

Ángela Andrea Riau Roca

**ACTUACIÓN EN PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE ENFERMERIA PARA EL
AUMENTO DEL MANEJO Y DISMINUCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Pilar Montesó-Curtó.

Facultad Enfermería



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

Campus Terres de l'Ebre

TORTOSA 2019

RESUMEN:

Introducción: El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública, el personal sanitario se encuentra en primera línea para poder detectar y prevenir el problema.

Objetivo: conocer las intervenciones efectuadas en profesionales y/o estudiantes de enfermería para la mejora de sus habilidades en el abordaje del suicidio. Conocer los principales factores de riesgos para prevenir la conducta suicida.

Métodos: una revisión sistemática que mediante los criterios prisma ha seleccionado los artículos de los últimos 10 años (enero 2008 – diciembre 2018).

Resultados: Fueron 5 los artículos que forman parte de esta revisión. En ellos se analizan intervenciones realizadas a profesionales sanitarios o estudiantes de enfermería. Las principales intervenciones realizadas fueron: formación sobre el paciente y el manejo del suicida y, apertura de una consulta psiquiátrica que trabaja de manera conjunta al servicio de urgencias.

Conclusión: una buena formación especializada en salud mental fomenta el nivel de habilidades de las enfermeras en el manejo del paciente suicida.

Palabras clave: suicidio, enfermería, intervención, prevención.

ABSTRACT:

Background: suicide is one of the main public health problems, health professionals are at the forefront to detect and prevent.

Aim: to know the interventions carried out in professionals and/or nursing students for the improvement of their abilities in the suicide approach. To know the main risk factors to prevent suicidal behaviour.

Methods: a systematic review that through the PRISMA criteria has selected the articles of the last 10 years (January 2008 – December 2018).

Results: There were 5 articles in this review. This analyse interventions made to health professionals or nursing students. The main interventions were: training and the management of the suicide and opening a psychiatric consultation that works jointly with the emergency department.

Conclusion: a good specialized training in mental health promotes the level of skills of nurses in the management of the suicidal patient.

Key words: suicide, nursing, intervention, prevention.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. METODOLOGIA.....	6
3.1. Diseño del estudio.....	6
3.2. Estrategia de búsqueda.....	6
3.3. Límites de búsqueda.....	7
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	7
3.5. Criterios PRISMA.....	8
4. RESULTADOS.....	10
5. ANÁLISIS / DISCUSIÓN.....	18
5.1. Limitaciones del estudio.....	22
5.2. Futuras líneas de investigación.....	22
6. CONCLUSIÓN.....	22
7. BIBLIOGRAFÍA.....	24

ÍNDICE DE TABLAS Y DE FIGURAS

Figura 1 (Diagrama PRISMA).....	9
Tabla 1 (Análisis de artículos).....	11
Anexo 1 (Escala SAD Person).....	27

1.INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de *conducta suicida*, hacemos referencia a un procedimiento que abarca tanto el suicidio como el intento de suicidio, ante este hecho existe unos previos pensamientos y planes para llevarlo a cabo, los cuales reciben el nombre de ideación suicida¹.

Con el término suicidio² nos referimos al acto suicida que tiene como consecuencia la muerte autodirigida de uno mismo. En cambio, no siempre que hablamos de conducta suicida o intento de suicidio tiene que haberse producido la muerte de la persona que lleva a cabo este hecho¹⁻².

Otra palabra que va ligada a las anteriores es el término "*autolesión: acto autodirigido que causa dolor o daño superficial*"². A pesar de que, la motivación de llevar a cabo este procedimiento intencional no tiene porqué ser el de causar la propia muerte, es uno de los principales factores de riesgo del suicidio^{2,3}.

Según la OMS⁴, el suicidio es uno de los principales problemas de salud pública ya que aproximadamente alrededor de 800.000 personas se quitan la vida cada año, lo que se traduce a que una persona provoca su propia muerte de manera premeditada cada 40 segundos. Además, muchas otras realizan intentos autolíticos sin alcanzar la muerte.

Este hecho afecta en mayor número a personas de entre 15 y 29 años siendo mayor la mortalidad por suicidio que la causada por homicidios o por guerras^{4,5}. Usando la mayor parte de ellos para autolesionarse artilugios muy comunes en la sociedad como plaguicidas, cuerdas para ahorcarse o armas de fuego⁴.

La edad y el género son otros de los principales factores de riesgo predictivos del suicidio^{5,6} siendo mayor la prevalencia de suicidio la edad adulta entre los 20-45 años y, siendo el género masculino el más susceptible a llevar a cabo este hecho, según la escala SAD PERSON que evalúa el nivel de riesgo de suicidio^{6,7}.

A pesar de ser la segunda causa de muerte no natural en España⁴ es un tema muy silenciado y es poca la información que existe para saber cómo hacer frente a una situación en la que predomina la idea suicida.

Asimismo, no solo es alarmante la cifra de personas que se quitan la vida^{4,8}, es más alarmante todavía que un 75% de estas personas acudieron a un centro de salud de atención primaria 30 días antes de su muerte⁸.

Esta cifra no es más que el hecho resultante de que el personal sanitario no especializado en psiquiatría o salud mental no ha obtenido una buena preparación y carece de la información necesaria para el cuidado de la persona suicida^{8,9}.

A pesar de que la idea suicida no se manifiesta únicamente en personas con un tratamiento psiquiátrico o una patología mental establecida y por ello el personal sanitario debería saber cómo actuar en cualquier ámbito⁹, la bibliografía sí que describe como factores de riesgo principal, el padecer algún tipo de trastorno mental, particularmente la depresión y la ansiedad que son las enfermedades de más riesgo para adoptar este tipo de conductas⁷⁻⁹.

La manera de vivir y afrontar los efectos estresantes, vienen dadas por las características psicológicas que a su vez están formadas por vivencias anteriores⁵. Así pues, la vulnerabilidad de aquellas personas con antecedentes traumáticos es mayor a la hora de desarrollar ansiedad o depresión y, por lo tanto, tendrán una mayor prevalencia a cometer o a adoptar conductas suicidas^{5,7}.

