

Enero de 2009

Guía de buenas prácticas en enfermería
Cómo enfocar el futuro de la enfermería

*Valoración y cuidado de los adultos en
riesgo de ideación y comportamiento suicida*



investen
isciii

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM



Saludos de Doris Grinspun

Directora ejecutiva

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Con gran entusiasmo, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer a todos los colectivos relacionados con la salud esta Guía: valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este recurso tan esencial.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de la RNAO de desarrollar unas Guías de buenas prácticas en enfermería basadas en la evidencia (NBPG, por sus siglas en inglés): al gobierno de Ontario, por reconocer nuestra capacidad de liderazgo en el desarrollo de este proyecto mediante una financiación plurianual; a Irmajean Bajnok, directora de programas de Guías de buenas prácticas y asuntos internacionales de la RNAO, por su experiencia y liderazgo al promover la producción de Guías de buenas prácticas; a todas y cada una de las líderes de los equipos implicados, y para esta guía en concreto, a Elaine Sta. También queremos dar las gracias a Samatha Mayo, coordinadora del programa de la RNAO, por su intenso trabajo para hacer que el programa de Guías de Buenas Prácticas para enfermería pasase de la teoría a la realidad. Un agradecimiento especial al equipo de las Guías de buenas prácticas: respetamos y valoramos vuestra experiencia y labor desinteresada. Sabed todos que, sin vuestra ayuda, nunca lo habríamos conseguido.

La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para el desarrollo, implantación, valoración y revisión de cada una de las Guías. La respuesta de los empleadores ha sido entusiasta: han elegido campeones de buenas prácticas, implantando y evaluando las Guías, y han trabajado por una cultura de la práctica basada en la evidencia.

El éxito de estas guías requiere de un esfuerzo común tanto de las enfermeras de la práctica clínica, como de los demás profesionales de la salud de otras disciplinas, de las enfermeras profesoras universitarias y de los lugares de práctica clínica y los empleadores. Tras albergar estas guías en corazón y mente, las enfermeras informadas y expertas, así como las estudiantes de enfermería, requieren entornos de trabajo saludables para ayudar a llevar estas directrices a la vida real.

Les rogamos compartan esta guía con los demás miembros del equipo interdisciplinar, ya que tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos, podemos garantizar que todos los ciudadanos de Ontario reciben los mejores cuidados posibles cada vez que contactan con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD(c), O. ONT.

Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



Saludo de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii, Instituto de Salud Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.

Madrid Enero 2011.



Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Aviso de Responsabilidad

Estas Guías no son vinculantes para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y a las circunstancias de cada lugar de trabajo. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) garantizan la exactitud de la información recogida en las guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia, el resto puede ser editado, reproducido y publicado en su totalidad y sin modificaciones, independientemente de su formato, incluido el soporte electrónico, para fines educativos y no comerciales. Si por cualquier motivo se necesita hacer alguna adaptación del material, será preciso obtener una autorización escrita de la RNAO. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes acreditaciones o referencias de la siguiente manera:

Versión española traducida de: *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour* (2009). Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Program
158 Pearl Street
Toronto, Ontario M5H 1L3
Página web: www.rnao.org/bestpractices

Miembros del equipo de desarrollo

Elaine Santa Mina (Sta. Mina), RN, BA, BAAN, MSc, PhD, CPMHN(C)

Team Leader

*Associate Professor
Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
Toronto, Ontario*

Shuan S. Boo, MA

*Program Director
Crisis Response Service
Canadian Mental Health Association
Thunder Bay Branch
Thunder Bay, Ontario*

Amy Brown, RN

*Staff Nurse
Psychiatric Emergency Service
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario*

Lisa Clements, RN

*Community Mental Health Nurse
Assertive Community Treatment Team II
Northeast Mental Health Centre
North Bay, Ontario*

Karin Doan, RN, MScN, CPMHN(C)

*Advanced Practice Nurse
General Psychiatry Program/CATS
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario*

Beth Hamer, RN, BA, BSN, MS, CPMHN(C)

*Nurse Educator/Practice Leader
Mental Health Centre Penetanguishene
Penetanguishene, Ontario*

Kristine Lorbergs, RN, BA, MN, CPMHN(C)

*Clinical Nurse Specialist
Mental Health System
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario*

Josephine Muxlow, RN, MScN

*Clinical Nurse Specialist
Adult Mental Health
Adjunct Professor
Dalhousie University School of Nursing
Halifax, Nova Scotia*

Jim Natis, BA, BSW, MSW, RSW

*Concurrent Disorders Clinician
University Health Network, Toronto Western
Hospital Division
Addictions Program, Department of Psychiatry
Toronto, Ontario*

Elizabeth (Billie) Pryer, RN, MN, CPMH(C)

*Advanced Practice Nurse
Champlain District Regional First Episode
Psychosis Program
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario*

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Victoria Smye, RN, BA, MHSc, PhD

*Assistant Professor
School of Nursing
University of British Columbia
Vancouver, British Columbia*

Kim M. Watson, RN, DPHN, MScN

*Board of Directors
Ontario Suicide Prevention Network
Staff Nurse
Emergency Department
Hotel-Dieu Grace Hospital
Windsor, Ontario*

Samantha Mayo, RN, MN

*Program Coordinator
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario*

Erica Kumar, BSc, GC, DipHlthProm

*Program Assistant
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario*

*La RNAO también desea agradecer a la investigadora ayudante **Salima Ladak, RN, MN-ACPN**, Research Assistant, por su contribución en la valoración de la calidad de la literatura y la preparación de las tablas de evidencia.*

Los miembros del equipo de desarrollo que de las guías realizaron una declaración de posibles conflictos de intereses y confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.



