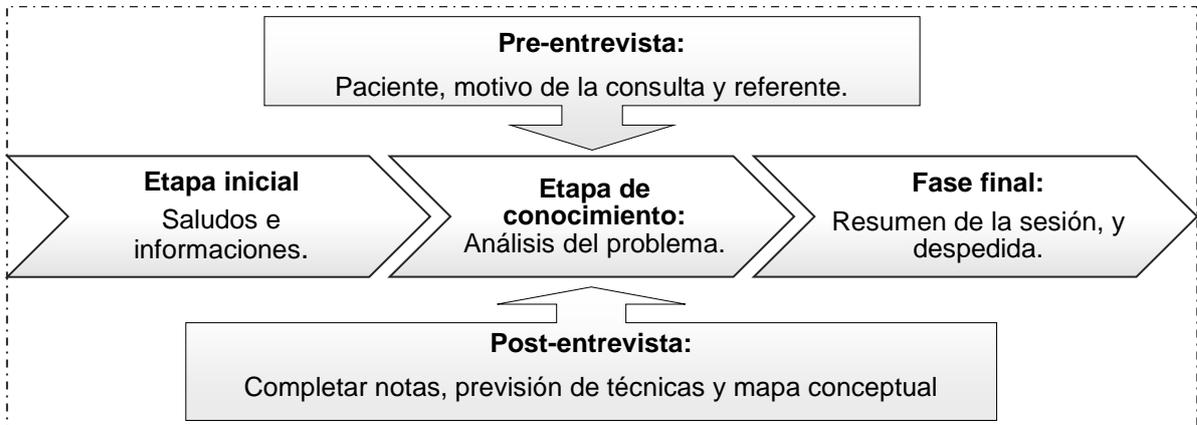


Figura 5: Etapas de la entrevista.

Fuente de elaboración propia a partir de (Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2003) (Anexo 3).

Dicha entrevista se realizará siguiendo las etapas que corresponden. En primer lugar, una fase introductoria. Seguido, una fase de trabajo donde se desarrollará una exploración del estado mental y pruebas psicológicas. En esta fase se observará expresiones como “*no merece seguir viviendo*” o si el paciente describe el método de llevar a cabo el suicidio.

Según Joana Fornés, 2012, recomienda que solo se realicen preguntas sobre el suicidio cuando haya evidencias emocionales o comportamentales, como, por ejemplo, “*¿alguna vez ha perdido la esperanza?, ¿alguna vez ha pensado que prefiere morir?, ¿alguna vez ha tenido ideas de hacerse daño o quitarse la vida?*” si a esta última ha respondido que sí, seguiremos indagando sobre la representación suicida (Figura 5).

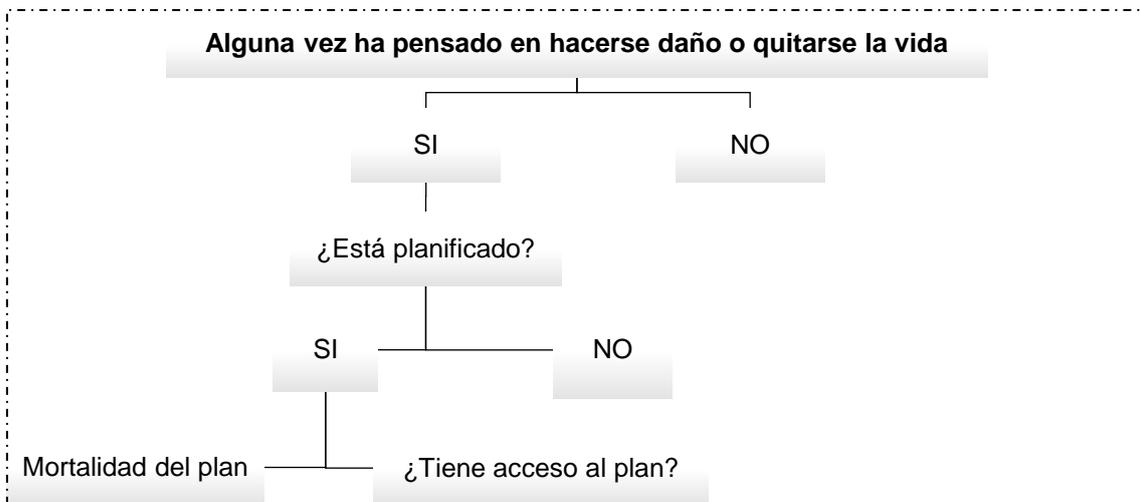


Figura 6: Valoración del personal de enfermería en pacientes con ideación suicida

Fuente de elaboración propia a partir de (Fornés, 2012).

Se finalizará con una fase de despedida.

Ante cualquier observación relacionada con una conducta suicida, se compartirá la información con el equipo multidisciplinario. El hecho de no notificar constituye una violación de deber legal por parte del profesional de enfermería de proteger al paciente (Fornés, 2012; Galiana Roch, 2016).

La segunda fase será el diagnóstico de enfermería. Según North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), se codifica como Riesgo de violación autoinfligida (00140) y Riesgo de suicidio (00150) (“NNNconsult: NandaNocNic.,” 2017).

En tercer lugar, se realizará un plan de cuidados individualizados, a partir del reconocimiento de signos de alerta y respondiendo a las necesidades del paciente, con la finalidad de prevenir el suicidio.

Seguidamente, se exponen las intervenciones de enfermería:

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Valorar si el paciente dispone de medios para llevar a cabo el plan suicida y retirar posibles objetos peligrosos.
- Tratar y controlar cualquier enfermedad psicológica o síntomas, que puedan poner al paciente en riesgo suicida. Otro tema importante, es la psicofarmacología, en estos casos se suele recetar antidepresivos con la finalidad de disminuir esta sintomatología. Se debe agregar que también son los fármacos más utilizados en la realización de un intento suicidio.
- Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento, mediante una terapia cognitivo conductual (programas basados en la terapia racional y emocional y programas de adquisición de habilidades instrumentales y relacionales, como la resolución de problemas).
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza, dándole la oportunidad de hablar de sus sentimientos, a fin de evitar su aislamiento.
- Mejorar el acceso a los servicios de SM (Galiana Roch, 2016; Megías Lizancos y Serrano Parra, 2018a, 2018b).

Finalmente realizaremos una evaluación continua y formal. Es la clave de la excelencia de los cuidados de salud, para evitar la repetición de errores anteriores y practicar cuidados de mejora constante y progresivamente.

A continuación, se hace una subdivisión entre las intervenciones propias en cada especialidad donde hay más contacto con el paciente suicida:

Enfermeras de Atención Primaria:

Son capaces de identificar este tipo de pacientes, mediante una entrevista clínica en el consultorio (Fernández de Sanmamed et al., 2018; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014; Megías Lizancos y Serrano Parra, 2018a, 2018b).

Otro factor muy importante que proporciona la enfermera en este ámbito, es la educación sanitaria sobre los factores de riesgo, la información donde poder ir en caso de una crisis, sobre los peligros y la seguridad de los métodos. Esta educación está orientada a trasmitirla mediante charlas en los propios centros de salud, centros educativos, centros sociales o de jubilados.

Además, deben presentar apoyo y seguimiento de las medidas terapéuticas establecidas por los centros de SM y tener una relación estrecha con la enfermera de SM en el proceso del paciente.

En cuanto a los supervivientes, es muy importante presentar un soporte emocional, con la finalidad de evitar el duelo patológico, realizando una escucha activa y un seguimiento de su conducta.

Enfermeras en el Servicio de Urgencia:

Actualmente en España existe el Sistema de Triage de Manchester (MTS) y el "Model Andorrá de Triage" (MAT). Cuando un paciente entra en URG, la enfermera realiza el cuestionario SET, es rellenado a partir de la información proporcionada por la propia persona atendida, el acompañante y/o informes médicos aportados. Se realizará y derivará a los Boxes de URG. En caso de riesgo vital se le realizará una atención inmediata y se le atribuirá un nivel 1.

Según la Guía Española de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012), recomiendan que cuando un paciente acude a URG por una ideación suicida se le asigne como mínimo un nivel 3 de triaje, con un tiempo de

espera mínimo de 1 hora. A continuación, según Dieppe, Stanhope, y Rakhr, 2009, la enfermera realizaría un segundo formulario específico en el triaje ante una conducta suicida, este cuestionario sirve para designar entre un nivel 2 o 3 ([Anexo 6](#)).

Ante un paciente con las características nombradas anteriormente, se debe priorizar la atención médica, garantizar la seguridad del paciente tanto a su llegada como durante la estancia, además situar un box lo más cercano al control de enfermería (Adorno Quevedo y Adorno, 2016; CatSalut, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2014).

Enfermeras de Salud Mental:

Ante la hospitalización psiquiátrica de un paciente, se debe registrar en la HCE y comunicar al personal de enfermería su valoración (Galiana Roch, 2016; Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014; Megías Lizancos y Serrano Parra, 2018a, 2018b).

Durante la estancia, se le deben de realizar medidas de observación (valorar con frecuencia durante el día, pero con más énfasis durante la noche) y un chequeo rutinario de estos sujetos ([Anexo 5](#)).

La enfermera realizará un plan individualizado de seguimiento. En cuanto la estructuración de habitaciones, los pacientes con el tipo de conducta suicida se les situará lo más cercano posible del control de enfermería, y lo más lejos posible de las zonas próximas a las salidas (ascensores, salidas de emergencias, ...).

En cuanto al alta de enfermería, el paciente deberá disponer de un programa de tratamiento y seguimiento individualizado, o bien la derivación a los Centros de Salud Mental (CSM) o a los Centros de Atención Primaria (CAP).

2.4. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL SUICIDIO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El siguiente punto que tratar, son las escalas relacionadas con el suicidio, y el conocimiento sobre este tema que tienen los profesionales de la salud, como las enfermeras.

A continuación, se realiza una enumeración de algunas de ellas:

- **Attitudes To Suicide Prevention Scale (ASP Scale)** (Escala de actitudes ante la prevención del suicidio): examinar las actitudes de los encuestados respecto

a la aceptabilidad del suicidio y la orientación hacia la prevención del suicidio (Cates, Hodger y Woolly, 2019; Herron, Ticehurst, Appleby, Perry y Cordingley, 2001; Samuelsson, Asberg y Gustavsson, 1997).

- **Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ)** (Cuestionario de actitudes de comportamiento suicida): mide las actitudes del personal de enfermería hacia el suicidio y verifican las diferentes actitudes entre los profesionales (Botega et al., 2005; Ghasemi, Shaghaghi, y Allahverdipour, 2015; Giacchero Vedana et al., 2017; Nieto Betancurt y Orozco Villa, 2015; Santos, Pereira Simões, Queiroz de Azevedo Erse, Neto Façanha, y Fernandes Alaves Marques, 2014).
- **Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)** (Relación de respuestas a la intervención suicida): evalúa la capacidad de los profesionales de reconocer y responder las manifestaciones suicidas (Lygnugaryte-Griksiene y Leskauskas, 2018; Lygnugaryte-Griksiene, Leskauskas, Jasinskas y Masieukierne, 2017; Neimeyer y Bonnelle, 1997; Neimeyer y MacInnes, 1981).
- **Understanding Suicidal Patients (UPS)** (Escala de comprensión del intento de suicidio del paciente): escala que evalúa las actividades positivas y negativas, la comprensión y la simpatía de los profesionales que trabajan en centros psiquiátricos al paciente (Botega et al., 2005; Norheim, Grimholt, Loskutova y Ekeberg, 2016).

Es importante realizar estos cuestionarios para comprender y observar las necesidades educativas que tiene este colectivo. Al igual que detectar mediante los resultados, los puntos débiles que presentan los profesionales. Con el fin de desarrollar una buena educación que fomente sus habilidades y actitudes a la hora de trabajar frente a un paciente con conducta suicida, mediante un modelo o teoría pedagógica, como por ejemplo el Modelo de Sistemas de Neuman. Este modelo sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas, además de su experiencia como enfermera, especialmente en el campo de SM (Neuman, 2011).

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Revisar bibliográficamente el rol de enfermería en el abordaje del paciente con conductas suicidas.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Describir las intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conductas suicidas.
2. Analizar los instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio.
3. Describir las principales características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conducta suicida.

4. METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura actual en relación con la formación, el conocimiento, las actitudes, las habilidades y la confianza de los profesionales de enfermería que reciben una formación más especializada sobre la prevención del suicidio. Para ello se ha utilizado la base de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scopus, Dialnet plus, Scielo y Cinahl. En dichas bases se aplicaron los mismos filtros:

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos cinco años (2014-2019).
- Artículos en lengua española, inglesa, catalana, francesa y portuguesa.
- Artículos en texto completo.
- Artículos donde la muestra sean enfermeras. En caso de que formen parte de un subconjunto, si estas si son mayoría (si son mayor del 50%).

Criterios de exclusión:

- Artículos de revisión sistemática.
- Artículos que no se centren en países desarrollados.
- Artículos que traten sobre otra conducta autolítica que no sea el suicidio.
- Artículos donde la muestra sean estudiantes y/o auxiliares de enfermería.

Como estrategia de búsqueda, se han utilizado los términos incluidos en de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en del Medical Subject Headings (MeSH) y palabras claves, empleando el booleano "AND" en cada una de las bases de datos (ver tabla 1 y 2). Dicha investigación abarcó un periodo de tiempo desde noviembre de 2019 hasta febrero de 2020.