Es este el punto clave entorno al cual deberá basarse el papel de la enfermería. La relación terapéutica que el personal de enfermería deberá establecer con el paciente se centrará en habilidades o estrategias del manejo de las emociones (por ejemplo: incremento de la autoestima, de la autopercepción, del autoconcepto...), capacitación en habilidades sociales y de comunicación tanto verbal como no verbal^{5,6,8-10}.

Enfermería debería prestar una atención completa a todas las dimensiones del ser humano, tratándolo pues como un ser biopsicosocial.

Llegados a este punto, la bibliografía está de acuerdo en la existencia de una brecha entre las competencias o formación del personal sanitario y la demanda social de personas con conductas suicidas³⁻¹². Así pues, de todo el personal sanitario, la enfermería es probablemente la figura que mantenga un contacto más directo con el paciente³. Es por esto por lo que el trabajo irá encaminado a estudiar y conocer las intervenciones que se podrían realizar de cara al personal el personal de enfermería y/o estudiantes de este grado para mejorar sus competencias en cuanto a la disminución y prevención de la conducta suicida.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Conocer las intervenciones efectuadas a los profesionales y/o estudiantes de enfermería para mejorar sus habilidades en el abordaje del paciente suicida

2.2 Objetivos específicos

- Conocer los factores de riesgo del suicidio.
- Averiguar de qué manera enfermería o el personal sanitario en general debe formarse para afrontar este padecimiento.

3.METODOLOGIA

3.1 Diseño del estudio

El diseño de este trabajo se ha basado en un estudio sobre la literatura científica acerca de las intervenciones para prevenir el suicidio desde el punto de vista enfermero, realizando así una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos.

Esta revisión sistemática se inicia a finales de octubre del 2018 y cesa a finales de marzo del 2019. Tras la búsqueda, se han seleccionado únicamente artículos que sean ensayos clínicos, tanto cualitativos como cuantitativos cuyas intervenciones tengan acción directa sobre cómo abordar la prevención de la conducta suicida, desde enero del 2008 hasta diciembre del 2018.

3.2 Estrategias de búsqueda

El trabajo consta de una revisión bibliográfica sistemática realizada en tres bases de datos de carácter sanitario, en el siguiente orden: PubMed, SCOPUS, CINAHL.

Se siguieron los criterios PRISMA (Figura 1) para la realización de la búsqueda; realizando exactamente la misma búsqueda en las tres bases de datos y, adaptando tanto los límites de búsqueda como los criterios de inclusión y exclusión en cada una de ellas.

La búsqueda se inició eligiendo las palabras clave, que fueron: “*suicide*”, “*intervention*”, “*prevention*”, “*nursing*” (suicidio, intervención, prevención, enfermería); la terminología fue usada en inglés ya que es el idioma que abarca un mayor número de resultados en las bases de datos.

Tras la elección de las palabras clave, se decidieron los operadores booleanos que en este caso solo fue “*AND*”, puesto que se creyó conveniente utilizar un operador booleano que uniera e incluyera todas las palabras clave.

En la búsqueda también se incluyeron el uso de *paréntesis* “()” para incluir ambos parámetros. De forma que el MeSH y DEC final fue: “*suicide AND (intervention and prevention) AND nursing*”.

3.3 Límites de la búsqueda

Tras decidir las palabras clave y los operadores booleanos se realizó la primera búsqueda limitando el campo de resultados en artículos y ensayos clínicos que se hubieran publicado desde enero de 2008 hasta diciembre de 2018.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Una vez se realizó esta primera búsqueda de manera ordenada en las tres bases de datos mencionadas anteriormente (PubMed, SCOPUS, CINAHL), se pasó a definir los criterios de inclusión y exclusión que se fueron aplicando una a una de manera continuada.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en inglés, español y/o catalán.
- La edad: la intervención debía darse en adultos, es decir, en un rango de edad de 18 a 65 años.
- Ni el sexo ni el género de la muestra fue relevante para excluir ninguna investigación.
- Documentos cuyo estudio se hubiese realizado en Europa o EEUU. Debido a la similitud en el sistema de salud occidental.
- Artículos que tuviesen relevancia en temas de salud especialmente si iban dirigidos al colectivo de enfermería.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó a las personas que no estuvieran en el rango de edad establecida; menores de 18 años y mayores de 65.
- También se excluyó cualquier documento que no se basara en un estudio realizado a humanos.

3.5 Criterios PRISMA

La búsqueda realizada en las tres bases de datos, dio como resultado 453 artículos publicados en los últimos 10 años (enero 2008 – diciembre 2018). Y, se aplicaron los criterios PRISMA¹³ (figura 1) para la elección de los ensayos a estudiar.

En primer lugar, se compararon los resultados de las tres bases de datos entre sí mediante el buscador con la tecla *F3* en las bases de datos en línea marcando los artículos duplicados para su posterior eliminación. El objetivo de esta práctica era disminuir el número de documentos que pasó a ser de 401 artículos (n=401).

Ante este resultado se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente, los cuales redujeron notablemente el número de resultados de la búsqueda a n=85.

Posteriormente se hizo un cribado a través de la lectura del título y el abstract de los documentos restantes y n se redujo a 19 para terminar eligiendo 5 de estos documentos para ser analizados y realizar la revisión bibliográfica.

Este último cribado se realizó según el criterio del investigador mediante el enfoque de la revisión bibliográfica y, teniendo en cuenta los límites de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión ya descritos.