Miembros del equipo asesor

Desde la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario deseamos agradecer su contribución a los siguientes miembros del equipo asesor en representación de diferentes perspectivas en el desarrollo de esta Guía de buenas prácticas:

Dr. Edward Connors, PhD

*Psychologist
Onkwatenro'shon: a Health Planners
Orillia, Ontario*

Helen Fatum, RN, BScN, MScN(c), ET

*Enterostomal Therapist, Patient Educator
North Bay General Hospital
North Bay, Ontario*

Dr. Ruth Gallop, RN, PhD

*Professor Emeritus
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario*

Adrian Hill

*Consumer
Suicide prevention and bereavement community
Toronto, Ontario*

Dr. Paul Links, MD, MSc, FRCPC

*Arthur Sommer Rotenberg Chair
of Suicide Studies
University of Toronto
Toronto, Ontario*

B. L. Murray, RN, BSN, MN, PhD(c)

*Associate Professor, College of Nursing
University of Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan*

Negin Pearl Shalchi, RPN

*Staff Nurse
North York General Hospital
North York, Ontario*

Equipo de revisión de colaboradores externos

Se reunió a un panel de expertos para revisar la guía antes de la publicación final. La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario desea agradecer a las siguientes personas la revisión y aportaciones realizadas a esta guía de buenas prácticas:

Elizabeth McCay, RN, PhD

*Associate Professor and Associate Director
Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
Toronto, Ontario*

Janie Houle, PhD

*Postdoctoral fellow
Centre de recherche du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal*

Michelle Y. E. Lee, RN, MScN, PhD (student)

*Registered Nurse
University of Toronto
Toronto, Ontario*

Don Rose, RN, BScN, MN, PhD

*Associate Professor
Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
Toronto, Ontario*

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orléans (Francia)*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)*

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE
*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España*

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate
Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida

Ana Craviotto Vallejo, DUE
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

Raquel Sánchez, DUE
Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Iosune Salinas
*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España*

Agradecimientos a los colaboradores

Desde la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario deseamos agradecer su apoyo en la revisión y optimización de esta Guía de buenas prácticas a las siguientes personas y organizaciones:

Shelly Archibald, RN, BSN

*Public Health Nurse
First Nations and Inuit
Health Branch, Health Canada
Sioux Lookout, Ontario*

Lisa Crawley Beames, RN, BSN, CPMHN(C)

*Clinical Leader Manager
Department of Family and Community
Medicine, Withdrawal Management Services
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario*

**Yvonne Bergmans, BA(Hons), BEd.,
BSW, MSW, RSW**

*Suicide Intervention Consultant
Suicide Studies Unit, Arthur Sommer Rotenberg
Chair in Suicide Studies
Toronto, Ontario*

Jacqueline Candlish, RN, BScN

*Public Health Nurse, Public Health Services
Hamilton, Ontario*

Brock Cooper, RN, BScN, CPMHN(C) Candidate

*Staff Nurse
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario*

Yvonne Craig, BSc, BN, RN, CPMHN(C)

*Nurse Clinician
Royal Ottawa Mental Health Centre
Ottawa, Ontario*

Patrick Cuaresma, RPN

*Research Assistant
Ryerson University
Toronto, Ontario*

**Hiltrud Dawson, RN, BTech (specialty nursing),
IBCLC**

*Health Promotion Consultant
Best Start Resource Centre
Toronto, Ontario*

Francine DeMarchi, RDH, BA

*Dental Hygienist
Niagara College
Welland, Ontario*

Cheryl Evans, RN, MScN

*Nursing Professional Practice Consultant
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Christine Garinger, RN

*Crisis Counsellor/Case Manager
London Mental Health Crisis Service
London, Ontario*

Lisebeth Gatkowski, RN, BScN, CMPHN(C)

*Nurse Educator, St. Joseph's Hospital
Centre for Mountain Health Services
Hamilton, Ontario*

Joan Graham, RN

*Charge Nurse
Community Crisis Care
Niagara Health System
St. Catharines, Ontario*

Johanne Hayes, RN, BScN, MN (student)

*Nurse Educator
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Joanne Jones, RN, BScN, CPMHN(C)

*Clinical Education Leader
Whitby Mental Health Centre
Whitby, Ontario*

Victoria Kehoe

*Executive Director
Distress Centre Durham
Oshawa, Ontario*

Tamara Leniew, BA

*Family and Community Coordinator,
Schizophrenia Society of Ontario –
Hamilton/Niagara and Master Trainer
(A.S.I.S.T.)
Hamilton, Ontario*

Marie A. Lochhead, A.Sc., RDH

*Dental Hygienist
St. Catharines, Ontario*

Kristy Lojewski, RPN Certified Reflexologist

*Staff Nurse
Regional Mental Health Care – London
London, Ontario*

Elizabeth Mathewson, RN, BScN, MPH, COHN, CRSP

*Nursing Professor
Sir Sandford Fleming College
Peterborough, Ontario*



Margaret McArthur, BA (Hons), RN, MHScN

*Nurse Clinician/Educator
Mental Health and Addictions Program
Sudbury Regional Hospital
Sudbury, Ontario*

Lisa Murata, RN, BScN, MEd, CSFT

*Clinical Nurse Educator
Royal Ottawa Mental Health Centre
Ottawa, Ontario*

Heather Ochalski, BSocSc(c)

*Community Liaison Officer
Ajungginginiq Centre
National Aboriginal Health Organization
Ottawa, Ontario*

Lisa Ostrom, RN, BScN

*Staff Nurse
Crisis Intervention Team
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario*

Darren Pace, RN, BScN, CPMHN(C)

*Coordinator of Clinical Practice/Standards
District Mental Health Program, Northeast
Mental Health Center, North Bay Campus
North Bay, Ontario*

Bruce Pope, RN

*Mental Health Nurse
Mnaamodzawin Health Services Inc.
Little Current, Ontario*

**Avraham Santopinto, RN, BA (Hons),
BScN, MScN**

*Clinical Nurse Specialist & Implementation
Leader, Establishing Therapeutic Relationship
Project (ETR) – St. Joseph's Health Care
and Assistant Professor (casual),
University of Western Ontario
London, Ontario*

Susanne Sferrazza-Swayze, RPN

*Staff Nurse, St. Josephs' Hospital
Centre for Mountain Health Services
Hamilton, Ontario*

**Kari Van Camp, RN, MScN, CPMHN(C),
CARN-AP, PNP(c)**

*Clinical Nurse Specialist/Advanced
Practice Nurse
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario*



Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Larisa Volman, RN, BScN, MSc

*Nurse Educator/ Assistant Clinical Professor
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Michelle Welch, RN, BScN, BA.Psyc

*Supervisor
Region of Peel Public Health Department
Brampton, Ontario*

Don Wildfong, RN, BNSc, MSc (student)

*Staff Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Cheryl Zufelt, RN, CPMHN(C)

*Resource Clinician
Northeast Mental Health Centre
North Bay, Ontario*



Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento explicativo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de cada organización o centro, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las Guías no deben aplicarse como un recetario, sino como una herramienta útil para ayudar a la toma de decisiones en el cuidado individualizado del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y recursos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica, hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y valoración, etc. Se recomienda utilizar esta guía como una herramienta de recurso. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente podrán revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. Para el propósito de esta guía las recomendaciones se presentan por separado aunque se pretende que funcionen como un todo.