Bases de datos	Estrategias de búsqueda	Nº de artículos
BVS	"Suicidio/prevención & control" AND "Educación en Enfermería"	33
	"Suicidio/prevención & control" AND "Relación Enfermera Paciente"	138
Cinahl	"Suicide Prevention & Control" AND "Nurse Attitudes"	31
	"Suicide Prevention & Control" AND "Psychiatric Nursing"	77
	"Interview" AND "Suicide" AND "Nurse"	231
Dialnet plus	"Prevención suicida" AND "Enfermería"	5
Scielo	"Prevención suicida" AND "Enfermería"	12
Scopus	"Suicide prevention" AND "Education nursing"	116
Pubmed	"Suicide" AND "Education, Nursing"	80
	"Health Personnel/education" AND "Suicide/prevention and control"	124
Otras fuentes	A partir de la bibliografía de los artículos nombrados anteriormente	5

Tabla 2: Estrategia de búsqueda

Fuente de elaboración propia

La selección del estudio ha seguido un proceso mediante el que se llevó a cabo una revisión preliminar, a partir de las estrategias de búsqueda utilizadas en relación con el objetivo específico 1 y 3 siendo identificados un total de 847 artículos, aplicando los criterios de inclusión y los filtros utilizados, nombrados anteriormente, se obtuvo 154. Seguidamente, se volvió a realizar una elección de los artículos no excluidos a partir del título y resumen acorde con el tema (55 artículos). A continuación, se eliminaron los artículos duplicados (25) y se hizo una lectura crítica sobre el tema y una evaluación del nivel de evidencia a partir de los criterios de Joanna Briggs de cada artículo seleccionado en función de los ítems seleccionados (8), se excluyeron un total de 22 artículos no relacionados con los objetivos planteados.

Referente a cumplir el objetivo específico 2, se elaboró una nueva estrategia de búsqueda a partir de la bibliografía de los artículos ya seleccionados, con la finalidad de analizar las escalas nombradas. Como consecuencia y para abarcar los cuestionarios mencionados, se ha suprimido el criterio de inclusión de los artículos publicados desde el 2014-2019, con el propósito de abarcar los instrumentos comentados. Una vez seleccionados los artículos, se observó que el grupo de estudio abarcaba tanto a profesionales como estudiantes del ámbito de la salud, motivo por el cual se anuló el criterio "Artículos donde la muestra sean enfermeras que trabajen en

cualquier entorno. En caso de que las enfermeras formen parte de un subconjunto de participantes se incluyen cuando las enfermeras representen el grupo de participación mayoritaria”.

5. RESULTADOS

5.1. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SEGÚN EL MODELO PRISMA

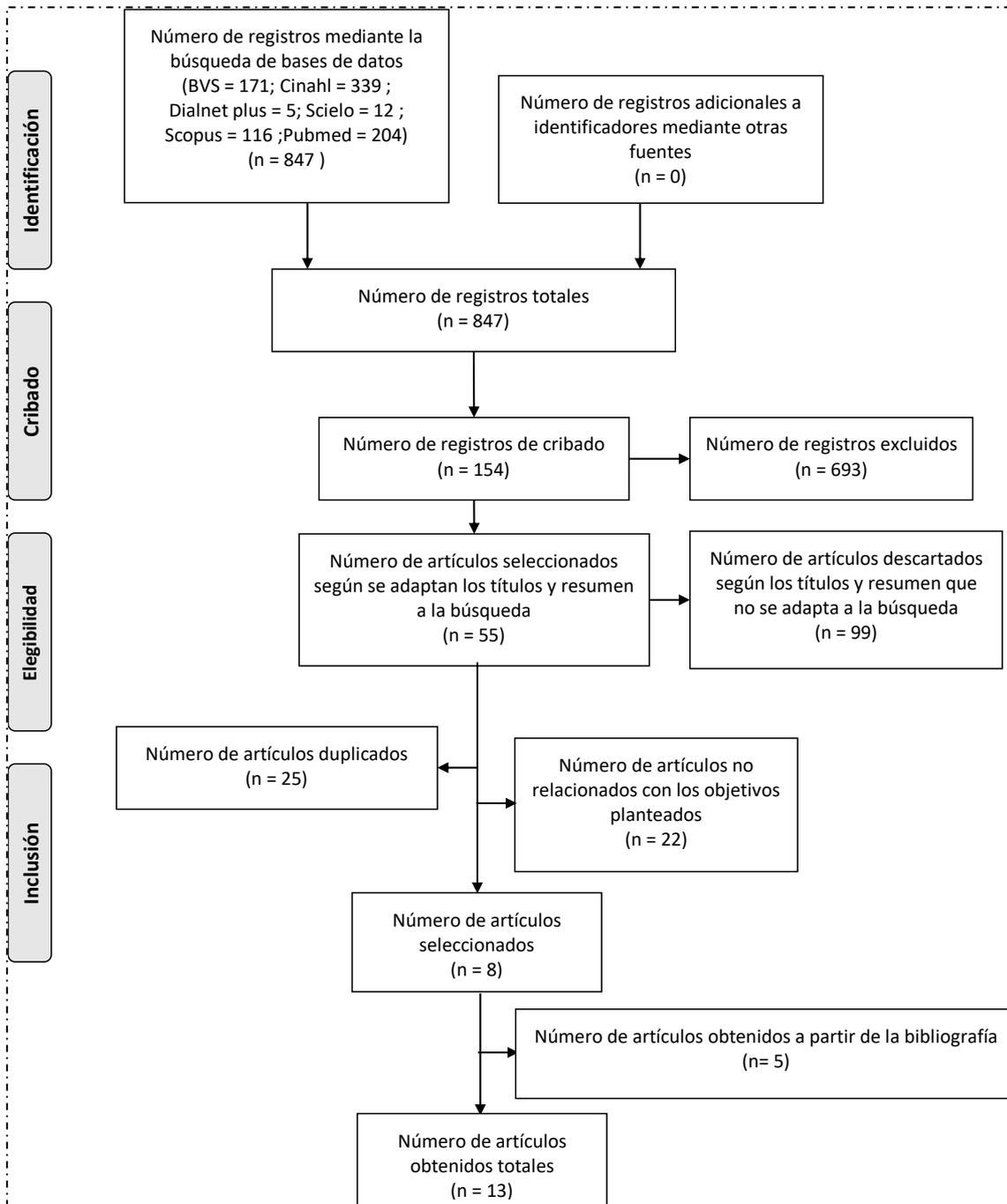


Figura 7: Diagrama de flujo

Fuente de elaboración propia a partir del diagrama de flujo de PRISMA 2009.

5.2. TABLA DE RESULTADOS

A continuación, se muestran los 13 artículos obtenidos, todos ellos relacionados con el rol de enfermería en el abordaje del paciente con conductas suicidas. Los resultados han sido clasificados en varias tablas, las cuales hacen referencia a los objetivos descritos anteriormente.

En primer lugar, se obtuvo una tabla semiestructurada que incluía el primer objetivo de dichos artículos, el diseño del estudio, la muestra, los detalles de la intervención al igual que los cuestionarios que se desempeñan. Seguidamente, se realiza una segunda tabla a partir de los cuestionarios nombrados anteriormente, con la finalidad de analizar la fiabilidad de cada uno. Finalmente, se crea una última tabla para analizar el tercer objetivo.

1. Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conductas suicidas

Tabla 3: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Escenario (País)	Diseño del estudio	Objetivo	Muestra
<i>Kishi et al., 2014</i>	Salas de URG de Tokio, Osaka y Sendai (Japón)	Estudio cuasi experimental de 1 grupo, pre-post (1 mes) intervención	Evaluar el efecto de un programa educativo de 7 horas para el personal de enfermería en la sala de emergencias en Japón.	Enfermeras de URG (n=53) Género = - Media de edad = - Tasa de respuesta = 37%
<i>Santos et al., 2014</i>	AP (en salud escolar) (Portugal)	Estudio cuasi experimental de 1 grupo, pre-post intervención	Evaluar los resultados de la formación dirigida a profesionales de AP y verificar si existe diferencias de conocimiento y actitudes con relación al comportamiento suicida en función de las variables edad, género, tiempo de servicio y función.	Profesionales de AP (n=66) (84,80% enfermeras de AP) Género = Femenino (92,40%) Media de edad = 41,53 años Media tiempo de servicio: 17,14 años Tasa de respuestas = -
<i>De Beurs et al., 2015</i>	Departamento psiquiátrico (Holanda)	Estudio de Control Aleatorio (ECA) grupal multicéntrico	Evaluar los beneficios de un programa de captación para capacitadores apoyado por e-learning para profesionales, aplicando la guía holandesa multidisciplinaria de prevención del suicidio.	Profesionales de SM (n=303) (56,77% enfermeras de SM) Género = Femenino (67,97%) Media de edad = 42 años en el grupo de intervención (GI) y 43 años en el grupo de control (GC) Reclutamiento: instituciones de SM invitadas durante reuniones y conferencias nacionales. Tasa de respuestas = -
<i>Santamarina Fernández, et al., 2016</i>	Policlínico Bartolomé Masó Márquez (Cuba)	Estudio cuasi experimental de 1 grupo, pre-post intervención	Desarrollar una IE para evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo de la conducta suicida en el personal de enfermería, en el Policlínico Bartolomé Masó Márquez, entre enero de 2016 y enero de 2016	Enfermeras (n=63) Género = - Media de edad = - Tasa de respuestas = 100%

Tabla 2: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Escenario (País)	Diseño del estudio	Objetivo	Muestra
<i>Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017</i>	Servicio de Emergencias (Lituania)	Estudio cuasi experimental de 1 grupo, pre-post (6 meses) intervención	Identificar los factores que influyen en las habilidades de intervención suicida de los servicios médicos de emergencia (médicos, enfermeras y técnicos)	Profesionales de emergencias (n=268) (70,9% enfermeras de emergencias) Género = Femenino (97,4%) Media de edad = 47,29 años Tasa de respuestas = 84%
<i>Manister, Murray, Burke, Finegan y McKiernan, 2017</i>	Hospital de Stanford (Estados Unidos (EE. UU.))	Estudio cuasi experimental de 1 grupo, pre-post (6 meses) intervención	Evaluar la efectividad de un programa educativo sobre la prevención del suicidio en pacientes hospitalizados para aumentar la confianza de los enfermeros para hablar con los pacientes sobre pensamientos suicidas y sus conocimientos sobre las acciones a realizar cuando se identifica a un paciente con pensamiento suicida	Enfermeras hospitalarias de 18 unidades diferentes (n=461) Género = - Media de edad = - Tasa de respuestas = -
<i>Blair, Chhabra, Belonick y Tackett, 2018</i>	Hospital Hartford, unidad de neurotraumas (EE. UU.)	Estudio cuasi experimental de 1 grupo, pre (2 semanas) post (terminar) intervención	Evaluar los efectos de la educación sobre la autoeficacia percibida por las enfermeras no psiquiátricas en la evaluación e investigación del riesgo suicida y en la aplicación de estrategias de prevención.	Enfermeras no psiquiátricas (n=50) Género = Femenino (92%) Media de edad = 56% 21-29 años

Tabla 2: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Intervención detallada	Instrumentos de recogida de datos	Conclusiones y resultados
Kishi, et al., 2014	<p><u>Nombre:</u> -</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 1 día / 7 horas</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> -</p> <p><u>Contenido:</u> evaluación básica del riesgo suicida, manejo inmediato de la crisis, la derivación adecuada de pacientes y el cambio de actitudes hacia la prevención del suicidio.</p>	<p><u>Nombre:</u> Escala USP versión japonesa con 10 ítems de la escala de calificación, con escala Likert 4.</p> <p><u>Entregado por:</u> -</p>	<p>Cambio positivo en las actitudes, la comprensión y la voluntad de las enfermeras en atender a los pacientes con conducta suicida, al igual que las preguntas hechas en el triaje, gracias a las IE.</p> <p>Es factible ofrecer un taller corto sobre la prevención suicida. Además, mejoran las actitudes durante un mes de seguimiento.</p>
Santos et al., 2014	<p><u>Nombre:</u> +Contigo.</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 3 cursos de formación de 21 h cada uno.</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> -</p> <p><u>Contenido:</u> adolescencia, depresión y comportamientos suicidas.</p> <p><u>Actividades:</u> talleres de teoría para conocer los conceptos, mediante la evidencia científica, debate y discusiones sobre el suicidio y prácticas y operación de proyecto en la comunidad educativa, particularmente en el contexto escolar.</p>	<p><u>Nombre:</u> ficha de datos sociodemográficos y SBAQ</p> <p><u>Entregado por:</u> los autores del artículo.</p>	<p>La formación fue eficaz al promover los cambios deseados en los participantes, tanto en lo relacionado con los conocimientos de prevención del suicidio como en el cambio de actitudes.</p>