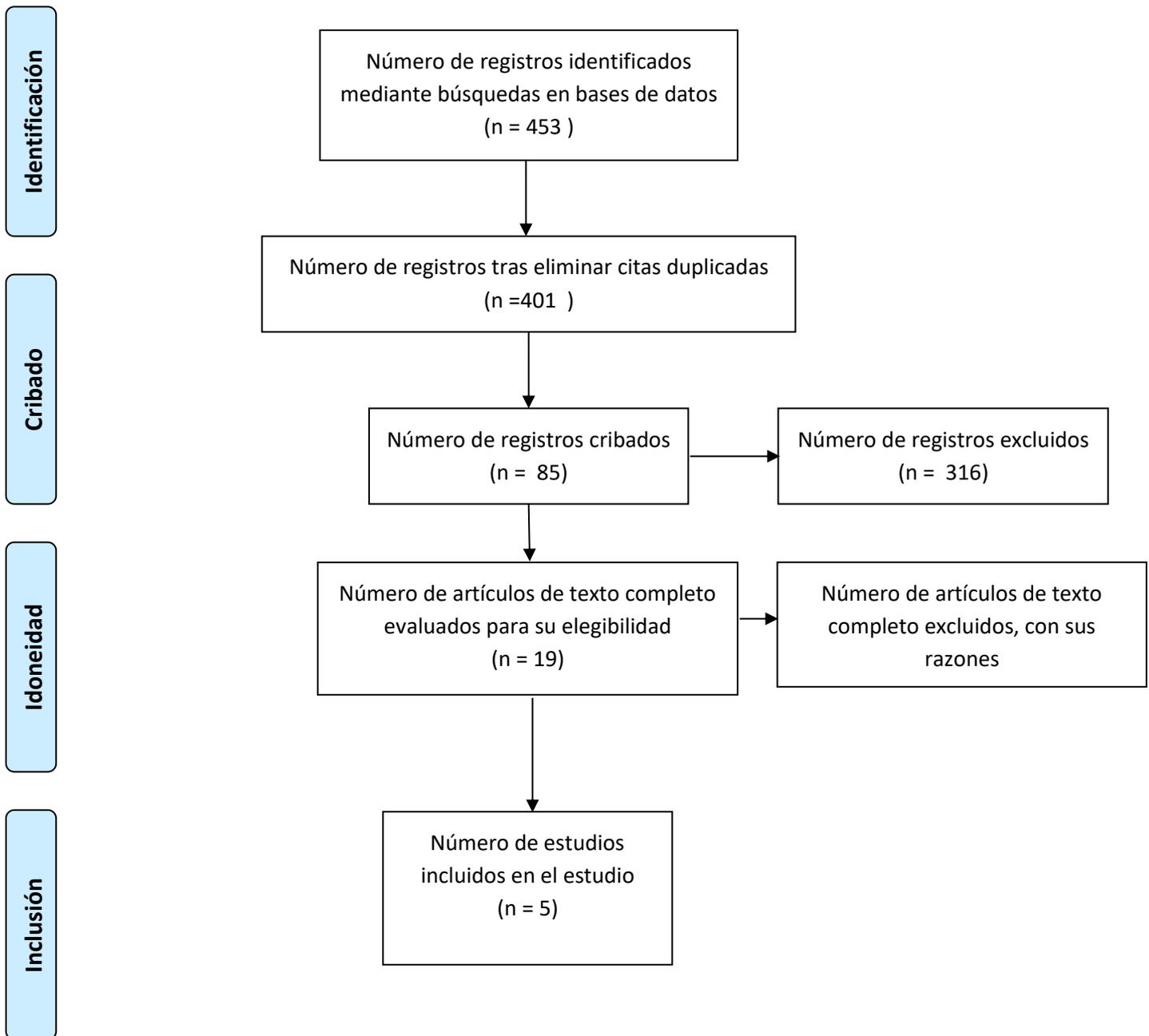


Figura 1. Diagrama PRISMA¹³

4.RESULTADOS

El resultado de esta revisión bibliográfica se ha obtenido con el análisis de los 5 artículos seleccionados tras seguir la metodología explicada. Se ha elaborado una tabla en la que, por orden de resultado en las bases de datos se han analizado uno por uno teniendo en cuenta (Tabla 1):

- Autores, año y lugar dónde se realiza el estudio
- Tipo de estudio
- Descripción del objetivo de cada estudio
- Participantes del estudio
- Descripción de la intervención realizada
- Tipos de prueba que han utilizado para evaluar la intervención
- Resultados obtenidos de las intervenciones realizadas.

Tabla 1. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos seleccionados

AUTOR/AÑO/PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO DEL ARTICULO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	TEST UTILIZADOS	RESULTADOS
<p>1. Scheckel M., Nelson K. (2014) EEUU</p>	<p>Estudio cualitativo: fenomenológico y hermenéutico.</p>	<p>(1) Obtener información sobre la preparación de los estudiantes de enfermería en el cuidado de la persona suicida.</p> <p>(2) Enseñar a los estudiantes de enfermería cómo abordar la atención al paciente suicida cuestionando sobre la ideación suicida de forma directa.</p>	<p>GE: n=12 estudiantes de enfermería.</p>	<p>Curso de enfermería psiquiatría/salud mental de 7 semanas de duración.</p> <p>En el artículo no consta en qué consisten las sesiones</p>	<p>Entrevistas no estructuradas con preguntas abiertas (30-60 min).</p> <p>La primera pregunta era: "¿Puede contarme sobre un momento en el que estaba evaluando a un paciente por ideación suicida y qué significó esa experiencia para usted?". A partir las respuestas de los estudiantes los investigadores buscaron detalles con preguntas como "¿Puede decirnos más sobre...?" o bien "¿Puede explicarnos qué significa para ud. ...?"</p> <p>Las respuestas a estas preguntas ayudaron a determinar la saturación a través de la redundancia en las explicaciones.</p> <p>Se analizó utilizando los enfoques de Benner, Diekelmann e Ironside y evaluaron los resultados a través de los principios de Madison (adecuación, coherencia, amplitud, acuerdo, sugerencia y potencial)</p>	<p>Tres temas resultaron del análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temor tras la lectura del estado mental y comportamiento del paciente suicida. 2. Tema tabú y dificultad de abordaje directo. 3. Buena actuación abordando las necesidades del paciente suicida. <p>El estudio detecta una falta de información a nivel académico que se podría solventar con un refuerzo a nivel pedagógico y clínico. Es decir, en una unidad en contacto con personas suicidas.</p>
<p>2. Blair EW, Chhabra J, Belonick C, Tackett M. (2018) EEUU</p>	<p>Estudio cuasiexperimental, pre y post intervención no aleatorizados.</p>	<p>(1) Medir los conocimientos de enfermeras no psiquiátricas a cerca de la prevención y el riesgo de suicidio, pre y post educación.</p> <p>(2) Medir los conocimientos de enfermeras no psiquiátricas acerca</p>	<p>GE: 50 enfermeras (RN) no psiquiátricas del hospital de Hartford (EEUU).</p>	<p>9 sesiones educativas, de 3-10 participantes.</p> <p>DI: Se desarrolló un modelo de enseñanza llamado "Prevención y atención del suicidio en el entorno médico de atención aguda" dónde se quería aumentar la autoeficacia trabajando la confianza de las RN.</p>	<p>Para medir la autoeficacia se precisó de un cuestionario con medidas pre y post intervención elaborado por el autor. El nivel de confianza de las enfermeras con el trato con el paciente suicida se midió con 8 ítems en una escala de 10 puntos (0=no confía a 10=muy confiado)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar signos de advertencia 2. Identificar factores de riesgo 3. Hacer preguntas directas 	<p>N=49</p> <p>Las diferencias pre y post intervención se midieron a través de la <i>t</i> pareada. Que afirmó el aumento de confianza de los participantes a atender a pacientes con ideas suicidas tras las sesiones realizadas.</p> <p>Δpre-post: 5.12/7.12 ± 1.319/2.196 – 8.08/8.96 ± 1.258/1.469</p>