Se han desarrollado viñetas con el fin de ilustrar los conceptos que se describen en el documento. Al leer dichas viñetas, se espera que la enfermeras vean reflejada su propia práctica enfermera; la denominada “respuesta enfermera” debe considerarse con una de las muchas posibilidades posibles ante un escenario dado.

Se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas Guías, de manera que resulte cómodo para su uso diario. En esta Guía se sugieren algunos formatos que podrían ser de utilidad para su confección y adaptación local.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en saber cómo se ha implantado la Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. Mediante la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de mejores prácticas.

Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones	15
Interpretación de la evidencia	17
Responsabilidad del desarrollo de las Guías.....	17
Objetivos y ámbito de aplicación.....	18
Proceso de desarrollo	19
Antecedentes	21
Principios y supuestos rectores en la valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida	22
Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida: descripción general del proceso.....	23
Recomendaciones para la práctica	24
Recomendaciones para la formación	61
Recomendaciones para la organización y directrices	63
Lagunas en la investigación e implicaciones	67
Valoración y seguimiento de la Guía	69
Estrategias de implantación	71
Proceso de actualización y revisión de la Guía	72
Referencias bibliográficas	73
Bibliografía	79

Anexo A – Estrategia de búsqueda de la evidencia existente	82
Anexo B – Glosario de términos	85
Anexo C – Tasa de suicidios en Canadá y distribución por sexo y edad	91
Anexo D – Transferencia y contratransferencia	92
Anexo E – Seguridad cultural	93
Anexo F – Seguridad cultural: ejemplo de caso clínico	94
Anexo G – Consideraciones ambientales para la promoción de la seguridad.....	95
Anexo H – Factores de riesgo y factores de protección del suicidio.....	97
Anexo I – Componentes de la valoración del estado mental.....	98
Anexo J – Preguntas para valorar la ideación y plan suicida.....	101
Anexo K – Ejemplos de instrumentos de valoración del riesgo de suicidio	104
Anexo L – Ejemplos de niveles de observación	107
Anexo M – Intervenciones de postvención.....	108
Anexo N – Estrategias de intervención psicológica breve "debriefing" para profesionales de la salud	109
Anexo O – Recursos educativos.....	110
Anexo P – Marco teórico ético para la toma de decisiones	112
Anexo Q – Descripción de la herramienta	116
Anexo R – Lecturas adicionales propuestas por los revisores	117

Resumen de las recomendaciones

RECOMENDACIÓN	TIPOS DE EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica	
1. La enfermera se tomará seriamente cualquier afirmación realizada por un paciente que indique, sea directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose, y/o toda información disponible que indique riesgo de suicidio.	III
2. La enfermera trabaja para establecer una relación terapéutica con los pacientes en riesgo de comportamiento e ideación suicida.	IV
3. La enfermera trabaja con el paciente para minimizar los sentimientos de pena, culpabilidad y estigma asociados con el suicidio, la enfermedad mental y las adicciones.	III
4. La enfermera proporciona cuidados en concordancia con los principios de seguridad y competencia cultural.	III
5. La enfermera valora y gestiona aquellos factores que pueden impactar en la seguridad física tanto de los pacientes como de los miembros del equipo interdisciplinar.	IV
6. a) La enfermera reconoce los indicadores clave que ponen a las personas en riesgo de comportamiento suicida, aún en ausencia de expresión explícita de suicidio. Para las personas que presentan indicadores de riesgo, la enfermera realiza y registra la valoración de la ideación suicida y el plan a seguir. b) La enfermera valora los factores protectores asociados con la prevención del suicidio. c) La enfermera obtiene información colateral de las fuentes disponibles: familia, amigos, soportes comunitarios, historial médico y profesionales de la salud mental.	IV IV IV
7. La enfermera moviliza los recursos basándose en el nivel de riesgo de suicidio obtenido en la valoración y las necesidades asociadas a este.	IV
8. La enfermera se cerciorará de que la observación y el seguimiento terapéutico reflejen el cambio en el riesgo de suicidio del paciente.	IV
9. La enfermera trabaja de forma colaborativa con el paciente con el fin de comprender su perspectiva y encontrar sus necesidades.	IV
10. La enfermera utiliza un abordaje basado en la resolución de problemas mutuos (paciente ↔ enfermera) para facilitar el entendimiento de como perciben sus propios problemas y generan soluciones.	IV
11. La enfermera fomenta la esperanza en el paciente suicida.	IV
12. La enfermera está al día de los tratamientos más actuales para proporcionar intervenciones de asesoramiento, derivaciones, monitorización y educación para la salud, cuando sea adecuado.	IV
13. a) La enfermera identifica las personas que pueden beneficiarse de los recursos, apoyos, etc. para los casos de suicidio y los deriva cuando es preciso. b) La enfermera puede iniciar y participar en el proceso de intervención psicológica breve "debriefing" con otros profesionales del equipo de salud según el protocolo de la organización.	IV IV
14. La enfermera busca apoyo a través de la supervisión clínica cuando trabaja con adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida con el fin de tomar conciencia del impacto emocional para la enfermera y mejorar la práctica clínica.	IV

RECOMENDACIÓN	TIPOS DE EVIDENCIA
Recomendaciones para la formación	
15. Las enfermeras que trabajan con personas en riesgo de suicidio deben tener el conocimiento y las habilidades adquiridas mediante el currículo básico de enfermería, oportunidades de desarrollo profesional continuado mediante la formación y orientación para los nuevos puestos de trabajo.	IV
16. El currículo de enfermería debe tener contenido en salud mental, incluyendo la reducción y prevención del riesgo de suicidio, de una manera sistemática para promover las competencias clave en la práctica de la salud mental.	IV
Recomendaciones para la organización y directrices	
17. Los centros sanitarios que admiten pacientes suicidas deben proporcionar un entorno seguro que minimice el acceso a cualquier medio de autolesión.	IV
18. En los centros sanitarios que admiten pacientes suicidas, las dotaciones de personal de enfermería deben ser las adecuadas al paciente: ratio de enfermeras y niveles de enfermeras: (p.e. generalistas, especialistas, auxiliares) para satisfacer con seguridad las necesidades imprevisibles de los pacientes suicidas en fase aguda.	IV
19. Las organizaciones deben asegurarse que los incidentes críticos que versen sobre el suicidio sean revisados sistemáticamente para identificar oportunidades de aprendizaje en todos los niveles de la prestación de servicios.	IV
20. Las organizaciones desarrollan políticas y estructuras en relación la intervención psicológica breve "debriefing" por pares de los incidentes críticos,tales como una muerte por suicidio. Deben desarrollarse políticas de apoyo a los empleados y que minimicen los traumas.	IV
21. Las organizaciones disponen de recursos que garantizan que todas las enfermeras tienen la oportunidad de ser supervisadas clínicamente y formadas de manera continuada.	IV
22. Las organizaciones implantan políticas relacionadas con el registro sistemático de las valoraciones sobre el riesgo de suicidio.	IV
23. Las organizaciones promueven aquellos servicios disponibles tanto en la institución como en la comunidad que apoyan el cuidado a las personas en riesgo de comportamiento e ideación suicida.	IV
24. Las organizaciones apoyan las oportunidades de desarrollo profesional de las enfermeras de salud mental.	IV
25. Las organizaciones apoyan las investigaciones relacionadas con el suicidio y otras cuestiones de salud mental.	IV
26. Las organizaciones desarrollan un plan para la implantación de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ■ La valoración de la preparación de la organización y de los obstáculos para la formación. ■ Implicar a todos los miembros (tengan función de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al proceso de implantación ■ Oportunidades de debate continuadas y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ Dedicación de una persona cualificada para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación. ■ La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional ■ Estrategias de sostenibilidad ■ La asignación de suficientes recursos para su implantación y sostenibilidad, incluyendo el soporte organizativo y administrativo. 	IV