Tabla 2: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Intervención detallada	Instrumentos de recogida de datos	Conclusiones y resultados
De Beurs et al., 2015	<p><u>Nombre:</u> Profesionales en entrenamiento para detener el suicidio (PITStop Suicide), modelo Train-the-Trainer (TtT-e).</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 1 sesión, además en el GI realizan un módulo de aprendizaje electrónico de 1h.</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> -</p> <p><u>Contenido:</u> educación sobre factores de riesgo y protectores, confianza y QPR.</p> <p><u>Actividades:</u> en el GI se realizó TtT-e mediante 4 juego de roles, donde un sujeto actúa como paciente suicida real y el otro practica de Chronological Assessment of Suicide Evaluation (CASE) y el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) (mediante el módulo de aprendizaje electrónico).</p>	<p><u>Nombre:</u> Ad hoc, formado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar un video y después responder 25 preguntas en una escala analógica visual (EVA) del 1 al 100: interpretación entre profesional de SM y el paciente. - SIRI-2 (versión holandesa, 24 ítems): reconocimiento de una respuesta adecuada al comportamiento suicida. - Subescala de 7 ítems (basada en los 14 ítems que evalúan el conocimiento sobre el suicidio, basado en 8 ítems relacionado con el comportamiento individual de QPR y 6 a factores de riesgo suicida): autoevaluación de conocimiento - 2 ítems (se sumaron dos ítems de la subescala anterior): confianza. - Evaluación en el GI sobre el módulo de aprendizaje electrónico (SI/NO) <p><u>Entregado por:</u> on-line (encuesta en línea, Qualtrics).</p>	<p>Mayor adherencia a las guías holandesas, aumento del conocimiento suicida en la autoevaluación y la confianza en el GI en relación con el tratamiento y conocimientos suicidas.</p> <p>Además, se observó que las enfermeras presentaron una mejor adherencia a las guías que los psiquiatras y psicólogos.</p> <p>No se encontró ningún efecto sobre SIRI-2.</p>

Tabla 2: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Intervención detallada	Instrumentos de recogida de datos	Conclusiones y resultados
Santamarina Fernández, et al., 2016	<p><u>Nombre:</u> Intervención educativa para la prevención y el control del suicidio.</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 1 vez por semana/ 10 semanas/ 45 min</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> hasta 20 personas por sesión</p> <p><u>Contenido:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acercamiento a la problemática y los conceptos relacionados con el suicidio. - Factores y grupos de riesgo - Consecuencias asociadas al suicidio. - Familia. Su rol comunitario en el enfrentamiento de los riesgos asociados al suicidio. - Personalidad y conducta suicida. - Mitos y realidades sobre el suicidio. <p><u>Actividades:</u> técnicas de animación, actividades de carácter abierto y flexible, charlas sobre los objetivos de la educación, finalmente se realiza una integración de los contenidos de trabajo y las conclusiones. Además, de la presentación de un PAE.</p>	<p><u>Nombre:</u> Ad hoc. Cuestionario que identifica el nivel de conocimiento sobre el suicidio antes y después de la intervención.</p> <p><u>Entregado por:</u> Psicólogos</p>	<p>En general, tras la intervención se observó una mejoría grupal en los siguientes temas; conocimiento sobre el suicidio, sobre la identificación de personas de riesgo, sobre la conducta a seguir ante un amigo con ideas suicidas, sobre los mitos y realidades relacionado con la conducta suicida, sobre la percepción ante un paciente que haya realizado un intento suicida. Pero en cuanto al manejo de la conducta suicida, solo se alcanzó un 80%.</p>

Tabla 2: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Intervención detallada	Instrumentos de recogida de datos	Conclusiones y resultados
Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2017	<p><u>Nombre:</u> -.</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 32 horas (8 h/día durante 4 días).</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> -</p> <p><u>Contenido:</u> actitudes hacia el suicidio, las causas del comportamiento suicida, el estado psicológico de un individuo suicida, evaluación del riesgo de suicidios, signos reconocibles de comportamiento suicida, contacto cercano con individuos de alto riesgo, reconocer los signos de estrés en sí mismo, el síndrome de agotamiento y los métodos para lidiar con el estrés y los conflictos.</p> <p><u>Actividades:</u> teoría, juego de roles, debates, también se les informó de donde podían encontrar apoyo psicológico-psiquiátrico y al final de la intervención tenían la oportunidad de hablar anónimamente con un psicólogo y un psiquiatra.</p>	<p><u>Nombre:</u> Ad hoc evalúa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características sociodemográficas - Experiencias previas al entrenamiento de intervenciones suicidas - <u>Capacidad para evaluar el riesgo suicida (OMS)</u> - <u>SIRI</u> (adaptación a lituano, 24 ítems) - SM (MINI) - <u>Escala ASP</u> - Síndrome de Burnout, escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) - Afrontamiento del estrés, Escala Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) <p><u>Entregado por:</u> -</p>	<p>Los participantes jóvenes presentaron mayor riesgo suicida y mayor agotamiento emocional, pero tenían mejores habilidades de intervención suicida.</p> <p>Las habilidades de intervención suicida estaban relacionadas con ser más joven, tener un mayor nivel de educación, una mayor carga de trabajo, actitudes positivas hacia la prevención suicida y métodos de afrontamiento del estrés.</p> <p>6 meses después de la evaluación de los factores de riesgo suicida mejoró significativamente. En cambio, no se observó diferencia en las habilidades de intervención suicida, las actitudes hacia la prevención suicida y las estrategias para hacer frente al estrés.</p>

Tabla 2: Intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Intervención detallada	Instrumentos de recogida de datos	Conclusiones y resultados
<i>Manister et al., 2017</i>	<p><u>Nombre:</u> -.</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 1 h de clase educativa.</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> se repitió 40 veces (14 enfermeras aprox. por sesión).</p> <p><u>Contenido:</u> educación sobre los factores de riesgo de suicidio, señales de alarma, como estar alerta ante cambios en el comportamiento o rutinas, evaluación e identificación de los pensamientos suicidas por parte de los enfermeros, la confianza para discutir el suicidio y la muerte con los pacientes y la precaución ambiental a tomar cuando se identifica a un paciente en riesgo. Se baso en el modelo de Sistema de Neuman.</p> <p><u>Actividades:</u> caso práctico, debates sobre la evaluación del riesgo suicida.</p>	<p><u>Nombre:</u> Ad hoc, un caso clínico y test propio de confianza.</p> <p><u>Entregado por:</u> un enlace electrónico adicional para completar el cuestionario antes y después de la intervención de forma anónima y voluntaria.</p>	<p>Se obtuvo mayores niveles de confianza en enfermeras con más de 15 años de experiencia.</p> <p>Aumento significativo sobre las acciones de enfermería, lo que evidenció la efectividad del programa educativo sobre las acciones de enfermería apropiadas a realizar frente la identificación de pensamientos suicidas.</p>
<i>Blair et al., 2018</i>	<p><u>Nombre:</u> "Suicide Prevention and Care in the Acute Care Medical Setting" / Prevención y atención del suicidio en el entorno médico de atención aguda.</p> <p><u>Duración y sesiones:</u> 9 sesiones, vinculadas al horario de los profesionales</p> <p><u>Número de participantes por sesión:</u> entre 3 y 10</p> <p><u>Contenido:</u> herramientas de investigación sobre la valoración del suicidio en 5 pasos, evaluación y triaje (Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T)), valoración cronológica de la evaluación del suicidio, CASE y QPR. Se apoyo en la metodología de la Autoeficacia de Bandura.</p> <p><u>Actividades:</u> educación sobre respuesta fisiológica y emocional, realización del desempeño mediante juegos de roles, experiencias personales mediante videoclips y persuasión verbal.</p>	<p><u>Nombre:</u> Ad hoc</p> <p><u>Entregado por:</u> correo electrónico.</p>	<p>Aumento estadísticamente significativo de la autoeficacia percibida por los enfermeros en el cuidado de pacientes con ideación suicida después de la IE.</p>

2. Instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio

Tabla 4: Instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio (continuación)

Autores de la escala, año	Nombre de la escala	Población de estudio y muestra	Objetivo	Escenario (país)
Neimeyer y MacInnes, 1981	SIRI -1	Profesionales de la salud (n=164)	Evaluar la capacidad del profesional de seleccionar una respuesta adecuada para el paciente autodestructivo.	Diferentes organizaciones: Suicide and Crisis Intervention Service, Contact, Personal Crisis Line, Dodge County Assistance Line y Alcohol Counselor Training Institute of Nebraska (EE. UU.)
Neimeyer y Bonnaile, 1997	SIRI -2	Estudiantes de psicología y aprendices de consejero (n=62)	Evaluar la capacidad del profesional de reconocer las respuestas apropiadas a los pacientes suicidas.	(EE. UU.)
Sameuselsson et al., 1997	USP	Enfermeras de SM (n=197)	Evaluar las actitudes hacia los pacientes suicidas de las enfermeras psiquiátricas y medir los cambios de actitud tras una IE.	Sala de emergencias psiquiátricas y unidad de corta estancia del Hospital Karolinska y unidad de larga estancia del Hospital Beckomerga (Suecia)
Herron et al., 2001	ASP	Médicos generalistas, psiquiátricos, enfermeras de URG y emergencias y enfermeras de SM comunitaria (n=168) (58,33% enfermeras)	Evaluar las actitudes hacia la prevención del suicidio y el rango de actitudes hacia dicha prevención en los profesionales de salud de primera línea.	Distrito de salud de Manchester, Stockport y Liverpool. (Reino Unido)
Botega et al., 2005	SBAQ	Enfermeras (n=317)	Evaluar las actitudes hacia los pacientes suicidas del personal de enfermería y construir un instrumento que pueda usarse para medir los cambios de actitud.	Hospital general de la Universidade Estadual de Campinas (Brazil)

Tabla 3: Instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio (continuación)

Autores de la escala, año	Idioma	Ítems	Factores	Escala Likert	Administración	Fiabilidad (alfa de Cronbach / Kuder Richardson 20)
<i>Neimeyer y MacInnes, 1981</i>	Inglés	25	-	- ítems dicotómicos	Auto administrable	$KR_{20} = 0.845$
<i>Neimeyer y Bonnelle, 1997</i>	Inglés	25	-	7	Auto administrable	$\alpha = 0.9$
<i>Sameuselsson et al., 1997</i>	Sueco	11	F(1): Actitudes hacia los pacientes suicidas. F(2): Reacciones emocionales internas	4	Auto administrable	$\alpha = 0,74$
<i>Herron et al., 2001</i>	Inglés	14	-	5	Auto administrable	$\alpha = 0,77$
<i>Botega et al., 2005</i>	Portugués	21	F(1): Sentimientos hacia el paciente (afectivo) F(2): Capacidad profesional (cognitivo) F(3): Derecho al suicidio (conductual, Además 4 preguntas sobre las actitudes de los profesionales en relación con individuos deprimidos).	5	Auto administrable	F(1): $\alpha = 0,7$ F(2): $\alpha = 0,6$ F(3): $\alpha = 0,5$

3. Características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conductas suicidas

Tabla 5: Características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conducta suicida (continuación)

Autores, Año	Escenario (país)	Diseño del estudio	Objetivo	Muestra
<i>De Beurs et al., 2015</i>	Departamento psiquiátrico (Holanda)	ECA grupal multicéntrico	Evaluar los beneficios de un programa de captación para capacitadores apoyado por e-learning para profesionales, aplicando la guía holandesa multidisciplinaria de prevención del suicidio.	Profesionales de SM (n=303) (56,77% enfermeras de SM)
<i>Blair et al., 2018</i>	Hospital Hartford, unidad de neurotraumas (EE. UU.)	Estudio cuasi experimental	Evaluar los efectos de la educación sobre la autoeficacia percibida por las enfermeras no psiquiátricas en la evaluación e investigación del riesgo suicida y en la aplicación de estrategias de prevención.	Enfermeras no psiquiátricas (n=50) Género = Femenino (92%) Media de edad = 56% 21-29 años
<i>Vandewalle et al., 2019</i>	4 hospitales psiquiátricos (Flandes y Bélgica)	Estudios cualitativos, interpretativos	Descubrir y comprender los elementos centrales de cómo las enfermeras en hospitales psiquiátricos se ponen en contacto con pacientes que experimentan ideas suicidas.	Enfermeras de SM (n=19) Género = Femenino (12 enfermeras) Media de edad = 37,5 años Media de años trabajados = 13,7 años

Tabla 4: Características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conductas suicidas (continuación)

Autores, Año	Entrevista	Conclusiones y conclusiones
<i>De Beurs et al., 2015</i>	<p><u>Nombre:</u> CASE</p> <p><u>Evaluación del suicidio:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtención de ideación suicida 2. Reunión de datos sobre los factores de riesgo suicida 3. Toma de decisiones clínicas <p><u>Enfoque:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fácil de aprender - Fácil de recordar - Aumentar la validez de la información obtenida - Fácil de enseñar <p>Muy concreto</p>	<p>Mejora significativa en la atención del paciente con ideación suicida gracias a realizar una entrevista con estas características.</p>
<i>Blair et al., 2018</i>	<p><u>Nombre:</u> CASE</p> <p><u>Evaluación del suicidio:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtención de ideación suicida 2. Reunión de datos sobre los factores de riesgo suicida 3. Toma de decisiones clínicas <p><u>Enfoque:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fácil de aprender - Fácil de recordar - Aumentar la validez de la información obtenida - Fácil de enseñar - Muy concreto 	<p>El hecho de utilizar este tipo de entrevista mejora significativamente las habilidades de las enfermeras. Dando lugar a una mayor comprensión en la atención y la prevención del suicidio.</p>
<i>Vandewalle et al., 2019</i>	<p><u>Nombre:</u> -</p> <p><u>Evaluación del suicidio:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear condiciones para una comunicación abierta y genuina <ol style="list-style-type: none"> a. Crear posibilidades para que los pacientes expresen sus ideas suicidas b. Crear un ambiente seguro para hablar sobre el suicidio. 2. Desarrollar una imagen precisa y significativa del paciente 	<p>Mejora de las enfermeras sobre la comprensión conceptual sobre los pacientes. Además, se ha visto que el rol de la enfermera ayuda a contribuir en la prevención del suicidio.</p>

6. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Los resultados del presente trabajo dan respuesta a los objetivos propuestos. A continuación, se realizará el análisis de estos, agrupados según los propósitos planteados.