		de estrategias de prevención del suicidio. (3) Evaluar los beneficios de la educación a RN		<p>P: Para aumentar la autoeficacia se trataron 4 puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respuesta fisiológica y emocional - Relación del desempeño Llevado a cabo con un juego de roles dónde abordaban directamente la pregunta de si existía la idea suicida - <u>Experiencia indirecta</u> A través de visualizaciones de videos de expertos relatando vivencias personales sobre el tema. - <u>Persuasión verbal</u> El instructor animó y fomentó el apoyo hacia los pacientes suicidas <p>Esto se desarrolló a partir del SAFE-T, CASE y QPR.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Preguntar sobre acceso a elementos letales 5. Realizar intervenciones con el paciente suicida 6. Comunicar el riesgo de suicidio al equipo 7. Evaluar al paciente 8. Establecer una relación terapéutica <p>Ítems incluyeron: edad, género, raza, años experiencia laboral, título educativo y experiencia si/no en enfermería psiquiátrica</p>	<p>p≤ 0.05</p> <p>Este aumento sobre la autoeficacia de las RN ante el cuidado de pacientes con ideas suicidas apunta que este tipo de educación es útil tanto a nivel profesional como personal además de que es fundamental para reducir el estigma y temor a tratar con un paciente suicida.</p> <p>Las enfermeras psiquiátricas poseen altas competencias en el ámbito de la salud mental. A diferencia de las enfermeras no psiquiátricas. Por ello, es necesaria la necesidad de colaboración entre ambas para equiparar conocimientos y competencias.</p>
3. Pullen JM, Gilje F, Tesar E. (2016) EEUU.	Estudio descriptivo multi-método (cuantitativo y cualitativo).	(1) Analizar las respuestas de estudiantes de enfermería a un programa de prevención del suicidio (QPR).	GE: 150 estudiantes de enfermería del 1 ^{er} semestre inscritos en enfermería psiquiátrica.	<p>Al final del semestre se impartió un programa basado en la evidencia llamado <i>Question-Persuade-Refer (PQR)</i> basado en la prevención del suicidio.</p> <p>Dicho programa se impartió para mejorar el aprendizaje y la habilidad en la evaluación del riesgo de suicidio.</p> <p>Fue un programa de 90 minutos llevado a cabo dentro de los horarios de clase ya programados en la universidad.</p>	<p>Encuesta pre y post.</p> <p>Incluían datos demográficos opcionales: edad, género, etnia y grado experiencia universitaria.</p> <p>Encuesta: Catalogar los conocimientos sobre el suicidio de 'bajo', 'medio', 'alto' en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información sobre suicidio - Señales de advertencia - Cómo preguntar sobre el suicidio - Promover la obtención de ayuda 	<p>N= 147 estudiantes.</p> <p>Datos cuantitativos: se completó el cuestionario en el Microsoft Excel y la versión 22 del programa Estadístico. Se analizaron utilizando el rango con singo Wilcoxon, cada ítem.</p> <p>Z(A) = -10.229 Z(B) = -10.090 Z(C) = -9.942 Z(D) = -10.416 Z(E) = -9.505</p>

					<ul style="list-style-type: none"> - Cómo obtener ayuda para el paciente - Dar información sobre recursos en la ayuda del suicidio - Calificar el propio nivel de comprensión y prevención del suicidio. <p>Y, 2 preguntas cuyas respuestas podían ser 'siempre', 'a veces' o 'nunca':</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Crees que es apropiado preguntar a alguien sobre el suicidio? - ¿Sientes qué es probable que le preguntes a alguien sobre el suicidio? <p>Además, se les preguntó sobre cómo calificarían el programa: 'excelente', 'muy bueno', 'bueno', 'regular' o 'pobre'. Y si recomiendan dicha formación: 'sí', 'no' o 'sin decidir'.</p> <p>Y, por último, se les dio la oportunidad de añadir comentarios.</p>	<p>Z(F) = -9.335 Z(G) = -6.900 Z(H) = -8.980 Z(I) = -10.245 $p < 0,0005$</p> <p>En el resultado del análisis cuantitativo no indican las medianas de los diferentes ítems pre y post intervención.</p> <p>El 93% calificó el programa de 'muy bueno'.</p> <p>El 99% recomienda el programa.</p> <p>Datos cualitativos: se analizaron con un enfoque de análisis temático. Este análisis dio como resultado la clasificación de datos en códigos, categorías, temas y subtemas.</p> <p>Códigos: 'aplicable', 'positivo', 'agradecido', 'satisfecho', 'socorro', 'implicaciones para otros', 'implicaciones para uno mismo' y 'capacidad'.</p> <p>Tema principal según el análisis tras las respuestas de los estudiantes:</p> <p>- <i>"Hacerse capaz de intervenir con personas en riesgo de suicidio"</i> del cual surgieron 4 subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ser positivo y estar agradecido y satisfecho con el aprendizaje tras</i>
--	--	--	--	--	---	--