* Por favor vaya a la página 14 para obtener más información acerca de la interpretación de la evidencia.

Interpretación de la evidencia

Tipos de evidencia

- Ia** Evidencia obtenida a través del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos aleatorizados y controlados.
- Ib** Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo controlado y aleatorizado.
- IIa** Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
- IIb** Evidencia obtenida a partir de al menos otro tipo de estudio bien diseñado cuasi-experimental, sin aleatorización.
- III** Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
- IV** Evidencia obtenida a partir de los informes u opiniones de un comité de expertos y/o autoridades clínicas respetables.

La evidencia para respaldar los cuidados de enfermería a los pacientes en riesgo de comportamiento e ideación suicida se organiza respecto al tipo de evidencia en lugar de al nivel de evidencia. Los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (en adelante ECA, por sus siglas en español) tradicionalmente se han considerado el “estándar de oro” de la evidencia para guiar la práctica. Por lo tanto, los ECA se han convertido en el punto de referencia para el establecimiento de una jerarquía de niveles de evidencia en contra de cual todas las demás formas de conocimiento se consideran de menor valor. Sin embargo, comúnmente, se reconocen y valoran múltiples formas alternativas de conocimiento y comprensión de un fenómeno. Las investigaciones cualitativas, las perspectivas émic de una cultura, las prácticas prometedoras, la experiencia profesional y el conocimiento de los pacientes contribuyen todos ellos a la evidencia de lo que significa proporcionar cuidados seguros a aquellos que están en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Como tales, los tipos de evidencia proporcionan orientación para la práctica.

Responsabilidad en el desarrollo de las guías

La RNAO, con financiación del Gobierno de Ontario, se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, difusión, implantación y valoración de Guías de buenas prácticas en enfermería. Una de las áreas de mayor énfasis son las intervenciones enfermeras relacionadas con la valoración y manejo de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo de enfermeras y otros profesionales sanitarios nombrados por la RNAO. El equipo llevó a cabo su trabajo de forma independiente y está exento de todo sesgo o influencia del gobierno de Ontario.

Objetivos y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática que ayudan a los profesionales sanitarios y a los pacientes a tomar las decisiones oportunas en lo que concierne a la atención sanitaria (Field & Lohr, 1990). Esta guía de buenas prácticas se centra en respaldar a las enfermeras de diferentes ámbitos de la práctica para proporcionar cuidados basados en la evidencia a las personas en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Esta guía se centra en los adultos de riesgo entre los que se incluyen aquellos que presentan factores de riesgo, con o sin intención expresada explícitamente de suicidio. Las enfermeras pueden interactuar con estos pacientes tanto en la comunidad, como en socio sanitario o en el hospital. Se recoge una discusión de los factores de riesgo en la recomendación 6.

Aunque algunas perspectivas presentes en esta guía pueden aplicarse al paciente pediátrico, se considera que tanto los niños como los adolescentes tienen necesidades especiales de valoración y tratamiento según los estadios de desarrollo que quedan al margen del interés de esta guía.

La autolesión (a veces llamada también comportamiento autodestructivo), sin intención de morir, es un fenómeno amplio, que puede coincidir con, o diferenciarse de, la conducta suicida (Klonsky, 2007; Linehan, 1986; Santa Mina et al., 2006; Stanley et al., 2001). Se asocia frecuentemente con traumas de la infancia (Connors, 1996; Santa Mina & Gallop, 1998). A pesar de que la seguridad del paciente es siempre una prioridad, las valoraciones e intervenciones de los pacientes que se autolesionan pueden diferir de las recomendadas para aquellos con ideación y comportamiento suicida. Como tal, está fuera del alcance de este documento el cuidado de los pacientes no suicidas con conductas repetitivas de autolesión.

El impacto potencial en salud esperado para esta guía es la disminución y prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida en los adultos que reciben cuidados de las enfermeras en cualquiera de sus ámbitos de actuación contribuyendo a reducir las tasas de suicidio. La promoción de la protección de los individuos y sus familias, realzar las razones para vivir, y la proporción de intervenciones exitosas de enfermería reducirá el riesgo de suicidio.

El centro de atención de esta guía es el de las mejores prácticas dentro del contexto de la relación individual enfermera-paciente y por tanto no se abordarán las intervenciones de prevención primaria que puedan disminuir el riesgo de ideación y comportamiento suicida. A pesar de las enfermeras desempeñan un papel importante en el fortalecimiento de las comunidades y la defensa de los determinantes sociales de la salud, las estrategias específicas de prevención primaria en este sentido no serán discutidos aquí. Por otra parte, a pesar de la urgencia de abordar las necesidades específicas de la población de los jóvenes aborígenes en Canadá, el desarrollo de enfoques comunitarios participativos están más allá del alcance de esta guía. Aún así, se incluyen muchos recursos educativos y diversos modelos de intervención que pueden ofrecer una guía para aquellos lectores que estén interesados en las áreas que no se traten específicamente aquí. La aplicabilidad de los modelos de intervención puede depender de la población de pacientes en particular, la experiencia del profesional de la salud, o el ámbito de práctica clínica. En el anexo O se proporcionan varios ejemplos de algunos de estos recursos y modelos.