6.1. INTERVENCIONES EDUCATIVAS QUE RECIBE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL PACIENTE CON CONDUCTAS SUICIDAS

Las enfermeras, normalmente, son el primer personal sanitario en atender a un paciente con ideación suicida. Para maximizar su seguridad, se recomienda su formación sobre el cuidado y la detección del riesgo. Para así realizar un acompañamiento adecuado (Blair et al., 2018; Santos et al., 2014) y promover una mejora en la seguridad de los pacientes (Blair et al., 2018).

Referente a los resultados encontrados, se observó una heterogeneidad en este objetivo. Sobre todo, en las metodologías de aprendizaje, las actividades que se realizan y los cuestionarios que se utilizan para evaluar el nivel de conocimiento sobre el tema.

Respecto al contenido de estas intervenciones se distinguieron los siguientes grupos:

En primer lugar, los talleres, donde los profesionales aprendieron a manejar una crisis suicida (Kishi et al., 2014) mediante un contacto cercano con el paciente (Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017; Manister et al., 2017). Cabe destacar que el aprendizaje de gestión de las emociones aumenta la confianza de los profesionales ante estas situaciones (De Beurs et al., 2015; Manister et al., 2017).

Por otra parte, también se educó la derivación adecuada del paciente (Kishi et al., 2014) y la evaluación e identificación de los pensamientos suicidas (Manister et al., 2017), por ejemplo, los autores Blair et al. (2018), especifican la valoración del suicidio en URG mediante el método SAFE-T.

Dentro de este punto, los conceptos que se estudiaron estaban relacionados con la evidencia científica del suicidio (Kishi et al., 2014; Santamarina Fernández et al., 2016; Santos et al., 2014), los factores de riesgo y protectores (De Beurs et al., 2015; Kishi et al., 2014; Manister et al., 2017; Santamarina Fernández et al., 2016; Santos et al., 2014), como por ejemplo la adolescencia (Manister et al., 2017), las señales de alarma, los signos y síntomas en la recaída y las manifestaciones en el cambio de actitud, personalidad o aspectos (Kishi et al., 2014; Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017;

Manister et al., 2017; Santamarina Fernández et al., 2016). También se aprendió a prevenir los estados psicológicos de riesgo, como la depresión (Santos et al., 2014) o el estrés (Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017). Aunque los conceptos que se asimilan dependen de las horas que dure la IE.

En estos talleres se realizaron actividades con la finalidad de assimilar los conceptos nombrados anteriormente. A nivel general, se elaboraron debates y discusiones (Santos et al., 2014), clases teóricas (Blair et al., 2018; Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017; Santamarina Fernández et al., 2016; Santos et al., 2014) y juego de roles y casos prácticos (Blair et al., 2018; De Beurs et al., 2015; Kishi et al., 2014; Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017). En un ámbito individualizado, se utilizaron TIC por ejemplo, los autores De Beurs et al. (2015), emplearon un módulo de aprendizaje electrónico con el propio ordenador de los participantes. En cambio, Blair et al. (2018), utilizaron un videoclip en el que posteriormente fueron evaluados y analizados los aspectos más destacados con la escala EVA. Los autores Santamarina Fernández, et al. (2016), al final de la intervención realizaron la presentación de un PAE para definir los conceptos sobre el diagnóstico de los pacientes con conducta suicida.

Otro punto es la diversidad en el tiempo de empleado. Se pueden diferenciar en tres tipos: de corta duración, es decir 1 día (De Beurs et al., 2015; Kishi et al., 2014; Manister et al., 2017); de media duración, ya sean 3 (Santos et al., 2014) o 4 días (Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017); y para finalizar de larga duración, de 9 (Blair et al., 2018) o 10 días (Santamarina Fernández et al., 2016).

Independientemente del tiempo que duró el curso, a modo general, se mejoró el conocimiento sobre este tema. Eso sí, no se vio una diferencia significativa sobre las conclusiones de los artículos y sus resultados en relación con el tiempo óptimo de la terapia educativa. En cambio, como se ha observado, se reflejan más conceptos cuando más duren los talleres.

Todas estas habilidades se evalúan mediante cuestionario pre-intervención y generalmente un mes después de la intervención, aunque también se halló un artículo post-intervención de tres meses después (De Beurs et al., 2015) y seis meses después (Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017). La gran mayoría de ellos utilizaron cuestionarios ad hoc redactados por los propios autores a partir del marco conceptual de su estudio (Blair et al., 2018; De Beurs et al., 2015; Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017; Manister et al., 2017; Santamarina Fernández et al., 2016). Aunque dos de ellos dentro de los cuestionarios ad hoc incluyeron escalas validadas como SIRI (De Beurs

et al., 2015; Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2017) y el ASP (Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2017). Otros estudios utilizaron instrumentos propios como el UPS scale (Kishi, et al., 2014) y SBAQ (Santos et al., 2014).

Hay ciertos autores que aplicaron bases pedagógicas para facilitar el estudio a los profesionales, se destacaron los modelos de aprendizaje específicos para el estudio del adulto. Por ejemplo, De Beurs et al. (2015), realizó un modelo denominado Train-the-Trainer, basado en la *Teoría del aprendizaje de adultos* de Knowles, utiliza la experiencia del adulto como recurso para mejorar la capacidad de autoaprender (Knowles, 1970) y fue la *Teoría de la Difusión de las Innovaciones* de Rogers, se define como un proceso de mejorar y conocer nueva información a través de las redes sociales ([Anexo 7](#)) (Roger, 2010).

Además, los autores Blair et al. (2018), para su investigación utilizaron la *Teoría de la Autoeficacia* de Bandura. Este tiene la finalidad de aumentar la confianza de los participantes en el dominio de tareas y el aprendizaje de nuevas habilidades en diferentes entornos (Bandura, 2000).

En cambio, los autores Manister et al. (2017), utilizaron para enmarcar la formación el *Modelo de Sistema* de Neuman. Como se ha comentado en el marco conceptual, es un modelo conceptual de enfermería.

Como se ha visto, estos tres artículos comparten diferentes pedagogías para mejorar e individualizar la educación de los profesionales. Este hecho favorece positivamente en el resultado de los procesos educativos de los adultos.

Por otra parte, al principio del trabajo se ha comentado como deben trabajar las enfermeras en los diferentes ámbitos de atención sanitaria. Referente a los resultados obtenidos, se ha encontrado IE dirigidas enfermeras de SM (Blair et al., 2018; De Beurs et al., 2015), de AP (Santamarina Fernández et al., 2016; Santos et al., 2014), de URG y emergencias (Kishi et al., 2014; Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017) y también en generalistas u otros servicios hospitalarios no nombrados anteriormente (Santamarina Fernández et al., 2016; Manister et al., 2017).

Sin embargo, las debilidades metodológicas en los estudios incluidos en esta revisión obstaculizan las conclusiones extraídas. Dado que solo se encontró 1 estudio ECA (De Beurs et al., 2015), son considerados los deseados y preferibles en la investigación de la salud. El resto han sido cuasi experimentales (Blair et al., 2018; Kishi et al., 2014;

Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017; Manister et al., 2017; Santamarina Fernández et al., 2016; Santos et al., 2014) que carecían de un GC.

Llegados a este punto, el suicidio es un tema tabú que deja secuelas emocionales a las personas, entre otros a los profesionales sanitarios. Se encontró un estudio que propone una terapia de apoyo psicológico individualizado formado por psicólogos y psiquiatras para resolver sus problemas emocionales. Además, podían utilizar este recurso después de que el estudio finalizará (Lygnugaryte-Griksiene et al., 2017).

Otros programas utilizados fueron de entrenamiento QPR (Blair et al., 2018; De Beurs et al., 2015), o el programa CASE centrado en cómo realizar las entrevistas (Blair et al., 2018; De Beurs et al., 2015). Por lo que se refiere en el ámbito de URG el SAFE-T (Blair et al., 2018), aunque también se encontró un modelo de triaje no específico que aparece en el artículo hecho por Kishi et al. (2014).

Siguiendo la línea de investigación, el estudio de Ferguson et al, (2018), analizan la efectividad de las IE que recibe el personal de enfermería sobre la prevención del suicidio en pacientes con ideación suicida. En primer lugar, comparando los estudios, obtuvieron temas y actividades similares a los resultados actuales. En cambio, en sus resultados no se observa una diferencia entre las enfermeras de SM, de AP, y de URG. Por el contrario, han examinado 3 ECA y comparándolo con el actual trabajo se obtuvo uno. Esto significa que proporciona evidencia de mejor calidad, gracias a la aleatorización de la muestra, así como la comparación entre los GI y los GC. Aun así, contrastando los resultados, existe una evidencia moderada que respalda la efectividad de estos programas. Se comparten cuantiosas conclusiones, por lo que se puede afirmar que el actual estudio posee una mejor validez externa, dicho de otra forma, a favor de los hallazgos encontrados en los actuales resultados. También coinciden en que carecen de estudios a largo plazo para afirmar el tiempo estimado que deberían de durar las IE.

Tratando la línea investigadora de la evaluación e identificación del pensamiento suicida, hay otras revisiones (Betz y Boudreaux, 2016; Rico, 2016; Brodsky, Spruch-Feiner y Stanley, 2018; Murphy et al., 2016; Kalb, Feinstein, Rohrig, Sankary y Willis, 2019) que recomiendan aplicar la tarjeta de bolsillo de SAFE-T para la evaluación del riesgo suicida, debido a que las recomendaciones están incorporadas en las pautas de la APA para valor esta situación. Teniendo en cuenta que se basa en los siguientes cinco pasos: identificar los factores de riesgo, identificar los factores de protección,

preguntar e investigar sobre las conductas suicidas, determinar el nivel de riesgo y la intervención y registrar ([Anexo 8](#)) (Betz y Boudreaux, 2016).

Cabe destacar el estudio de Rico (2016), en su tesis doctoral, demostró que enseñar a las enfermeras de URG y emergencias este cribado mejora respuesta frente a un paciente con conducta suicida, aumenta el conocimiento sobre la identificación de factores de riesgo y protección y la determinación del nivel de riesgo y emplear las intervenciones de enfermería. Coinciden con el artículo de Blair et al. (2018), obtenidos en el actual estudio.

Otro punto que se ha tratado anteriormente, sobre las teorías pedagógicas utilizadas en el aprendizaje de los profesionales, se ha encontrado otros resultados similares a los descritos en esta revisión (Fuentes Olavarría, 2019; Soto, Masalan y Barrios, 2018). Estos nos hablan de la efectividad del aprendizaje experimental en el adulto, utilizando como por ejemplo el *Modelo de diseño Motivacional*, el *Modelo de Roles* o la *Teoría del Aprendizaje Experimental*.

Uno de los propósitos del rol de la enfermería, consiste en proporcionar unos cuidados completos a cualquier tipo de paciente, en este caso sobre la prevención e ideación suicida. Como se ha visto, hay evidencia científica donde las enfermeras poseen escasos conocimientos sobre estos y como después de una IE poseen una visión global y unos comportamientos y actitudes más eficientes, aumentando significativamente.

Por lo tanto, esta investigación ha puesto en manifiesto la necesidad de investigación en relación con la formación del personal de enfermería en programas educativos sobre la detección del suicidio en sus pacientes. Para ello será muy importante conocer los instrumentos que evaluarán su conocimiento y las actividades que se van a realizar, como por ejemplo, las características que se deben seguir en una entrevista para este tipo de pacientes, que se comentará a continuación.

6.2. INSTRUMENTOS QUE EVALÚAN EL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA DETECCIÓN DEL SUICIDIO

Tras conocer las IE que se podrían realizar a las enfermeras, es importante conocer que cuestionarios se podrían utilizar para evaluar los conceptos asimilados.

En los resultados de este estudio, se obtuvieron varios instrumentos, todos ellos autoadministrables. En referente a los objetivos, se han podido agrupar en dos grupos según su finalidad de estudio, las actitudes y las habilidades de respuesta adecuada.

En primer lugar, se comentarán aquellos cuestionarios que median las actitudes sobre los profesionales de salud. Se encontró dirigidos a enfermeras: SBAQ (Botega et al., 2005) y UPS, este último, es propio de la especialidad de SM (Sameuselsson et al., 1997). En cambio, ASP orientado los sanitarios que trabajan en SM (Herron et al., 2001).

Y, en segundo lugar, se hallaron otras herramientas cuyo fin era evaluar las habilidades de respuesta adecuada del comportamiento suicida como SIRI. Durante su desarrollo empezó siendo un cuestionario de preguntas dicotómicas, pero tras varios años, las evidencias científicas concluyeron que era muy largo y de difícil comprensión, estos hechos dificultaron la finalidad de ser completados por los profesionales (Neimeyer y MacInnes, 1981). Tras esta conclusión, se realizó SIRI-2, cuyo objetivo es idéntico que el anterior, pero en este caso se empleó una escala Likert de 7 (Neimeyer y Bonnelle, 1997) y presentaba mayor facilidad a la hora de ser completado por la muestra.

También cabe destacar que en dichos resultados se hallaron los cuestionarios en lengua original, como en inglés (Herron et al., 2001; Neimeyer y MacInnes, 1981; Neimeyer y Bonnelle, 1997), sueco (Sameuselsson et al., 1997) o portugués (Botega et al., 2005). Pero también adaptaciones como las que utilizaron los autores Kishi et al. (2014), para realizar su estudio, utilizando escala la adaptación de la escala UPS versión japonesa, De Beurs et al. (2015), la versión holandesa de SIRI-2 o Lygnugaryte-Griksiene et al. (2017), adaptaron SIRI-2 al lituano.