						<p><i>observar la aplicación de QPR a la vida personal y profesional.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sentirse aliviado de carga tras la preparación QPR.</i> - <i>Ver más allá de uno mismo.</i> - <i>Tener mayor capacidad de percepción.</i>
4. Giordano R, Stichler JF. (2008) EEUU	Estudio comparativo descriptivo.	<p>(1) Conocer si el proyecto educativo desarrollado mejora el conocimiento y las habilidades de las enfermeras en la prevención del suicidio.</p> <p>(2) Averiguar si el proyecto ofrece conocimientos sobre los factores de riesgo, las intervenciones apropiadas.</p> <p>(3) Conocer los posibles efectos adversos cuando no se identifica a un paciente con riesgo de suicidio.</p>	GE: 118 enfermeras de emergencia no especializadas en salud mental.	Desarrollo de un proyecto educativo para personal sanitario del área de urgencias no especializado en salud mental referente a la evaluación de los pacientes para el riesgo de suicidio. Se utilizó la escala de PERSONAS SAD modificada	Encuesta pre/post realizada constaba de 10 ítems a evaluar con la escala tipo Likert del 1-5: muy en desacuerdo (1) a muy de acuerdo (5). También existía la opción no sé (0).	<p>Los datos fueron ordenados en el programa Excel y analizados estadísticamente con el programa SPSS, usando la <i>t</i> para medir las diferencias entre test previo y el posterior.</p> <p>Δ pre-post: $39,73 \pm 4.16 - 45,29 \pm 3.11$ $t = -13,62$ $p < 0.05$</p> <p>Esto indica que el programa educativo mejoró los conocimientos de las enfermeras en el ámbito de atención al paciente suicida.</p>
5. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. (2009) Finlandia	Estudio comparativo	(1) Evaluar si la colocación de una consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias produce cambios en las	GE: 100 miembros del servicio de emergencia de 25-40 años.	Apertura de una consulta psiquiátrica en el servicio de urgencia de un hospital de Malmi para atender a los pacientes suicidas.	Para cuantificar el rendimiento se utilizó la USP, un cuestionario formulado por los autores del artículo y posteriormente modificado.	La respuesta positiva a la consulta de psiquiatría se referenciaba con un < 22 puntos en el formulario. Y la respuesta negativa con > 30 puntos.

		actitudes del personal sanitario de urgencias.		<p>La consulta, disponible entre semana, la formaba un psiquiatra y una enfermera de enlace a tiempo completo. Pertenecían al equipo de urgencias y trabajaban conjuntamente con el consultor y el servicio psiquiátrico.</p> <p>Sus funciones eran: evaluación inicial de suicida y la elaboración de un plan para la atención psiquiátrica.</p>	<p>La escala de UPS compuesta por 11 ítems mide: comprensión y disposición para atender al paciente suicida.</p> <p>Estos 11 ítems se calificaron con la escala Likert de 5 puntos (desde completamente de acuerdo a totalmente en desacuerdo).</p> <p>Además de preguntas abiertas sobre su opinión con respecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilidad de la consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias. - El papel de la enfermera psiquiátrica de enlace. 	<p>Para evaluar la diferencia, se utilizó la <i>t</i> no pareada.</p> <p>La χ^2 se usó para evaluar las diferencias proporcionales entre ítems de forma individual.</p> <p>La prueba ANOVA analizó las diferencias de actitud entre los distintos grupos.</p> <p>Y otros métodos no paramétricos se realizaron para comprobar si los resultados eran similares a los obtenidos con los métodos paramétricos.</p> <p>Alrededor del 90% de los participantes pre y post consideran importante la consulta psiquiátrica y el papel de la enfermera psiquiátrica de enlace ante un paciente suicida.</p> <p>$\chi^2 = 16.81$ $p < 0.001$ Δ pre-post: $26.4 \pm 6.6 - 27.8 \pm 8.0$ Promedio: 26.9 ± 7.1</p> <p>Ni el género, la edad, la profesión o la experiencia laboral influyeron estadísticamente en las actitudes del personal ni en los resultados.</p>
--	--	--	--	---	--	---

Abreviaturas: GE, grupo experimental; x, media; DI, descripción de la intervención; P, planificación de la intervención; RN, Enfermera diplomada (sin especialidad); Δ , diferencia.

Tras la exhaustiva búsqueda realizada y el cribado de los artículos, 5 fueron los artículos seleccionados en el estudio de esta revisión sistemática.

En todos ellos, se ha realizado una intervención de cara al personal sanitario. En los cuatro primeros artículos descritos cuyos autores son; Scheckel y Nelson⁸; Blair Chhabra, Belonic y Tackett⁹; Pullen, Glijje y Tesar⁶ y Gionardo y Stichler¹⁰ se realizan diferentes programas de educación a enfermeras o a estudiantes de enfermería con el fin principal de la prevención del suicidio.

Scheckel y Nelson⁸, realizaron un estudio cualitativo en el que trataban de comprender la percepción de los estudiantes de enfermería a cerca del trato con pacientes suicidas tras impartir un curso de enfermería psiquiátrica y salud mental de 7 semanas de duración. Este estudio cualitativo determinó la saturación o temor por un tema a través de la redundancia en las explicaciones de los estudiantes a partir de las preguntas abiertas realizadas en las entrevistas posteriores.

Los datos recopilados fueron las grabaciones en audio de las entrevistas no estructuradas posteriores al curso. El análisis de datos realizados a través del enfoque de Benner, Diekelmann e Ironside⁸ se basaba en la lectura repetida de las transcripciones realizadas de las entrevistas abiertas con los estudiantes. Posteriormente, extrajeron ejemplos a cerca de las experiencias contadas por los participantes y, crearon categorías al releer estos ejemplos. Para finalizar con el exhaustivo análisis de las entrevistas, los autores resaltaron, resumieron y clasificaron las diferentes experiencias de los estudiantes en 3 temas⁸:

1. Temor a la lectura sobre el comportamiento y estado mental del paciente.
2. El suicidio era un tema tabú y, sería complejo hablar abiertamente con los pacientes.
3. Buena actuación abordando las necesidades del paciente suicida, gracias a los conocimientos de salud mental y enfermería general.