La guías se centrará en la personas de más de 17 años y se ocupará de:

- el reconocimiento y la valoración del riesgo de ideación y comportamiento suicida;
- las intervenciones de enfermería para la disminución del riesgo; y
- las estrategias para promover el bienestar continuado del paciente y la enfermera.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

El objetivo de este documento es proporcionar a las enfermeras recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, relacionada con la valoración y manejo de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

La intención es aumentar el confort de las enfermeras, la confianza y la competencia en esta área de práctica, con el fin de mejorar para la seguridad de sus pacientes y reducir el impacto del suicidio la sociedad. El presente documento pretende servir de apoyo para la enfermera en el cuidado del paciente suicida.

Esta guía contiene recomendaciones tanto para enfermeras como para enfermeras especialistas en salud mental basadas en las mejores prácticas enfermeras en la valoración y manejo del adulto en riesgo de ideación y comportamiento suicida. En consecuencia se pretende dirigir la guía a enfermeras tanto expertas como no expertas en esta área que trabajan en diferentes ámbitos de práctica clínica a través del continuum de cuidados. Se reconoce que las competencias individuales de las enfermeras varían entre enfermeras y según las categorías profesionales basándose en el conocimiento, actitudes, análisis crítico y toma de decisiones que están a su vez relacionadas con los años de experiencia y la formación. Se espera que las enfermeras a nivel individual solo lleven a cabo aquellos aspectos de la valoración e intervención para los que hayan sido adecuadamente formadas y tengan experiencia, así como busquen las instancias consultoras oportunas cuando las necesidades del paciente sobrepasen su capacidad para actuar independientemente.

Se reconoce así, que la atención en salud efectiva depende de una perspectiva interdisciplinaria coordinada que incorpore la comunicación continuada entre los profesionales de la salud y sus pacientes y familias.

Proceso de desarrollo

En enero de 2007, la RNAO reunió a un equipo de enfermeras expertas procedentes de la práctica clínica, la docencia y la investigación en el hospital, centros de atención primaria y universidades. El equipo debatió sobre el propósito de su trabajo y alcanzaron un consenso en cuanto al objetivo de la guía de buenas prácticas. Por consiguiente, se llevó a cabo una revisión de la literatura científica existente, en cualquier disciplina de la salud, en materia de revisiones sistemáticas, artículos de investigación destacados y otros tipos de evidencia en base a las siguientes preguntas clínicas:

1. ¿Cuáles son los factores predictivos de la ideación y comportamiento suicida?
2. ¿Cuáles son los instrumentos de cribado o valoración (medidas, etc.) de la ideación y comportamiento suicida?
3. ¿Cuáles son los elementos para la valoración clínica de la ideación y comportamiento suicida?
4. ¿Cuáles son las intervenciones clínicas o postvenciones efectivas para prevenir la ideación y comportamiento suicida?
5. ¿Cuáles son los estándares de práctica clínica para la valoración y manejo de la ideación y comportamiento suicida?

Como parte de la revisión de la evidencia el equipo de desarrollo llevó a cabo una valoración crítica de las guías clínicas existentes relacionadas con el suicidio. Se identificaron un total de nueve guías de práctica clínica relacionadas con la materia en cuestión que fueron encontradas con los siguientes criterios iniciales de inclusión:

- publicada en inglés;
- desarrollada en una fecha no anterior al año 2002;
- únicamente se abordaba el área temática correspondiente a la guía;
- se basaba en la evidencia;
- había libertad de acceso para consultar la Guía.

Los miembros del equipo de desarrollo llevaron a cabo una valoración de calidad respecto de esas nueve Guías de práctica clínica mediante la herramienta de valoración de Guías Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (en adelante, AGREE por sus siglas en inglés) (AGREE Collaboration, 2001). Tras este proceso, se llegó a la conclusión de que se trabajaría principalmente con cinco de las Guías existentes. Estas fueron:

- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. [CCSMH] (2006). *National guidelines for seniors' mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide*. [Online] Disponible en: <http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/natlGuidelinesInit.cfm>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004) *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): Author.
- U.S. Preventative Services Task Force. (2004). Screening for suicide risk: Recomendación and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 820-821.

Después de revisar la evidencia en la literatura científica y en las guías, el grupo centró revisar las guías que se encontraban dentro del ámbito de la práctica de las enfermeras generalistas y especialistas. Todos los miembros del equipo revisaron la literatura empírica. Aunque la revisión de las guías existentes demostraron evidencia sólida para guiar la práctica en la valoración de los factores de riesgo y señales de alarma en la ideación y conducta suicida, la evidencia empírica específica para la práctica enfermera fue limitada (Cutcliffe & Stevenson, 2007). Por lo tanto, la literatura fue evaluada críticamente por todos los miembros del equipo con el fin de que realizasen un análisis temático de las nuevas recomendaciones para guiar la práctica enfermera en pacientes en riesgo de suicidio.

A través de un método de consenso, el grupo identificó los temas principales de las recomendaciones. Los temas principales de las recomendaciones se dividieron entre los subgrupos formados de acuerdo con las áreas de experiencia clínica de los miembros del equipo y su interés. Los subgrupos enlazaron la evidencia (que iba desde los ECA hasta la literatura gris) con las recomendaciones. El borrador fue posteriormente desarrollado con viñetas, cuadros para la práctica y recordatorios para convertirse en un documento que fácilmente pudiese apoyar la práctica clínica. De este proceso se extrajo un borrador con un conjunto de recomendaciones para la práctica, para la formación y para la organización y directrices. Véase el Anexo A para conocer detalladamente la estrategia de búsqueda empleada y los resultados.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Reconociendo la importancia de la colaboración entre disciplinas en este ámbito de la práctica, se reunió a una comisión asesora multidisciplinaria para realizar consultas sobre el proyecto. Los miembros de la comisión consultiva asesora realizaron sus aportaciones individualmente y por escrito después de revisar el borrador y también participaron en una reunión por teleconferencia para debatir sus hallazgos. Las revisiones sugeridas fueron puestas en consideración del equipo de desarrollo y, cuando eran oportunas, se integraban en la guía.

Este borrador se hizo llegar a un grupo de colaboradores externos para que lo revisaran y dieran su opinión sobre el contenido. Los colaboradores representaban varias disciplinas de la salud, pacientes y familias, así como asociaciones profesionales. Los colaboradores externos recibieron preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios, así como la oportunidad de ofrecer su asesoramiento e impresiones generales. El equipo de desarrollo recopiló y revisó estos resultados. La discusión y el consenso dieron como resultado una serie de revisiones del borrador final previas a su publicación y valoración.

Al principio de este documento, se incluyen los agradecimientos a estos colaboradores.