Con relación a la fiabilidad de los instrumentos que se han investigado, se evaluaron mediante el alfa de Cronbach obteniendo una puntuación mayor de 0,7, es decir, se puede afirmar que la finalidad es apta (Botega et al., 2005; Herron et al., 2001; Neimeyer y Bonnelle, 1997; Sameuselsson et al., 1997). Aunque destaca el SIRI-2 por su excelente confiabilidad, con una puntuación de 0,97 (Neimeyer y Bonnelle, 1997).

Recalcando en los aspectos que se ha comentado anteriormente respecto el modo de respuesta de cuestionarios son escala Likert 7 (Neimeyer y Bonnelle, 1997), 5 (Botega et al., 2005; Herron et al., 2001) y 4 (Sameuselsson et al., 1997). Por contra en SIRI-1 se emplean ítems dicotómicos, lo que significa que el coeficiente de correlación a utilizar ante este tipo de respuestas es el Kuder Richardson 20. Aun así, su calificación fue muy buena, del 0,845 (Neimeyer y MacInnes, 1981).

Referente a este apartado, se han encontrado diferencia de hallazgos entre a comparación de los resultados con otros estudios. Por ejemplo, los autores Ghasemi et al. (2015), realizaron una revisión sistemática sobre las escalas validadas para medir las actitudes e ideaciones suicidas. Obtuvieron un total de 5 instrumentos relacionados con la ideación y 14 con las actitudes. Sin embargo, el estudio actual ha obtenido 5 escalas relacionadas con este último tema. Comparando los resultados, solo coincide la escara SBAQ. Esta diferencia es debido a la diversidad de la muestra y los enfoques de la investigación. Según se ha visto en los resultados del anterior apartado, los instrumentos se han obtenido a partir de las escalas utilizadas por los investigadores, centrándose en los profesionales de salud. En cambio, Ghasemi et al. (2015), a partir de varias bases de datos con una perspectiva mucho más amplia, ya que se contemplan cuestionarios dirigidos a los pacientes, profesionales familiares y población en general.

6.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA ENFERMERA EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA

La entrevista forma una de las partes más importantes a la hora de establecer una buena Relación Terapéutica (RT) entre paciente y profesional. Por eso, es fundamental conocer la finalidad que tiene, la información que se debe de extraer de ella y los pasos que se tiene que seguir. Por lo que respeta al personal de enfermería, ayuda a indagar sobre las conductas suicidas y su prevención.

En primer lugar, se comentan los puntos a evaluar. Los autores De Beurs et al. (2015), Blair et al. (2018), y Vandewalle et al. (2019), comparten los siguientes ítems que se deben recoger en una entrevista:

1. Obtención de la ideación suicida. Mediante entrevistas abiertas donde el paciente pueda expresar sus ideas, en un ambiente próximo y seguro.
2. Reunión de los datos sobre los factores de riesgo suicida. Desarrollar una imagen precisa y significativa del paciente. Intentando no hacer anotaciones, ya sean en papel o en el ordenador, delante de él.
3. Toma de decisiones clínicas. Estas resoluciones se deben consensuar y comunicar con el equipo multidisciplinar.

Cabe destacar que dos estudios utilizaron la entrevista CASE, es una estrategia aprendida y práctica, que debe ser fácil de recordar. Haciendo hincapié que esta entrevista se debe realizar sin tomar ningún apunte mientras se hace delante del paciente (Shea, 1998).

Por otra parte, otros expertos, explican el procedimiento que deben seguir los profesionales. Alegan que se debe realizar un gran énfasis en el personal de enfermería, ya que afirman que son ellos quienes pueden ayudar en las evaluaciones de primera línea en este tipo de pacientes, debido a la estrecha relación que existe entre enfermera y paciente (Lucas et al., 2016).

Otro punto muy importante, es la manera de realizar las preguntas. Este ítem no se ha encontrado en los actuales resultados, pero puede ser importante para las líneas de investigaciones futuras.

Se ha visto en otros estudios que la mejor forma de establecer la relación entre el paciente y el profesional es evitar hacer preguntas negativas. Se ha demostrado que los médicos tienden a realizar cuestiones formuladas negativamente. Esta forma sesga la respuesta del paciente sobre su ideación suicida. Aunque el objetivo de McCabe, Sterno, Priebe, Barnes y Byng, 2017 es mucho más específico y la muestra va dirigida a médicos de AP y psiquiatras. Es un dato importante para comentarlo y hacer hincapié en realizar unas preguntas activas y directas. Además, de crear un ambiente tranquilo y seguir los consejos que se han nombrado.

Para finalizar, comparando los resultados obtenidos con el programa SUPRE (Organización Mundial de la Salud, 2012), ya explicado en el marco conceptual, coinciden en que y cuando preguntar y como hacerlo. A modo de ejemplo, establecer una buena RT e indagar sobre posibles ideaciones suicidas y si tiene pensado un método a utilizar.

7. CONCLUSIONES

Tras realizar los análisis de los resultados obtenidos, se ha podido observar que la figura de la enfermera tiene una parte importante en la prevención y el manejo de la conducta suicida.

Según el primer objetivo, *describir las intervenciones educativas que recibe el personal de enfermería sobre el paciente con conductas suicidas*. Se realiza una diversidad de intervenciones basadas en clases presenciales y online, en algunos casos, resolución de problemas y otras actividades prácticas como role-playing a corto plazo. Además, es una formación eficaz y factible.

Referente al segundo objetivo, *analizar los instrumentos que evalúan el conocimiento de las enfermeras sobre la detección del suicidio*. En su totalidad se centran en la

evaluación de las habilidades y actividades de los profesionales de salud. Sin embargo, existe una carencia de instrumentos que evalúen de forma conjunta habilidades, conocimientos y actitudes. La mayoría son fiables y presentan una escala Likert.

Para finalizar, el tercer objetivo, *describir las principales características de la entrevista enfermera en relación con los pacientes con conducta suicida*. En la medida que estas entrevistas trascurren de manera ordenada, siguiendo una escucha activa fomentando una RT y creando un ambiente tranquilo, constituyen un elemento importante para fomentar la atención y el confort de los pacientes y prevenir la ideación suicida.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones de la presente revisión, cabe mencionar que el hecho de haber sido realizada por una única revisora puede conllevar a sesgo en la extracción de los datos analizados y discutidos. Aun así, se realizó mediante las pautas de PRIMSA, utilizando una estrategia de búsqueda exhaustiva e integral.

Además, se hubiera logrado una visión más amplia si la muestra del estudio hubiera sido más grande. Por ejemplo, se hubiera podido incluir otros profesionales de la salud como las auxiliares de enfermería o los médicos.

A la hora de realizar el análisis, en el primer y el segundo objetivo los resultados fueron heterogéneos, lo que limitó la síntesis de la información y la capacidad de sacar conclusiones concretas.

Otro criterio que se vio afectado, en concreto en el segundo objetivo, son los artículos seleccionados fuera de los últimos años, debido a que los resultados se extraen a partir de la bibliografía del primer objetivo.

Finalmente, se debe incidir en la escasa cantidad de artículos ECA que se ha observado en este estudio.

9. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Como futuras líneas de actuación, se podría abordar un plan educativo a largo plazo para las enfermeras. En él, se establecerían las pautas que deberían seguir según su especialidad en el cuidado tanto del paciente con conducta suicida como los supervivientes. Además, realizar cuestionarios que evalúan las competencias.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Adorno Quevedo, V. y Adorno, C. (2016). Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencia. *Tendencias en Medicina*, 12(11), pp.32-43. Recuperado de http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes11p/art_07.pdf
- Aldrich, R. S., Wilde, J. y Miller, E. (2018). The effectiveness of QPR suicide prevention training. *Health Education Journal*, 77(8), pp.964–977. doi: [10.1177/0017896918786009](https://doi.org/10.1177/0017896918786009)
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5 (5ª)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Anseán Ramos, A. (2014). Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el sistema nacional de salud. *Manial de prevención, Intervención y Prevención de la Conducta Suicida* (pp.27-33). Madrid: Fundación Salud Mental España. Recuperado de <http://besarkada-abrazo.org/wp-content/uploads/2016/11/Manual-Conducta-Suicida-Andoni-Ansea%CC%81n.pdf>
- Bandura, A. (2000). Ejercicio de la agencia humana a través de la eficacia colectiva. *Direcciones actuales en ciencia psicológica* , 9 (3), pp.75-78. doi: [10.1111/1467-8721.00064](https://doi.org/10.1111/1467-8721.00064)
- Barrio Giménez, P., Molina Andreu, O., Campos Pavón, J., Franco Díez, E., Suarez Barrientos, A. y Arreo Del Val, V. (2015). *Enfermería psiquiátrica y salud mental*. Recuperado de <https://academiaeir.es/wp-content/uploads/pdf/EnfermeriaSM4aEdicion.pdf>
- Betz, M. E. y Boudreaux, E. D. (2016). Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Annals of emergency medicine*, 67(2), pp.276–282. doi: [10.1016/j.annemergmed.2015.09.001](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.001)
- Blair, E. W., Chhabra, J., Belonick, C. y Tackett, M. (2018). Non-Psychiatric Nurses' Perceived Self-Efficacy After an Educational Intervention on Suicide Prevention and Care. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(6), pp.43–51. doi: [10.3928/02793695-20180305-03](https://doi.org/10.3928/02793695-20180305-03)
- Borrell i Carrió, F. (2004). *Entrevista Clínica. Manual de Estrategias prácticas*.

Recuperado de https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf

Botega, N. J., Reginato, D. G., Da Silva, S. V., Da Silva Cais, C. F., Rapeli, C. B., Fabrício Mauro, M. L., ... Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: The development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), pp.315–318. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400011&lng=en&tlng=en

Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. y Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in psychiatry*, 33(9), pp.1-7. doi: [10.3389/fpsyt.2018.00033](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00033)

Cates, M. E., Hodges, J. y Woolley, T. W. (2019). Pharmacists' attitudes, interest, and perceived skills regarding suicide prevention. *The mental health clinician*, 9(1), pp.30–35. doi: [10.9740/mhc.2019.01.030](https://doi.org/10.9740/mhc.2019.01.030)

CatSalut (2015). *Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS)*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Recuperado de https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveïdors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf

Centre For Suicide Prevention. (n. d.). *Applied Suicide Intervention Skills Training*. Recuperado de <https://www.suicideinfo.ca/workshop/asist/>

Clayton, P. J. (2018). Lesión autolítica no suicida [Manual web]. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/lesi%C3%B3n-autol%C3%ADtica-no-suicida>

De Beurs, D. P., De Groot, M. H., De Keijser, J., Mokkenstorm, J., Van Duijn, E., De Winter, R. F. y Kerkhof, A. J. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of affective disorders*, 175, pp.446–453. doi: [10.1016/j.jad.2015.01.046](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.046)

Dieppe, C., Stanhope, B. y Rakhra, K. (2009). Children who harm themselves:

development of a paediatric emergency department triage tool. *Emergency medicine journal: EMJ*, 26(6), pp.418–420. doi: [10.1136/emj.2008.062463](https://doi.org/10.1136/emj.2008.062463)

Eby, L. y Brown, N. J. (2010). *Cuidados de enfermería en salud mental*. Madrid: Pearson educación.

Ferguson, M. S., Reis, J. A., Rabbetts, L., Ashby, H. J., Bayes, M., McCracken, T., . . . Procter, N.G. (2018). The Effectiveness of Suicide Prevention Education Programs for Nurses. *Crisis*, 39(2), pp.96–109. doi: [10.1027/0227-5910/a000479](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000479)

Fernández de Sanmamed, M. J., García, J., Mazo, M. V., Mendive, J. M., Serrano, E., y Zapater, F. (2018). *Consideracions per a un abordatge social i sanitari del suïcidí a propòsit del Codi Risc de Suïcidí*. Recuperado de <https://focap.files.wordpress.com/2018/06/consideracions-per-a-abordatge-suc3afcidi.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas: Suicidio*. Revisado de <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Fornés, J. (2012). *Enfermería de la salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados*. (2nd ed.). Madrid : Médica Panamericana

Fuentes Olavarría, D. (2019). Aportes del aprendizaje experiencial a la formación de estudiantes de enfermería en psiquiatría: Estudio cualitativo. *Revista mexicana de investigación educativa*, 24(82), pp.833-851. Recuperado de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662019000300833&lng=es&tlng=es

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2011). Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela. Recuperado de https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf

Fundación Española para la prevención del suicidio. (n.d. a). *Conducta suicida en Atención Primaria*. Recuperado de <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/conducta-suicida-en-atenci%C3%B3n-primaria/>

- Fundación Española para la prevención del suicidio. (n.d. b). Programa Codi Risc Suicidi (CRS) de Cataluña. Recuperado de <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/crs/>
- Galiana Roch, J. (2016). En *Enfermería psiquiátrica* (pp. 235-245). Barcelona: Elsevier.
- García, M. (10 septiembre, 2019). El suicidio, línea estratégica del nuevo Plan Nacional de Salud Mental. *Redacción Médica*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/el-suicidio-linea-estrategica-del-nuevo-plan-nacional-de-salud-mental-1678>
- Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat uiversal i salut pública. (2016). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+d e+suicidio_WEB_CAS.pdf
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2014). *Proceso de Prevención y Atención a la Conducta Suicida*. Recuperado de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental.ficheros/974960- PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCION%20DE%20LA%2 0CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>
- Ghasemi, P., Shaghghi, A. y Allahverdipour, H. (2015). Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Health promotion perspectives*, 5(3), pp.156–168. doi: [10.15171/hpp.2015.019](https://doi.org/10.15171/hpp.2015.019)
- Giacchero Vedana, K. G., Magrini, D. F., Zanetti, A., Miasso, A. I., Borges, T. L. y Dos Santos, M. A. (2017). Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(9-10), pp.651–659. doi: [10.1111/jpm.12413](https://doi.org/10.1111/jpm.12413)
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación*. Recuperado de https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Gobierno de España, Ministerio de Ciencias e Innovación. (2015). Banco de Instrumentos y metodología en Salud Mental. España: cibersam. Recuperado

de <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría General Técnica. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.^a Revisión Modificación Clínica. Tomo 1: Diagnósticos*. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A. y Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 31(3), pp.342-347. Recuperado de <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/224894464?accountid=14733>

Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. (2020). *Victimas mortales por violencia de género. Suicidio del agresor*. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/VictimasmortalesVG.htm>

Instituto Nacional de Estadística. (19 diciembre, 2018). Defunciones según la causa de muerte, año 2017. [Nota de prensa]. Recueprado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Defunciones según la Causa de Muerte 2018*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2018/10/&file=06001.px&L=0>

International Association for Suicide Prevention. (n.d.) *Resources: Crisis Centers - Europe*. Recuperado de https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres/Europe/

Kalb, R., Feinstein, A., Rohrig, A., Sankary, L. y Willis, A. (2019). Depression and Suicidality in Multiple Sclerosis: Red Flags, Management Strategies, and Ethical Considerations. *Current neurology and neuroscience reports*, 19(77), pp.1-8. doi: [10.1007/s11910-019-0992-1](https://doi.org/10.1007/s11910-019-0992-1)

- Kishi, Y., Otsuka, K., Akiyama, K., Yamada, T., Sakamoto, Y., Yanagisawa, Y., Morimura, H., Kawanishi, C., Higashioka, H., Miyake, Y. y Thurber, S. (2014). Effects of a training workshop on suicide prevention among emergency room nurses. *Crisis*, 35(5), pp.357–361. doi: [10.1027/0227-5910/a000268](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000268)
- Knaster, P., Estlander, A. M., Karlsson, H., Kaprio, J. y Kalso, E. (2016). Diagnosing Depression in Chronic Pain Patients: DSM-IV Major Depressive Disorder vs. Beck Depression Inventory (BDI). *PLoS one*, 11(3), e0151982. doi: [10.1371/journal.pone.0151982](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151982)
- Knowles, M.S. (1970) *The Modern Practice of Adult*. Association Press: New York.
- Kulkarni, R. R., Rao, K. N. y Begum, S. (2013). Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters: a case-control study. *Asian journal of psychiatry*, 6(5), pp.410–416. doi: [10.1016/j.ajp.2013.05.004](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.05.004)
- Litteken. C y Sale, E. (2018). Long-Term Effectiveness of the Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Gatekeeper Training Program: Lessons from Missouri. *Community Mental Health Journal*, 54(3), pp.282-292. doi: [10.1007/s10597-017-0158-z](https://doi.org/10.1007/s10597-017-0158-z)
- LivingWorks. (2007). *Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)*. Waltham, Estados Unidos: Suicide Prevention Resource Center. Recuperado de <https://www.sprc.org/resources-programs/applied-suicide-intervention-skills-training-asist>
- Lucas, M. S., Brawner, B. M., Hardie, T. L., Beacham, B., Paidipati, C., Diaz, M., ... Deatrick, J. A. (2015). Assessing Suicidal Ideation and Behaviors Among Survivors of Childhood Brain Tumors and Their Mothers During Sociobehavioral Research. *Oncology nursing forum*, 42(5), pp.319–329. doi: [10.1188/15.ONF.42-05AP](https://doi.org/10.1188/15.ONF.42-05AP)
- Luoma, J. B., Martin, C. E. y Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry*, 159(6), pp.909–916. doi: [10.1176/appi.ajp.159.6.909](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909)
- Lygnugaryte-Griksiene, A. y Leskauskas, D. (2018). Assessing suicide management skills of emergency medical services providers before and after suicide intervention/prevention training with Lithuanian version of suicide intervention

response inventory. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, pp.3405–3412. doi: [10.2147/NDT.S186253](https://doi.org/10.2147/NDT.S186253)

Lygnugaryte-Griksiene, A., Leskauskas, D., Jasinskas, N. y Masiukiene, A. (2017). Factors influencing the suicide intervention skills of emergency medical services providers. *Medical education online*, 22(1), pp.1291869. doi: [10.1080/10872981.2017.1291869](https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1291869)

Maganto Mateo, C. y Cruz Sáez, M. S. (2003). La entrevista psicológica. En *Ejercicios prácticos de evaluación psicológica* (pp. 23-29). España: Sanz y Torres.

Manister, N. N., Murray, S., Burke, J. M., Finegan, M. y McKiernan, M. E. (2017). Effectiveness of nursing education to prevent inpatient suicide. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(9), pp.413-419. doi: [10.3928/00220124-20170816-07](https://doi.org/10.3928/00220124-20170816-07)

Mascaraque, C., Vega Castrillo, R., Zontes Gonzalez, A., Anula Gomez, M., Ruiz Velasco, E. y Mora Minguez, F. (2012). *Intervención de enfermería en pacientes con riesgo suicida en el Hospital Universitario Infanta Leonor*. [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/f13c88c7-766a-4815-83ec-e0490b866965/f27a29f1-ba7c-4ab3-b68f-ca3743b88522/f27a29f1-ba7c-4ab3-b68f-ca3743b88522.pdf>

McCabe, R., Sterno, I., Priebe, S., Barnes, R. y Byng, R. (2017). How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk?. *BMC psychiatry*, 17(1), pp.122. doi: [10.1186/s12888-017-1212-7](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1212-7)

Megías Lizancos, F. y Serrano Parra, M. D. (2018a). En *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental I* (pp. 162-163, 246-247, 296-298, 382). Recuperado de <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/623/382/>

Megías Lizancos, F. y Serrano Parra, M. D. (2018b). En *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental II* (pp.458-459, 466, 527-566, 598 - 604, 624-628). Recuperado de <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/624/834/>

Murphy, A. L., Martin-Misener, R., Kutcher, S. P., O'Reilly, C. L., Chen, T. F., y Gardner, D. M. (2016). From personal crisis care to convenience shopping: an

interpretive description of the experiences of people with mental illness and addictions in community pharmacies. *BMC health services research*, 16(1), 569. doi: [10.1186/s12913-016-1817-4](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1817-4)

Navarrete Betancort, E. M., Herrera Rodríguez, J. y León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), pp.193-214. doi: [10.4321/s0211-57352019000100011](https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100011)

Navarro Gómez, Noelia. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), pp.25-31. doi: [10.1016/j.clysa.2016.11.002](https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002)

Navas Orozco, W. (2013). Abordaje del suicidio en Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 606, pp.219–225. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132e.pdf>

Neimeyer, R. A. y Bonnelle, K. (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: a revision and validation. *Death studies*, 21(1), pp.59–81. doi: [10.1080/074811897202137](https://doi.org/10.1080/074811897202137)

Neimeyer, R. A. y MacInnes, W. D. (1981). Assessing paraprofessional competence with the Suicide Intervention Response Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), pp.176–179. doi: [10.1037/h0077970](https://doi.org/10.1037/h0077970)

Neuman, B.M. (2011). *The Neuman Systems Model*. Recuperado de <http://docshare01.docshare.tips/files/9531/95310151.pdf>

Nieto Betancurt, L. y Orozco Villa, E. (2015). *Textos y sentidos, 2016*. Recuperado de <http://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/textosysentidos/article/viewFile/2764/2742>

NNNconsult: NandaNocNic. (2017). *NANDA. Por Dominios y Clases*. Recuperado de <https://www-nnnconsult-com.sabidi.urv.cat/nanda/dom>

Norheim, A. B., Grimholt, T. K., Loskutova, E. y Ekeberg, O. (2016). Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC psychiatry*, 16(268), pp.1-12. doi: [10.1186/s12888-016-0976-5](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5)

- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). *Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid 2018- 2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%E2%80%AF;jsessionid=0275166EF137314814A7D80F7BAA50EE?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Preguntas y respuestas sobre el suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/24/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Atención de enfermería y partería*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ortega Soret, A. (2018). *Estudio comparativo de las muertes violentas de etiología médico-legal suicida en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Extremadura durante los años 2012 a 2016*. (Trabajo fin de Grado, Universidad Internacional de La Rioja). Recuperado de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7022/ORTEGA%20SORET%2c%20AROA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Pardo Guerra, M., Hernández Gaspar, C., Ros Llorens, R., Pardo Guerra, L., Mora Marín, R., y Palmer Vicedo, R. (2015). *Relación temporal entre el último contacto sanitario y el suicidio consumado. Análisis de supervivencia 2015*. XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría Santiago de Compostela.
- Pérez Barrero, A. (2018). *Glosario de Términos Suicidológicos*. España: Psicología - Online. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/glosario-de-terminos-suicidologicos-704.html>
- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), pp.386-394. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n3/v34n3a05.pdf>
- Pérez Barrero, S. y García Ramos, J. C. (2008). *EL SUICIDIO: Manual para la familia y glosario de términos suicidológicos*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/GlosarioSuicidologico.pdf
- Portzky, G., Van Heeringen, K. y Vervaeke, M. (2014). Attempted Suicide in Patients With Eating Disorders. *Crisis*, 35(6), pp.378–387. doi: [10.1027/0227-5910/a000275](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000275)
- Rico, E. (2016) Teaching and Evaluation of Suicidal Assessment, Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T) in the Emergency Department. (Tesis doctoral, San Jose State University SJSU ScholarWorks). Recuperado de https://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1041&context=etd_doctoral
- Rogers, E.M.(2010). *Diffusion of Innovations, 4th Edition*. Free Press. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=v1ii4QsB7jIC>
- Rueda Jaimes, G. E., Castro Rueda, V. A., Rangel Martínez Villalba, A. M., Moreno Quijano, C, Martínez Salazara, G. A. y Camacho P. A. (2018). Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 11(2) pp. 86-93. doi: [10.1016/j.rpsmen.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.09.004)
- Samuelsson, M., Asberg, M. y Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta*

psychiatrica Scandinavica, 95(3), pp.222–230. doi: [10.1111/j.1600-0447.1997.tb09623.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09623.x)

Santamarina Fernández, A., Pupo Báez, W. J., Santamarina Fernández, M., Quintero Ríos, O., Yero Suárez, L. A. y Bruff Viera, C. (2016). Intervención educativa sobre suicidio en el personal de enfermería de Bartolomé Masó Márquez, 2015. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2016/hph163g.pdf>

Santos, J. C., Pereira Simões, R.M., Queiroz de Azevedo Erse, M. P., Neto Façanha, J. D. y Fernandes Alaves Marques, L. A. (2014). Impacto de la formación "+Contigo" en los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el suicidio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), pp.679-684. doi: [10.1590/0104-1169.3503.2467](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3503.2467)

Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2018). *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio*. Recuperado de <https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>

Shea S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 (20), pp.58–72. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881539/>

Síntesis. (2016). *Glosario de términos técnicos sobre conducta suicida*. Recuperado de <https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Glosario%20suicidio.pdf>

Smith, A. R., Silva, C., Covington, D. W. y Joiner, T. E. (2014). An assessment of suicide-related knowledge and skills among health professionals. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(2), pp.110–119. doi:[10.1037/a0031062](https://doi.org/10.1037/a0031062)

Soto, P., Masalan, P. y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condas*, 9(3), pp.288-300. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.001>

Teoría y Modelos de la Comunicación. (n.d.). Difusión de innovación: Rogers [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://tymdecomunicacion.blogspot.com/p/difusion->

[de-innovacion.html](#)

Universidad de Murcia. (2019). *Guía de la asignatura de grado “enfermería de salud mental” 2019/2020*. Recuperado de <https://aulavirtual.um.es/umugdocente-tool/htmlprint/guia/RLekKEzGry5vjU1ybv0Gxamm07JpupYa1rzLlddTnEqmQhrRfWF>

Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicio*. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

Universitat de Barcelona. (2019). *Pla docent de "Infermeria de Salut Mental"*. Recuperado de <http://www.ub.edu/grad/plae/AccesInformePDInfes?curs=2019&assig=365153&ens=TG1050&recurs=pladocent&n2=1&idioma=CAT>

Universitat Rovira i Virgili. (2016). *Guia docent 2019-2020: Infermeria de salut mental i psiquiàtrica*. Recuperado de https://moodle.urv.cat/docnet/guia_docent/index.php?centre=18&ensenyament=1823&assignatura=18234106&fitxa_ apartat=57&any_academic=2019_20&any_academic=2019_20

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E. y Verhaeghe, S. (2019). Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of advanced nursing*, 75(11), pp.2867-2877. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14113>

Vintró Alcaraz, C. (2015). *La personalidad suicida dentro del marco de prevención del suicidio* (Trabajo de Grado, Universitat Abat Oliba CEU). Recuperado de <https://www.recercat.cat/handle/2072/257461>

Warden, S., Spiwak, R., Sareen, J. y Bolton, J. M. (2014). The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. *Archives of suicide research official journal of the International Academy for Suicide Research*, 18(4), pp.313–326. doi: [10.1080/13811118.2013.824829](https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824829)

ANEXOS

ANEXO 1: VÍCTIMAS MORTALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO. SUICIDIO DEL AGRESOR

		VÍCTIMAS MORTALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO. SUICIDIO DEL AGRESOR																				
		2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
12-mar.																						
TOTAL AGRESORES		55	51	50	49	60	55	54	51	61	73	56	76	71	69	57	72	71	54	50	63	54
Suicidio consumado		14	9	15	9	16	16	9	13	10	12	13	16	5	17	11	9	13	11	10	12	6
Tentativa no consumada		3	6	10	7	6	4	12	9	9	16	8	7	10	9	5	7	7	5	3	2	1
No hubo tentativa		38	36	25	33	38	35	33	29	42	45	35	53	56	43	41	56	51	38	37	49	47
PORCENTAJES VERTICALES		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% Suicidio consumado		25,5	17,6	30,0	18,4	26,7	29,1	16,7	25,5	16,4	16,4	23,2	21,1	7,0	24,6	19,3	12,5	18,3	20,4	20,0	19,0	11,1
% Tentativa no consumada		5,5	11,8	20,0	14,3	10,0	7,3	22,2	17,6	14,8	21,9	14,3	9,2	14,1	13,0	8,8	9,7	9,9	9,3	6,0	3,2	1,9
% No hubo tentativa		69,1	70,6	50,0	67,3	63,3	63,6	61,1	56,9	68,9	61,6	62,5	69,7	78,9	62,3	71,9	77,8	71,8	70,4	74,0	77,8	87,0

Tabla 6: Víctimas mortales por violencia de género. Suicidio del agresor

Fuente del (Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades, 2020)

ANEXO 2: MITOS DEL SUICIDIO

Actualmente existen conceptos erróneos y prejuicios sociales relacionados con la conducta suicida. Están interiorizados y aceptados culturalmente, aunque la evidencia científica se contradiga perjudicando el abordaje profesional (Pérez Barrero y García Ramos, 2008).