Los datos obtenidos fueron evaluados a través de los principios de Madison para mantener el rigor y, son utilizados para mantener el buen juicio al analizar los textos, estos principios son: adecuación, coherencia, amplitud, acuerdo, sugerencia y potencial. La adecuación se llevó a cabo con la utilización de un proceso de entrevistas no estructuradas. La coherencia y amplitud se consiguieron con los ejemplos. La adhesión al acuerdo fue dada cuando aseguraron que las interpretaciones eran el reflejo de lo que habían transmitido los estudiantes en las entrevistas conforme a cómo se sintieron

en el cuidado del paciente suicida. La sugerencia se obtuvo al saber cómo educar a los estudiantes en el cuidado y, conforme al potencial se dice que, a pesar de haber múltiples interpretaciones en las experiencias de los estudiantes, estas son justificadas⁸.

El estudio cuasiexperimental de Blair, Chhabra, Belonick y Tackett⁹ que tenía como objetivo medir los conocimientos y la autoeficacia de las enfermeras no psiquiátricas en la evaluación y la investigación y prevención del riesgo de suicidio, desarrolló el plan de estudios para las 9 sesiones impartidas basándose en “*las mejores prácticas basadas en la evidencia en la atención del suicidio*”⁹, incluyendo:

- La herramienta de investigación de suicidio Evaluación de cinco pasos y evaluación de suicidio (SAFE-T)
- Evaluación cronológica de la evaluación del suicidio (CASE)
- Question, Persuade, Refer (QPR), es un programa que instruye a las enfermeras a detectar y prevenir el suicidio.

Dio como resultado un aumento en los conocimientos de las enfermeras sobre el manejo y la prevención del suicidio y, por lo tanto, sobre la autoeficacia percibida de las enfermeras diplomadas no especializadas en salud mental.

El programa QPR también fue usado por Pullen, Gili y Tesar⁶, basaron en este su estudio con el objetivo de evaluar su beneficio al impartir este programa en estudiantes de enfermería. Impartieron el *Question-Persuade-Refer* puesto que la *Substance and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) en los Estados Unidos posee de un registro en línea llamado NREPP (*National Registry of Evidence Based Programs and Practices*). En esta base de datos, hay una serie de programas, como el QPR que se han sometido a una rigurosa evaluación y, han demostrado tener un resultado y una efectividad positiva en prevención y tratamiento de salud mental y en trastornos por el uso de sustancias⁶.

Eligieron este proyecto⁶ por ser el que, según los autores, más se adecuaba al público en el que iban a desarrollar el estudio puesto que es un programa con un enfoque multifacético de educación y prevención del suicidio.

En los resultados de los datos cuantitativos, no aparecen reflejadas las medianas pre y post intervención resultantes de la prueba de Wilcoxon, a pesar de ello, en la conclusión de dicho artículo, sí que se refleja la efectividad positiva de la intervención⁴.

Giordano y Stichler¹⁰, llevaron a cabo un módulo educativo con el fin de que las enfermeras del servicio de urgencias incrementaran su conocimiento sobre el suicidio, puesto que la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO) en 2006 aprobó un plan de Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente. Para ello, es necesario que los profesionales de salud, en este caso las enfermeras deban recibir una educación detallada sobre la evaluación y gestión del riesgo de suicidio. Para incrementar la identificación de los factores de riesgo usaron la escala SAD PERSON (Anexo 1), en la educación también se abordaron las intervenciones a realizar y, saber elegir cual debe ser el recurso o tratamiento más adecuado para cada caso a nivel hospitalario o a nivel de comunidad. *“Esta educación dio como resultado un aumento del conocimiento de las enfermeras sobre los factores de riesgo y las opciones de atención secundaria adecuadas para el suicidio”*¹⁰.

En el quinto y último artículo descrito en la Tabla 1, la intervención realizada también iba orientada al personal sanitario, sin embargo, dicha intervención no era una educación sino que los autores analizaban la apertura de una consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias¹¹. Suokas, Suominen y Lönnqvist¹¹ tras evaluar la nueva incorporación de una consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias con una enfermera de enlace afirmaron que, a pesar de que los miembros del servicio de urgencias manifestaron la importancia y el beneficio de trabajar juntamente con una consulta psiquiátrica y los datos estadísticos pre y post intervención aumentaron, lo hicieron muy ligeramente con una Δ pre-post: $26.4 \pm 6.6 - 27.8 \pm 8.0$. Por lo que, a pesar de las limitaciones descritas en el estudio, se concluyó que, durante el primer año de apertura de la consulta psiquiátrica, tiempo en el que se realizó el estudio, las actitudes de los profesionales del servicio de urgencia no experimentaron cambios ante las personas con intento de suicidio.

5. ANÁLISIS/DISCURSIÓN

Tras el análisis integro de todos los artículos seleccionados, coinciden en la idea de la escasez acerca de la información y formación sobre el suicidio^{6,8-10}. Dicho déficit provoca un miedo hacia este hecho que desemboca en la estigmatización de dicho procedimiento.

Que el suicidio es un gran problema de la salud pública⁹ es una de las frases más divulgadas en las introducciones de los artículos seleccionados para llevar a cabo esta

revisión bibliográfica. Por ello, una correcta evaluación psicosocial que evalúe las necesidades y los factores de riesgo del individuo suicida se traduce en un buen abordaje terapéutico en cuanto al paciente y, por lo tanto, en una disminución del número de autolesiones³.

Ray et al.¹⁴, que describen en su artículo la observación especial continuada como una intervención secundaria al intento de suicidio, en dónde el paciente suicida está vigilado constantemente por un personal sanitario, este control la hace una actuación muy invasiva para el paciente y con riesgo en la seguridad del personal sanitario por ser lesionado^{14,15}. Con la observación especial continuada, también se obtienen una serie de beneficios: como una buena relación terapéutica con el paciente, lo que causa una mejor evaluación¹⁵.

En Inglaterra, tras un intento de autolesión el paciente recibe una evaluación psicosocial que, en primera instancia eran realizadas por médicos psiquiatras especializados¹⁶. Tras el aumento en las tasas de autolisis, las enfermeras de salud mental realizaron gran parte de las evaluaciones psicosociales. En el estudio realizado por Murphy, Kapur, Webb y Cooper³ se afirmó que, el nivel de dichas evaluaciones realizadas por las enfermeras de salud mental, son comparables con las que llevaban a cabo los psiquiatras.