Antecedentes

“En Canadá cada año mueren aproximadamente 4.000 personas por suicidio” (Asociación canadiense para la prevención del suicidio, [en adelante, CASP/ASPS, por sus siglas en inglés y francés respectivamente], 2004, p. 8). El suicidio sigue siendo una de las causas principales de muerte en hombres y mujeres jóvenes. Las tasas de suicidio ajustadas por población han aumentado de 8,9 por 100.000 en 1950 a 13.13 en 1999 - un aumento de casi del 50% (CASP/ACPS, 2004). De acuerdo con la Sociedad de Trastornos del Humor de Canadá (MDSC, por sus siglas en inglés) (2007), el suicidio es responsable del 24% de todas las muertes entre los canadienses de 15 a 24 años, el 16% de todas las defunciones en el grupo de edad de 25 a 44 años, y el rango de edad con mayor número de suicidios es el grupo de edad de 25 a 44 años. Sin embargo, la tasa de suicidio varía considerablemente entre las poblaciones. En la literatura empírica se han identificado varios grupos como de riesgo elevado para padecer de comportamiento suicida donde se incluyen los jóvenes, los ancianos, los pueblos indígenas, los gays y lesbianas, y las personas encarceladas (White, 2003). Además, el 73% de las hospitalizaciones por intento de suicidio corresponden a personas en edades de 15 a 44 años (MDSC, 2007). A modo de ejemplo, la tasa de suicidio entre las Primeras Naciones (Aborígenes canadienses) de edades entre 10 y 44 años fue de 27,9 muertes por cada 100.000 en comparación con las 13,2 muertes por cada 100.000 para los no aborígenes en Canadá (First Nations and Inuit Health Branch, 2004). Véanse en el Anexo C las estadísticas de las tasas de suicidio de forma más detallada.

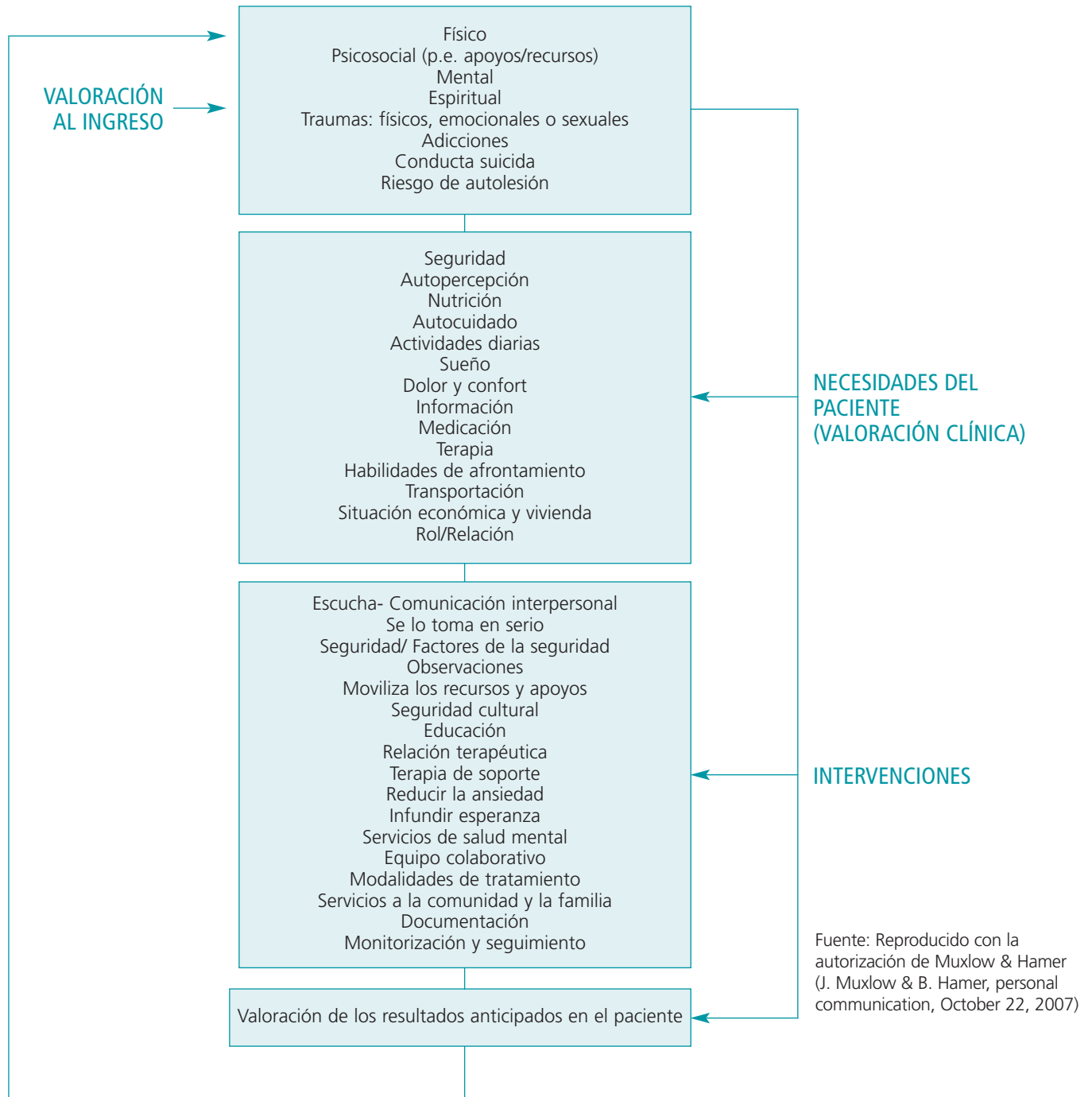
El suicidio es un fenómeno complejo que está influido por factores físicos (incluida la genética), factores psicológicos, espirituales, sociales, económicos, históricos, políticos, culturales y ambientales. Mucha gente en Canadá se ha visto afectada por el suicidio en algún momento de su vida, ya sea mediante miembros de la familia, compañeros, colegas o amigos. En cada familia y en cada comunidad, las secuelas de una muerte por suicidio son muy dolorosas y trágicas por la profundidad y alcance del suceso en cuestión.

De las investigaciones cualitativas y la experiencia clínica se desprende que el suicidio se puede prevenir y reducir los riesgos.