El año 2016, Santamarina Fernández L. et al. publicaron un estudio de investigación cualitativa, que evalúa el nivel de conocimientos sobre el suicidio en el personal de enfermería. En este estudio, entre otras cosas, se observa que un 70% de la muestra contestaron en el test que “los niños no se suicidan”.

Por otra parte, Pérez Barrero, médico, profesor, presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, afirma que la enunciación nombrada en el estudio anterior pertenece a un mito del suicidio. Él realizó una revisión con evidencias científicas para estudiar qué criterios erróneos tiene la población y los profesionales.

A continuación, se han seleccionado y analizado 12 de ellos:

Mitos	Criterio equivocado	Evidencia científica
<i>Todo el que se suicida es un enfermo mental.</i>	Hacer sinónimo <i>suicidio</i> con <i>enfermedad mental</i>	Es cierto que los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.
<i>El suicida lo es de por vida</i>	Intención de justificar, en algunos casos, la sobreprotección hacia el individuo y el estigma o rechazo por temor a que se repita.	Entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y el 20% lo consumará durante el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
<i>El suicida desea morir</i>	Pretender justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por lo tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El individuo se encuentra en una situación estresante con pocos recursos para afrontarlo y que desea morir si su vida continua de la misma forma. Por el contrario, desea vivir si se produjeran pequeños cambios en la misma.

Tabla 7: Mitos del suicidio (continuación)

Fuente de elaboración propia a partir de (Pérez, 2005).

Mitos	Criterio equivocado	Evidencia científica
<i>Los intentos de suicidio son una manera de llamar la atención.</i>	Condicionar una actitud de rechazo a quienes intentan ir en contra su vida. Esto entorpece la ayuda que necesitan.	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error definirlos como alardosos, pues son personas que sus mecanismos de adaptación han fracasado y no encuentran otra alternativa, excepto poner fin a su vida.
<i>Suicidarse es de cobardes o valientes</i>	Pretender equiparar el suicidio con una cualidad negativa o positiva de la personalidad. Este último al hacerlo lo justifica como sinónimo de un atributo imitable.	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que se quita la vida o se la respeta.
<i>Hablar de suicidio con una persona que está en riesgo le puede incitar a llevarlo a cabo.</i>	Infundir temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo.
<i>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.</i>	Pretender continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.	Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las recomendaciones de los suicidólogos.
<i>Los niños no se suicidan.</i>	Intentar negar la triste realidad del suicidio infantil.	Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y, de hecho, ellos toman decisiones de este tipo a estas edades.
<i>Los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás.</i>	Tender a generalizar temor del enfrentamiento de este individuo.	Salvo en contadas ocasiones en las que el suicida, mata a otros antes de morir. La mayoría de las veces son personas con trastorno depresivo con síntomas psicóticos manifestando impulsos autodestructivos.

Tabla 6: Mitos del suicidio (continuación)

Fuente de elaboración propia a partir de (Pérez, 2005).

ANEXO 3: ETAPAS DE LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON IDEACIONES SUICIDAS

La entrevista clínica es un instrumento muy importante, cuyo objetivo es establecer un contacto con el paciente (Borrell i Carrió, 2004). Además, obtener información mediante la observación y la comunicación, a partir de con las siguientes características:

- Ambiente confortable.
- Contacto ocular.
- Evitar las anotaciones.
- Escucha activa.
- Silencio funcional.
- Empatía.

Este tipo de entrevista debe incluir: evaluación psicopatología, evaluación de los factores psicológicos y contextuales, y las características de la conducta suicida, así como el riesgo de repetición (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012). A continuación, se describen la estructuración que debe seguir dicha entrevista:

PRE-ENTREVISTA:

Se realiza una anamnesis previa a la entrevista. Se recogen los datos personales del paciente, como el sexo, la edad, el estado civil, ... Y se indaga cual es el motivo de la consulta, ya sea por iniciativa del propio sujeto o por la derivación de otro centro.

FASE INTRODUCTORIA:

Se establece el primer contacto físico con el paciente mediante una breve presentación formal. También se pactará el tiempo que va a durar.

FASE DE CONOCIMIENTO O DE TRABAJO:

Esta etapa dura aproximadamente 40 minutos y se puede subdividir en dos subetapas:

EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL:

Comprende desde que el paciente explica lo que le preocupa hasta que el profesional clarifica e identifica la naturaleza e importancia del problema.

Se recogen los aspectos claves siguiendo el orden descrito: la historia de vida del paciente, descripción general de su aspecto, las necesidades físicas, además, los factores protectores y especialmente los factores de riesgo, haciendo hincapié con los que se describen a continuación: la alteración del nivel de la conciencia, la afectación de la capacidad mental, la intoxicación o consumo por alcohol u otras drogas, antecedentes de enfermedad mental y estado de ánimo (Eby y Brown, 2010; Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2003).

Centrándose en la conducta suicida, se indagará sobre los planes suicidas.

En primer lugar, sobre las características de la ideación suicida:

- Planificación.
- Evolución.
- Frecuencia.
- Valoración de la Intencionalidad y determinación.

A continuación, las características del intento de suicidio:

- Desencadenantes.
- Valoración de la Intencionalidad.
- Letalidad de la conducta.
- Método:
 - o Intoxicación medicamentosa.
 - o Intoxicación por otro producto químico.
 - o Daño físico.
- Actitud ante la conducta suicida actual.
- Medidas de evitación de rescate.
- Despedida en los días previo.

Y finalmente el tipo de conducta suicida:

- Ideación suicida.
- Comunicación suicida.
- Conducta suicida (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012).

Muchas veces el paciente no describe todo a la perfección. (Eby y Brown, 2010; Mangato Mateo y Cruz Sánchez, 2003). Por este motivo, la OMS (2012) propuso unas

recomendaciones para abordar la entrevista clínica en este tipo de pacientes en el Programa SUPRE, las cuales se recopilan a continuación:

- ✓ Cómo preguntar:
 - ¿Se siente infeliz o desvalido?
 - ¿Se siente desesperado?
 - ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
 - ¿Siente la vida como una carga?
 - ¿Siente que la vida no merece vivirse?
 - ¿Siente deseos de cometer suicidio?

- ✓ Cuando preguntar
 - Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida
 - Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
 - Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia

- ✓ Que preguntar
 - Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
 - Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
 - Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

Las escalas de evaluación son instrumentos que complementan a la entrevista y al juicio clínico y nunca deben ser sustituidos como un método diagnóstico.

Dichas escalas, presentan unos ítems de cribado basados en la identificación de varios factores de riesgo. A continuación, se comentarán los cuestionarios más utilizados en el Estado Español (Galiana Roch, 2016; Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012; Navarrete Betancort, Herrera Rodríguez y León Pérez, 2019).

En primer lugar, las escalas autoaplicables:

- **Beck Hopelessness Scale (BHS)** (Escala de desesperanza de Beck): Se utiliza para evaluar las expectativas negativas de la persona sobre su futuro, así como las estrategias de afrontamiento (Rueda Jaimes et al., 2018).
- **Beck Depression Inventory (BDI)** (Escala de depresión de Beck): Valora la presencia de ideación o la intención suicida (Knaster, Estlander, Karlsson, Kaprio y Kalso, 2016).

Y las escalas heteroaplicables:

- **Scale for Suicide Ideation (SSI)** (Escala de depresión de Beck): Su objetivo es conocer la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad que quiere suicidarse. Aunque existe un inconveniente al traducirla al castellano, ya que no es válida en nuestra población (Galiana Roch, 2016).
- **Suicide Intent Scale (SIS)** (Escala de intencionalidad suicida de Beck): Se utiliza tras un intento suicida, para cuantificar la conducta suicida reciente y valora la conducta pre y post del intento suicida. La versión en castellano está adaptada y validada (Galiana Roch, 2016).
- **Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)** (Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton): Valora la gravedad de la sintomatología depresiva. Es importante en este apartado, ya que algunos de sus ítems valoran la conducta suicida. Existe la validación de la escala en la lengua castellana (Gobierno de España, Ministerio de Ciencias e Innovación, 2015).
- **SAD PEARSON scale** (Escala SAD PEARSON): Evaluar la ausencia y la presencia de los factores de riesgo del suicidio (cada ítem evalúa uno). Pese que para la población española no se ha validado, se trata de una escala didáctica, fácil de aplicar y muy utilizada en el estado español, sobre todo en AP (Warden, Spiwak, Sareen, y Bolton, 2014).
- **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)** (escala Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional): Es una escala no específica del suicidio, pero contiene un ítem específico que puede resultar de utilidad para dicha evaluación, el módulo C. Existe la validación al castellano de este instrumento, MINI 5.0.0. (CatSalut, 2015; Fundación Española de psiquiatría y Salud Mental, 2011).
- **IS PATH WARM**: Según la American Association of Suicidology, es un instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida. Se utiliza como guía de valoración del riesgo de suicidio inmediato,

debido a su falta de puntuación. Analizan los factores de riesgo que suelen estar meses previos al intento. Además, esta asociación formó este acrónimo para ayudar a los profesionales y al público a anticipar y abordar mejor el mayor riesgo de suicidio. La traducción literal al español es *camino caliente*, y las letras del acrónimo significan: I = ideación; S = Uso de sustancias; P = falta de propósito; A = ansiedad; T = atrapado; H = desesperanza; W = Retirada; A = ira; R = imprudencia; M = cambio de humor (Galiana Roch, 2016).

FASE DE DESPEDIDA:

En esta fase se despide al paciente, realizando un resumen de lo hablado y clarificando los puntos más importantes que se han tratado en este plan de trabajo. También se valora la necesidad de realizar otra sesión de seguimiento o de derivación a otro especialista, concretando la nueva fecha de la próxima sesión. Destacar, que esta fase final es bastante diferente en cada paciente, ya que algunos están más tranquilos y otros se notan abandonados.

FASE POST-ENTREVISTA:

Esta es la última fase, el profesional registra en la HCE del paciente, los temas que se han hablado y trabajado. Si tiene en cuenta que durante la entrevista los estudios demuestran que no se pueden tomar anotaciones y que las preguntas que se utilizan deben ser abiertas para que el paciente exprese sus sentimientos (Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2003; McCabe et al., 2017).

ANEXO 4: PROGRAMA CODI RISC SUÏCIDI DE CATALUÑA

El *Codi Risc Suïcidi* (CRS), se elaboró en Cataluña el año 2015 por el *Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya* (SISCAT) y el CatSalut, con la finalidad de protocolar las actuaciones preventivas y asistenciales aderezadas a aquellas personas que en el momento de contactar i/o acudir al SISCAT presenten un riesgo importante de suicidio.

Es considerado una atención de URG psiquiátricas, donde participan los equipos de fuerzas de seguridad y los profesionales de salud. El objetivo de esta institución es establecer la atención a los pacientes en riesgo de suicida. Con la finalidad de disminuir la mortalidad por el suicidio, aumentar la supervivencia sobre esta población y por último y más importante, prevenir la repetición de tentativas suicidas.

Es importante destacar que el CRS fue elaborado a partir de las recomendaciones de la OMS en el *Plan de acción de SM 2013-2020*, es decir, establecer un conjunto protocolizado de actuaciones preventivas, estrategias y continuidad de atención sanitaria asistencia.

Antes de explicar los pasos a seguir del CRS, primero es importante conocer los pacientes que están incluidos en este protocolo. Son los pacientes de alto riesgo, deben tener en la escala MINI (versión 5.0.0. validada al castellano) una puntuación mayor o igual a 10, la evaluación psiquiátrica, los factores de riesgo y los signos de alarma (CatSalut, 2015; Fernández de Sanmamed et al., 2018).