Valente¹² en su estudio descriptivo pretendía determinar la capacidad de las enfermeras oncológicas identificar factores de riesgo del suicidio. Evaluando así sus conocimientos y habilidades en la prevención de las autolesiones, el resultado del estudio fue concluyente para resaltar que, a pesar de que las enfermeras no especializadas en salud mental reconocían ciertos signos de alarma, sus conocimientos y habilidades no eran suficientes para realizar un excelente abordaje y prevención de estas conductas.

Para ello, las enfermeras deben tener un conocimiento o formación previa. La mayor parte de los artículos seleccionados de este estudio⁶⁻⁸⁻¹⁰ están basados en la evaluación de los conocimientos que poseen enfermeras de diferentes áreas (excluyendo salud mental) o bien estudiantes de enfermería sobre la evaluación, prevención y manejo del paciente suicida.

Según Scheckel y Nelson⁸, el personal sanitario experimenta un miedo inicial en el momento en el cual leen los informes referentes al estado mental y la ideación suicida que pueden incluso llegar a impedir realizar un buen cuidado hacia este perfil de

pacientes. Aunque en la mayoría de los casos este temor cesa en el momento dónde toman contacto con este tipo de pacientes.

Similar a los resultados del estudio cuasiexperimental realizado en Taiwan¹⁷ dónde demuestran que, tras una buena formación disminuye el prejuicio y el tabú que rodea al tema del suicidio.

Esta previa estigmatización a las personas con intentos de suicidio o con ideas suicidas tiene como consecuencia una dificultosa labor de cuidado⁸. El cuidado según afirman Scheckel y Nelson⁸ debe ser similar al cuidado de un paciente perteneciente al área de críticos y, deben ser evaluados de una manera muy compleja y completa para que así tanto las enfermeras como el personal sanitario delimiten el riesgo de suicidio que presenta cada paciente. De esta manera, se puede elaborar un plan de cuidados adecuándose a las necesidades de este⁸.

Enlazando con los propósitos de los autores anteriores, la tarea de cuidar a este perfil de paciente no debe limitarse únicamente a el área de salud mental, puesto que este comportamiento lo puede llevar a cabo cualquier tipo de paciente en todos los entornos de atención médica⁸⁻⁹.

Por ello, la nueva teoría en la que Blair y el resto de autores⁹ basaron su programa de educación en la teoría de la autoeficacia fundamentada en aumentar el nivel de confianza de las enfermeras diplomadas no psiquiátricas en las habilidades del cuidado del paciente con conducta suicida.

Para lograr el nivel de autoeficacia óptimo, se preparó a los participantes desarrollando sus habilidades para cumplir sus tareas con el aprendizaje basado en varios aspectos ya descritos en la tabla (1)⁹. Este programa dio como resultado la elevación del nivel de confianza sobre las enfermeras en el manejo del paciente suicida.

Pullen, Glije y Tesar⁶ pretenden medir la efectividad del *Question-Persuade-Refer* (QPR), programa ya utilizado en la educación impartida por Blair et al y, que dio unos resultados positivos⁹. A pesar de que en la discusión se afirma el aumento estadístico de los datos cuantitativos, lo que implicaría un aumento de nivel en la conocimiento, comprensión, habilidades y confort respecto a la prevención del suicidio, en los resultados los datos no son claros debido a la falta de cifras de la mediana para comprobar la veracidad de su conclusión.

Por lo que según los resultados de estos artículos los programas basados en la evidencia favorecerían la prevención del riesgo de suicidio, mejorando los conocimientos y, por lo tanto, las habilidades de los profesionales sanitarios en el manejo del paciente suicida^{6,9}.

La conducta suicida es tan difícil de prever ya que no se manifiesta únicamente en aquellos pacientes con un trastorno mental y tratamiento ya establecido⁴. Como dice Aradilla-Herrero et al¹¹ en su artículo la depresión y la ansiedad son uno de los principales factores de riesgo del suicidio. La predisposición a padecer este tipo de angustia va ligado a la inteligencia emocional de cada persona. Por ello y para asegurar una atención integral al paciente en cualquier entorno, todas las enfermeras y, no solo aquellas especializadas en salud mental¹⁴ deberían recibir una buena educación a cerca de las enfermedades mentales en general, pero en especial de la depresión^{4-6,8-10,12,18}.

El servicio de urgencias es, probablemente el servicio que mayor afluencia en cuanto a volumen y diversidad de pacientes y, juega un papel fundamental en cuanto a la identificación y prevención, en esta ocasión secundaria, de la conducta suicida. Ya en el artículo de Buzan y Weissber¹⁹ publicado en 1991, hicieron referencia al fundamental rol que ejercían los profesionales de los servicios de urgencias en la prevención del suicidio.

Giordano y Stichler¹⁰ llevaron a cabo un programa educativo a las enfermeras de dicho servicio que dio como resultado un incremento del conocimiento sobre los factores de riesgo y las distintas atenciones al paciente suicida¹⁰.

Otra intervención realizada en el módulo de urgencias fue el proyecto dirigido por Suokas et al¹¹ en el que evaluaban las actitudes del personal de este servicio previo y posterior a la colocación de una consulta psiquiátrica lo cual, según los resultados del cuestionario posterior no había variado notablemente.

La visión general de los resultados y el análisis de la mayoría de los artículos se centra en la formación impartida a los diferentes profesionales sanitarios, en particular al personal o estudiantes de enfermería. Tanto en los estudiantes de enfermería como en los enfermeros diplomados no especializados en salud mental, el hecho de impartir formación específica de salud mental da siempre un buen resultado reflejado en los datos estadísticos en las habilidades y el manejo del comportamiento suicida.

5.1 Limitaciones del estudio

La principal limitación del artículo fue los pocos estudios que existían atendiendo a los límites de búsqueda y a los criterios de inclusión y exclusión descritos por el autor.

En las bases de datos, muchos de los estudios realizados eran a la comunidad asiática, por lo que no se han podido incluir en la revisión sistemática.

5.2 Futuras líneas de investigación

Al acabar la investigación de los artículos queda reflejado el aumento estadístico en las habilidades y manejo del paciente suicida que desarrolla el personal sanitario tras recibir formación especializada en salud mental.

Cómo futura línea de investigación podría quedar abierta la posibilidad de crear un dos nuevos programas de educación, formados mediante los diferentes programas de los artículos: contacto con el paciente suicida, formación en factores de riesgo, formación en habilidades para el manejo del paciente. Con el fin de evaluar y comparar si existe un programa mejor que otro y, si en las regiones dónde se ha impartido la formación se reduce la tasa de intentos de suicidio.