Principios y supuestos rectores en la valoración y el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

- “El estigma de la enfermedad mental puede definirse como la actitud negativa basada en los prejuicios y la desinformación que se desencadena por un indicador de la enfermedad – p.e. comportamiento extraño, o la mención del tratamiento psiquiátrico en un currículum vitae” (Sartorius, 2007, p. 810). “El estigma del suicidio” puede definirse de manera similar, como una actitud negativa basada en los prejuicios y la desinformación que se desencadena por un suicidio o ideación o comportamiento suicida. El suicidio, la ideación y el comportamiento suicida están a veces, pero no siempre, ligado a una enfermedad mental. La presencia del estigma es problemática porque conduce hacia la discriminación y la marginación permanente con claros efectos perjudiciales para los pacientes, las familias y las comunidades de personas, incluyendo la disminución de la autoestima, un mayor aislamiento y vulnerabilidad y, en presencia de enfermedad mental, una mayor probabilidad de recaída.
- El suicidio es un final abrupto a la vida y la forma más extrema en la que la gente responde a una angustia insoportable. La enfermera tiene que entender esto desde el punto de vista del paciente y abordar estas acciones de manera que no juzgue ni culpabilice.
- Las enfermeras tienen un papel importante de intervención cuando las personas expresan pensamientos y comportamientos suicidas.
- El objetivo de la intervención es la reducción del riesgo de ideación y comportamiento suicida, y promover la seguridad del paciente, el personal y todos los otros. Las enfermeras no pueden parar cada una de las muertes por suicidio. El suicidio es complejo y su prevención no puede recaer únicamente en las manos de un pequeño grupo de personas.
- El establecimiento de una relación terapéutica es fundamental para este trabajo.
- La excelencia en la práctica relacional implica tener en cuenta las cuestiones relacionadas con la diferencia y la seguridad cultural.
- Hay importantes efectos psicológicos y potencialmente físicos que impactan a la enfermera cuando cuida a las personas en riesgo de ideación y comportamiento suicida. El entorno laboral debe proporcionar los soportes adecuados para la enfermera.
- En la planificación del tratamiento, la enfermera tendrá en cuenta los factores que refuerzan la salud mental y el bienestar, considerando los determinantes de la Salud, incluyendo los factores sociales y culturales. Es importante potenciar las fortalezas internas y la autoestima y el desarrollo del afrontamiento emocional y las habilidades de la vida necesarias para el manejo del estrés.
- Un cuidado seguro y eficaz se alcanza mejor cuando las enfermeras trabajan en colaboración con el equipo interdisciplinario y el paciente, la familia y la comunidad.
- La documentación es un estándar de la práctica enfermera y una parte esencial de la valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.
- Todas las recomendaciones que se encuentran a continuación se utilizan en conjunción con los requisitos establecidos por el Colegio de Enfermeras de Ontario (es decir, normas o estándares para la práctica) y la legislación relevante (es decir, la Mental Health Act and Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.O., 1990, c. F.,0,31).

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida: descripción general del proceso



Recomendaciones para la práctica

Recomendación 1

La enfermera se tomará seriamente cualquier afirmación realizada por un paciente que indique, sea directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose, y/o toda información disponible que indique riesgo de suicidio.

Tipo de evidencia III

Las personas que mueren por suicidio a menudo han expresado pensamientos suicidas o muestran signos de advertencia a las familias o los profesionales de la salud, por lo que deben ser tomadas en serio (New Zealand Guidelines Group, [NZGG], 2003). Los pacientes expresan ideas suicidas abiertamente con afirmaciones tales como: "Voy a suicidarme", ya sea a través de afirmaciones indirectas o comportamientos. Las expresiones indirectas tales como "No puedo soportarlo más", son significativas, ya que revelan abiertamente los pensamientos de suicidio de una persona a pesar de que puedan existir restricciones diversas (p.e., las creencias culturales o religiosas y / o el deseo de ocultación para limitar la intervención de otras personas (American Psychiatric Association [APA], 2003). A veces la expresión indirecta es conductual en lugar de verbal, como p.e. la acumulación de medicamentos, la compra de un arma, hacer un testamento, realizar arreglos para un funeral, liquidar cuestiones financieras, donar las pertenencias, donar el cuerpo a la ciencia, dejar de cuidarse o las relaciones, cambios repentinos en la religiosidad - ya sea en mayor o menor medida de lo habitual, o una alteración de la salud (Holkup, 2002). No es raro que las personas que se suicidan hayan estado un par de semanas antes a su muerte visitando a algún clínico quejándose de malestar físico, tal como dolor (Holkup, 2002). Véase la Recomendación 6 para una descripción más detallada de las señales de alarma y los factores de riesgo.

"Tomarlos en serio" significa llevar a cabo una valoración del riesgo de suicidio, documentar la valoración, debatir la valoración con otros miembros del equipo de salud que atienden al paciente y crear un plan para la seguridad y el cuidado según lo determinado en el resultado de la valoración. Si existe alguna duda acerca de la intención de suicidio y el riesgo, el caso debe debatirse tan pronto como sea posible con los profesionales de la salud correspondientes, y el estado del paciente debe considerarse como de potencial urgencia hasta que se valore al paciente (NZGG, 2003). "Tomárselo en serio" también incluye ser sensibles y conscientes de la variedad de situaciones sociales tales como pérdidas repentinas y estados emocionales como la depresión, que se combinan aumentando los factores de riesgo para el suicidio (APA, 2003; Holkup, 2002).

Las intenciones o conductas de autolesión sin un deseo expreso de morir deben tomarse en serio. Se sabe que las personas suicidas frecuentemente realizan varios intentos de autolesión previos. Además, las personas que se autolesionan y tiene conducta suicida pueden tener diferentes intenciones en diferentes ocasiones y por lo tanto, cada caso debe ser tratado con todo respeto y cuidado (APA, 2003; Royal College of Psychiatrists [RCP], 2004). Las personas que realizan episodios repetidos de autolesión pueden subestimar la letalidad de su comportamiento. En cada episodio de autolesión se debe valorar la letalidad y las necesidades de cuidados para evitar que el suceso de autolesión sea minimizado o trivializado.

El suicidio puede ocurrir sin previo aviso y ser impulsivo por naturaleza. A pesar de realizar todos los esfuerzos, el suicidio no siempre se puede prevenir. Sin embargo, las enfermeras tienen la responsabilidad legal y ética de tratar prevenir un suicidio siempre que sea posible (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm, 2004).

Cuadro para la práctica

"Tomárselo en serio"

(Equipo de desarrollo de la RNAO, 2008)

1. Todos los comportamientos verbales y no verbales que puedan transmitir una expresión de muerte se deben tomar en serio.
2. Se debe valorar el riesgo de suicidio del paciente.*
A continuación se sugieren algunas preguntas para hacer a su paciente para saber si él/ella es suicida:
 - "¿Está pensando en acabar con su vida?"
 - "¿Es un/una suicida?"
 - "¿Tiene un plan para acabar con su vida?"
 - "¿Tiene pensamientos de muerte o le pasan por la cabeza ideas de suicidio?"
3. Se registra y comunica la valoración a los miembros del equipo de salud que sean adecuados.
4. Basándose en la valoración, se inician las intervenciones apropiadas.