<i>Riesgo bajo</i>	<ul style="list-style-type: none">- <u>Escala MINI (1-5 puntos).</u>- Deseo de morir.- <u>Seguimiento: AP.</u>
<i>Riesgo moderado</i>	<ul style="list-style-type: none">- <u>Escala MINI (6-9 puntos).</u>- Ideación sanitaria.- No planificación de conducta suicida.- <u>Seguimiento: CSM.</u>
<i>Riesgo alto</i>	<ul style="list-style-type: none">- <u>Escala MINI (≥ 10 puntos).</u>- Planificación de conducta suicida.- Tentativas previas.- Evaluación psiquiátrica.- Inclusión al protocolo CRS.

Tabla 8: Valoración del riesgo suicida

Fuente de elaboración a partir de (CatSalut, 2015)

A continuación, disponemos de una tabla donde se explicará con más profundidad en que consiste este código:

Fase 1: Sospecha de alto riesgo y primera intervención

<ul style="list-style-type: none">✓ Valoración inicial en cualquier punto de atención de SISCAT.✓ Primera intervención sanitaria.✓ Transporte sanitario al servicio de URG hospitalaria.✓ Atención hospitalaria urgente a la tentativa:<ul style="list-style-type: none">- Estabilización física del paciente.- Valoración psiquiátrica.- Valoración del nivel de riesgo de suicidio al alta.- Valoración en el ingreso hospitalario.✓ Alta hospitalaria, ya sea desde la unidad de URG o desde otra unidad de hospitalización: activación del CRS en todos los casos con riesgo inicial alto (supervivientes de tentativas o pacientes con planes específicos de suicidio).✓ Información al paciente y la familia del CRS (consentimiento informado verbal).

Fase 2: Seguimiento proactivo

<ul style="list-style-type: none">✓ Contacto y visita postalta con el CSM:<ul style="list-style-type: none">- CSM de adultos (≥ 18 años): seguimiento proactivo a los 10 días del alta hospitalaria.- CSM infantojuvenil (<18 años): seguimiento proactivo <72h.✓ Intervención intensiva al paciente y los familiares.✓ Llamada a los 30 días des del <i>061 CatSalut Respon</i>:<ul style="list-style-type: none">- Reevaluar el riesgo actual de suicidio.- Verificar la vinculación con los servicios de SM.- Facilitar soporte e información sanitaria.
--

Fase 3: Seguimiento preventivo longitudinal durante 12 meses

<ul style="list-style-type: none">✓ Reevaluación del nivel de riesgo y control sinérgico de los factores de riesgo modificable, este proceso también lo pueden hacer los CAP junto con los CSM.

Tabla 9: Actuación asistencial del CRS

Fuente de elaboración a partir de (CatSalut, 2015; Fernández de Sanmamed et al., 2018)

ANEXO 5: NIVEL DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CONDUCTA SUICIDA

Los pacientes con riesgo alto de suicidio deben ser supervisados de forma continua mediante medidas de observación y chequeo rutinario durante el ingreso, y registrar las ordenes medicas de las medidas de protección. Dichos niveles se clasifican de la siguiente manera:

- Supervisión constante presencial: Pacientes con riesgo extremadamente alto que expresan intencionalidad suicida activa o estados psicóticos o de grave agitación, que confieren un riesgo extremo e inminente. Deben ser supervisados de forma continuada por el personal de la Unidad.
- Supervisión visual continuada: Pacientes de alto riesgo que expresan intencionalidad suicida activa, pero con menor preocupación acerca de la posibilidad de presentar un comportamiento autolesivo inminente.
- Supervisión frecuente (cada 10-20 minutos): Pacientes que no pertenecen a los grupos anteriores, con riesgo alto o indeterminado o difícil de precisar.

(Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2014)

ANEXO 6: SISTEMA DE TRIAJE DE UNA CONDUCTA SUICIDA

Como se ha explicado anteriormente, aquí se encuentran resumidos y ordenados cronológicamente los pasos a seguir por la enfermera de triaje.

Según el método MST. En primer lugar, se clasificará al paciente según el nivel de gravedad:

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min.
2	Muy urgente	Naranja	10 min.
3	Urgente	Amarillo	60 min.
4	Poco urgente	Verde	120 min.
5	No urgente	Azul	240 min.

Tabla 10: Niveles de gravedad de triaje según el método MST

Fuente de (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012).

En el caso que un sujeto acude con ideaciones suicidas cataloga como mínimo, nivel 3, siendo una situación de URG.

Para diferenciar entre nivel amarillo o naranja se le realizará el siguiente cuestionario:

Triaje de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Sí	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?	Amarelo	----
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?	Naranja	Amarelo
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?	Naranja	Amarelo
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?	Naranja	Amarelo
Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color.		

Tabla 11: Preguntas a formular en el triaje ante una conducta suicida

Fuente de (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012)

Siguiendo la tabla anterior, dependiendo de lo que conteste el paciente se le atribuirá un nivel u otro. Por ejemplo, si la pregunta *¿En la semana pasada ha tenido relación con suicidarse?* Y responde *Sí*, la enfermera de triaje siguiendo el método MST, le catalogará de nivel naranja, nivel 2.

Finalmente, si un paciente con conducta suicida acude a URG con riesgo vital, directamente se le atribuirá el nivel 1. Se derivará al Box de URG directamente con atención médica y la enfermera de triaje le realizará allí mismo la clasificación.

En resumen, a continuación, se encuentra el algoritmo de la conducta suicida en el servicio de URG hospitalarias, para poder consultar el orden cronológico a seguir (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012; Adorno Quevedo y Adorno, 2016).

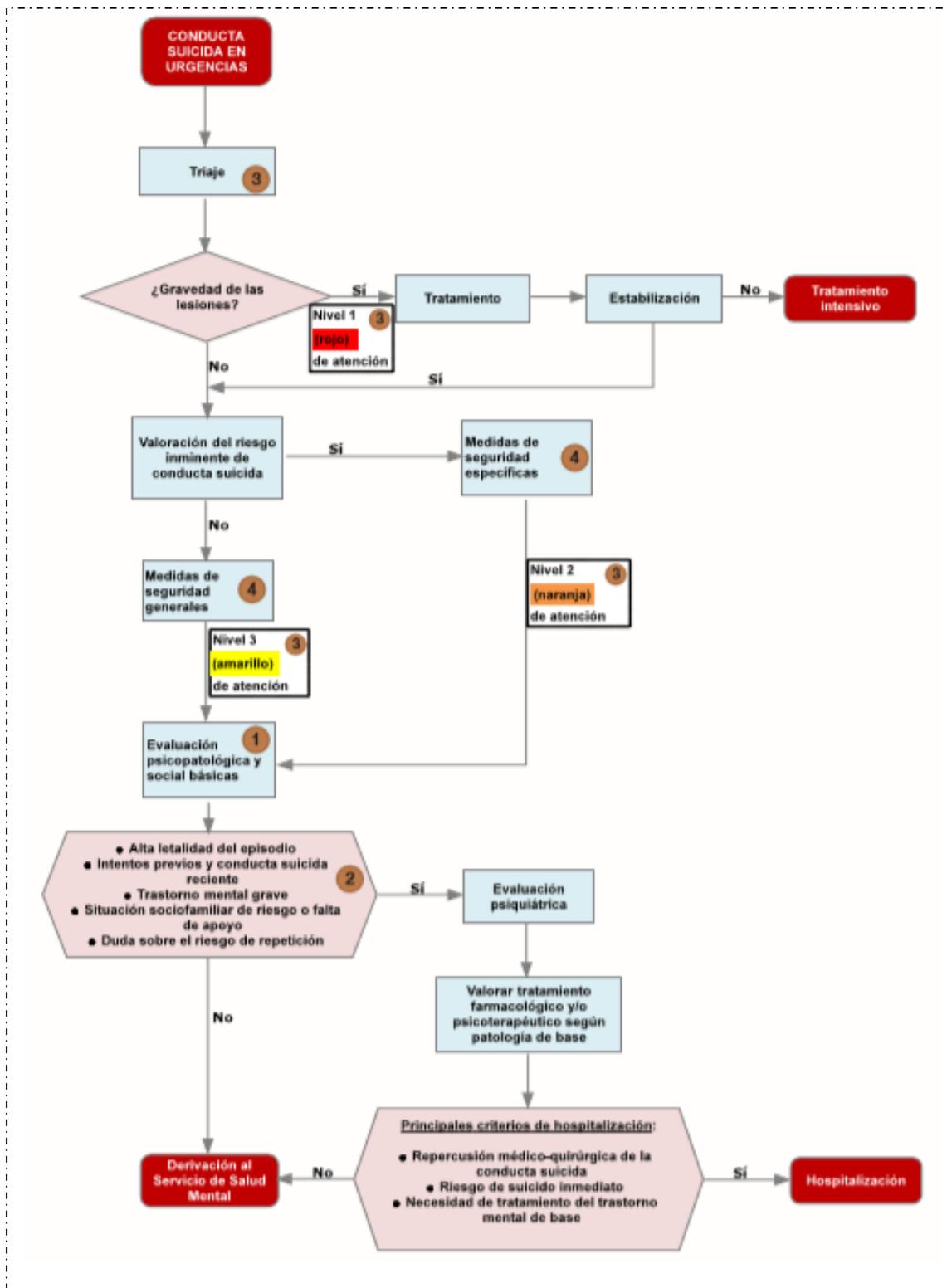


Figura 8: Algoritmo de la conducta suicida en el servicio de URG

Fuente de (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2012)

ANEXO 7: TEORÍA DE LA DIFUSIÓN DE LAS INNOVACIONES DE ROGERS



Figura 9: Teoría de la Difusión de las Innovaciones de Rogers

Fuente de (Teoría y Modelos de la Comunicación, n. d.)

ANEXO 8: EVALUACIÓN DE SUICIDIO Y TRIAJE DE CINCO PASOS (SAFE-T)

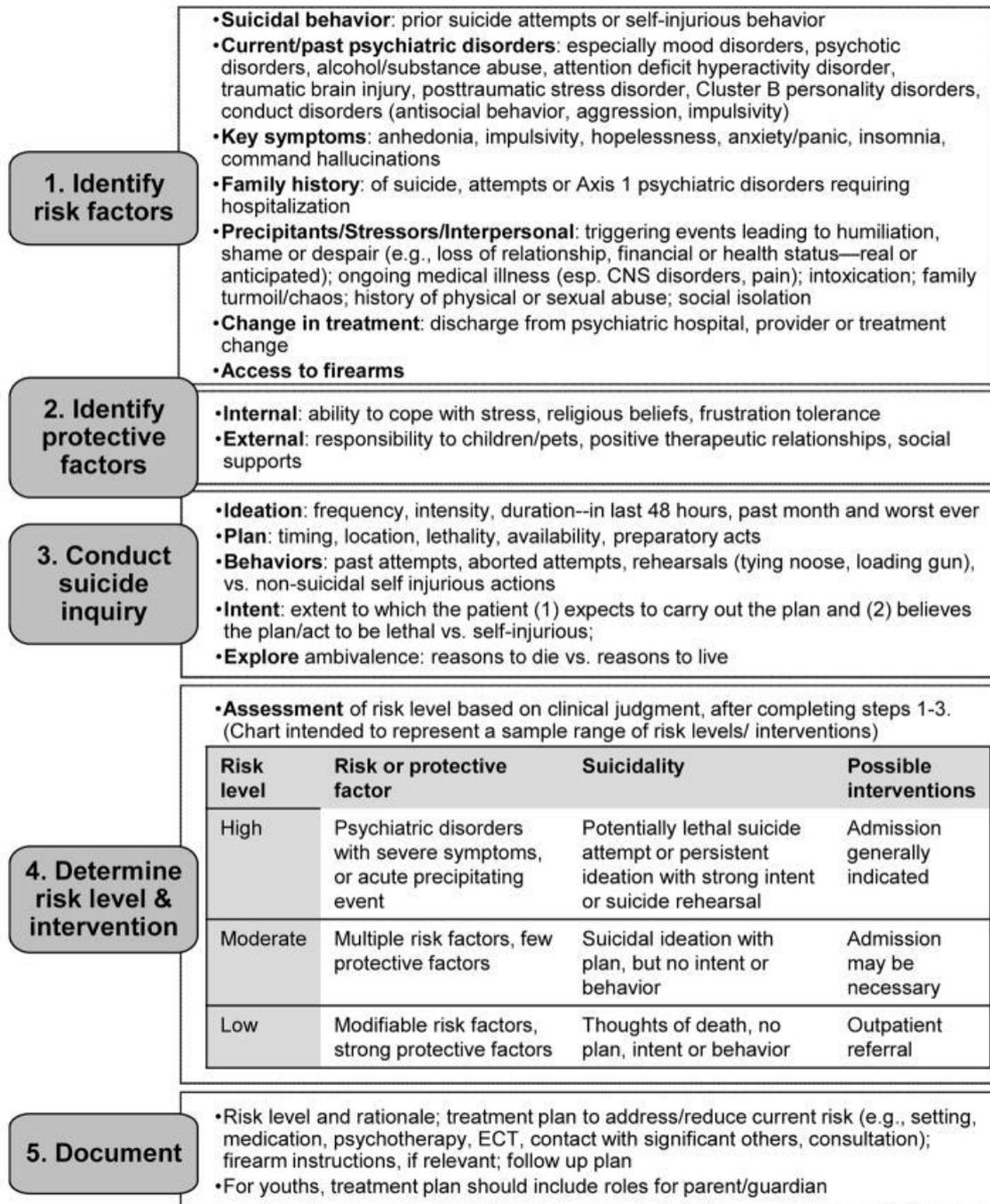


Figura 10: Evaluación de suicidio y triaje de cinco pasos (SAFE-T)

Fuente de (Betz y Boudreaux, 2016)