6.CONCLUSIÓN

Al finalizar el estudio de los artículos, podemos concluir que, la educación y preparación sanitaria de enfermeros titulados no especializados en salud mental y estudiantes de enfermería, es el principal punto a tratar.

El personal sanitario en general debería tener una óptima formación en cuanto a la predicción, prevención y actuación frente al suicidio, pero de forma particular las enfermeras son las que más deberían desarrollar sus habilidades en el tema referido.

En el sistema sanitario dónde el eje debe ser el paciente, las enfermeras son el punto de enlace entre este y el resto de los profesionales sanitarios. Las y los enfermeras/os son los que están más en contacto con los pacientes y, por lo tanto, las que pueden realizar una evaluación completa del paciente como ser biopsicosocial atendiendo a las diferentes actuaciones de este.

El estudio realizado en Inglaterra ya comprara las evaluaciones realizadas por psiquiatras y por médicos y, Ray et al. propone los protocolos de enfermería dónde las enfermeras establecen una relación terapéutica con el paciente autolítico de compromiso con el fin de evitar la conducta suicida y el tratamiento de la observación especial continuada.

Para plantearnos de qué manera podemos reducir la tasa de suicidio, debemos plantearnos primero si los profesionales sanitarios están preparados para abordar de forma integral a los pacientes.

En este estudio, ha quedado reflejado cómo previo a realizar las intervenciones educativas a enfermeras, estas refieren no estar preparadas y experimentar miedo y desconfianza al tratar con este tipo de paciente. En casi la mayoría los casos estos sentimientos cesan al obtener la formación adecuada y, al trabajar con este tipo de pacientes. Así pues, la mejor intervención de cara a enfermería es la buena educación en cuanto al manejo, factores de riesgo, evaluación y prevención del suicidio siendo esto también el mejor abordaje para disminuir la tasa de conducta suicida.

7. BIBLIOGRAFIA

1. National Institute of Mental Health. Suicidio [Internet]. NIMH; 2019 [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>
2. Manual MSD. Conducta suicida [Internet]. Clayton PJ; 2018 [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%3%B3n/conducta-suicida>
3. Murphy E, Kapur N, Webb R, Cooper J. Risk assessment following self-harm: comparison of mental health nurses and psychiatrists. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 2010 [Cited 2019 May 24]; 67(1): 127-139. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2010.05484.x>
4. OMS | Suicidio [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.who.int/topics/suicide/es/>
5. Adilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursign students. Nurse Education Today [Internet]. 2013 [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0260691713002396?via%3Dihub>
6. Pullen JM, Gilje F, Tesar E. A descriptive study of baccalaureate nursing students' responses to suicide prevention education. Nurse Educ Pract [Internet]. Churchill Livingstone; 2016 Jan 1 [cited 2019 May 21];16(1):104–10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595315001638?via%3Dihub>
7. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2012 [cited 2019 May 21]. Available from: http://www.quiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado04/factores%20asociados.html
8. Scheckel MM, Nelson KA. An interpretive study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons. J Prof Nurs [Internet]. 2014 Sep [cited 2019 May 21];30(5):426–35. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S8755722314000611>

9. Blair EW, Chhabra J, Belonick C, Tackett M. Non-Psychiatric Nurses' Perceived Self-Efficacy After an Educational Intervention on Suicide Prevention and Care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. SLACK Incorporated; 2018 Jun 1 [cited 2019 May 21];56(6):43–51. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/02793695-20180305-03>
10. Gionardo Roseann SJF. Improving Suicide Risk Assessment in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* [Internet]. Mosby; 2009 Jan 1 [cited 2019 May 21];35(1):22–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0099176707006733?via%3Dihub>
11. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. The Attitudes of Emergency Staff Toward Attempted Suicide Patients. *Crisis* [Internet]. 2009 May [cited 2019 May 21];30(3):161–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19767272>
12. Valvente S M. Oncology Nurses Knowledge of suicide Evaluation and prevention. *Cancer Nursing* [Internet]. 2010 [cited 2019 May 21]; 33(4): 290-295. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20467313>
13. Moher d, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Plos Med.* [Internet] 2009 [cited 2019 May 21]; 6(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>
14. Ray R, Perkins E, Roberts P, Fuller L. The impact of nursing protocols on continuous special observation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* [Internet] 2017 [cited 2019 May 21]; 23(1): 19-27
15. Cleary M, Jordan R, Horsfall J, Mazoudier P, Delaney J. Suicidal patients and special observation. *Psychiatr Ment Health Nurs.* [Internet] 1999 [cited 2019 May 21]; 6(6): 461-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10818869>
16. National Collaborating Centre for Mental Health. *Self-Harm: the Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care.* UK. British Psychological Society; 2004 [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834185>
17. Sun F K, Long A, Huang X Y, Chiang CY. A quasi-experimental investigation into the efficacy of a suicide education programme for second-year nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* [Internet] 2011[cited 2019 May 21]; 20 (5-6): 837–846. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320206>

18. Blair EW. Understanding depression: awareness, assessment, and nursing intervention. Clin J Oncol Nurs [Internet] 2012 [cited 2019 May 21]; 16(5): 463-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23022929>
19. Buzan RD, Weissberg MP. Suicide: risk factors and therapeutic considerations in the emergency department. J Emerg Med. [Internet] 1992 [cited 2019 May 21]; 10(3): 335-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1624746>

Anexo 1. Escala SAD PERSON para la evaluación del riesgo de suicidio.

<i>Sex</i>	Género masculino
<i>Age</i>	< 20 o > 45 años
<i>Depression</i>	Presencia de depresión
<i>Previous Attempt</i>	Intento de suicidio previo
<i>Ethanol abuse</i>	Abuso de alcohol
<i>Rational thinking loss</i>	Ausencia de pensamiento racional
<i>Social support lacking</i>	Apoyo social inadecuado
<i>Organized plan for suicide</i>	Plan elaborado
<i>No spouse</i>	No pareja
<i>Sickness</i>	Problemas de salud
0-2: bajo riesgo. 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social. 7-10: precisa ingreso.	

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (73)