Tipo de evidencia IV

*Véase la recomendación 6 y los anexos H-K para una información más detallada sobre la valoración.

Viñeta

Caso modelo: La enfermera del turno de tarde le da al Sr. Smith su medicación. El paciente tiene 60 años y es viudo jubilado. Padece cáncer. El paciente suspira y dice "Nada de esto tiene ningún sentido. No vale la pena vivir así. Ahora solo me queda poner mis asuntos en orden".

Reflexión de la enfermera: La enfermera es consciente de que las pérdidas, el estado depresivo y la enfermedad física pueden poner en riesgo de ideación y comportamiento suicida. El paciente presenta una serie de factores que en combinación lo podrían poner en riesgo de ideación y/o comportamiento suicida. Aunque él no refiera abiertamente su deseo de quitarse la vida, la enfermera identifica señales indirectas verbales y no verbales (como el suspiro profundo) que podrían indicar la desesperación. La enfermera es consciente de los antecedentes psicosociales del paciente, los cuales pueden aumentar aún más el riesgo.

Respuesta de la enfermera: La enfermera toma adecuadamente en serio las afirmaciones del paciente y lleva a cabo una valoración del riesgo de suicidio. Registra su valoración y comunica las conclusiones con carácter urgente a los miembros del equipo competentes en la materia.

Recomendación 2:

La enfermera trabaja para establecer una relación terapéutica con los pacientes en riesgo de comportamiento e ideación suicida.

Tipo de evidencia IV

La relación terapéutica describe un proceso interpersonal que se produce entre la enfermera y el paciente (s) y que tiene el propósito y va dirigida al avance hacia los mejores intereses y resultados del Paciente (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario [RNAO], 2006c). Las cualidades de la relación terapéutica incluyen la escucha activa, la confianza, el respeto, la sinceridad, la empatía y responder a las preocupaciones del paciente (RNAO, 2006c).

En lo que a la atención de los pacientes en riesgo de ideación y conducta suicida se refiere, el establecimiento de una relación terapéutica se considera esencial para la creación de un contexto en el que la enfermera pueda participar activamente con el paciente para explorar sus necesidades y desarrollar estrategias para reducir el riesgo de suicidio (APA, 2003; Delaney & Johnson, 2006; NZGG, 2003). Por otra parte, las intervenciones eficaces para la creación un entorno seguro abarcan adoptar una actitud de respeto a la persona y confirmar su autonomía; se trata de proporcionar seguridad y mantener su dignidad, al tiempo que se les ayuda en la gestión de su comportamiento (Bisconer, Green, Mallon-Czajka, & Johnson, 2006; Delaney & Johnson, 2006; Reynolds, O'Shaunessey, Walker & Pereira, 2005). Por lo tanto, la relación terapéutica también puede ser curativa en sí misma, ya que puede fomentar un sentido de esperanza al tiempo que contribuye a que la persona se sienta escuchada, respetada y conectada (Billings, 2001; CCSMH, 2006; NZGG, 2003; O'Brien & Cole, 2003). Tanto las guías de la APA (2003) como las de la NZGG (2003) sugieren que las relaciones terapéuticas positivas tienen efectos protectores sobre el suicidio.

Es importante destacar que la enfermera debe reconocer que las circunstancias particulares pueden plantear problemas para el establecimiento de una relación terapéutica. Ciertas características del paciente, (p.e., si está muy agitado), pueden hacer especialmente difícil el inicio de la relación terapéutica. Las intervenciones para promover la seguridad, como llamar a los servicios de urgencias o aumentar el nivel de observación, pueden percibirse por el paciente como un abuso de confianza, y por lo tanto representan otro problema potencial. Por otra parte, los sentimientos propios de la enfermera hacia la muerte y el suicidio pueden suponer un obstáculo en sí; la activación de estas emociones pueden conducir a respuestas defensivas por parte de la enfermera (APA, 2003), lo que afectaría a la habilidad de esta para establecer una relación terapéutica.

Para obtener más información acerca de la relación terapéutica, consulte la Guía de buenas prácticas para enfermería de la RNAO *El establecimiento de las relaciones terapéuticas* (Revisada) (RNAO, 2006c).

Viñeta

Caso modelo: Naomi, una madre de 42 años con tres hijos, ha sido ingresada en un servicio de urgencias debido a una sobredosis casi mortal por analgésicos recetados para el dolor crónico. Se trata del cuarto ingreso de urgencia para Naomi - todos ellos relacionados con una sobredosis de medicamentos. Naomi se considera "difícil" después de la recuperación de los intentos de sobredosis. Generalmente resistente a cualquier tipo de tratamiento. Se arranca la vía, y es seca y áspera en sus interacciones con el personal. La enfermera de Naomi escucha una conversación en la sala de reuniones entre otra enfermera y el médico de urgencias en la que están de acuerdo en que "ya es suficiente". Están discutiendo formas para que el sistema pueda sancionar a las personas que "cuestan dinero" y les roban tiempo para atender a las "personas realmente enfermas". Les gustaría que trasladasen a Naomi a otro servicio de urgencias en su próximo intento".

Reflexión de la enfermera: La enfermera reconoce que la respuesta del personal puede ser el reflejo de una transferencia y contra transferencia no reconocida. La paciente puede arremeter contra el personal por una serie de razones desconocidas para sí misma, tal vez relacionadas con la sensación de desesperanza, vergüenza, culpa y / o el miedo que también se incorpora en su comportamiento suicida y se une a las relaciones y experiencias pasadas "no resueltas". La enfermera sabe que no es raro que los profesionales de la salud experimenten sentimientos de desesperanza, miedo e ira en respuesta a los pacientes que sienten que no han sido capaces de ayudar. Los intentos de suicidio repetitivos de la paciente y su comportamiento violento provocan muchas emociones que, si no se reconocen y por consiguiente no se tratan, pueden llevar a un mal tratamiento y / o resultado.

Respuesta de la enfermera: La enfermera trabaja para construir una relación terapéutica con Naomi. Mientras la atiende demuestra clama, paciencia y la voluntad de escuchar. No la juzga. La enfermera intenta entender lo que la paciente puede estar sintiendo y experimentando. También habla con el jefe de la unidad para que en la próxima sesión se discuta el caso de la paciente con el resto del equipo. Se prepara para debatir la cuestión de la transferencia y la contra transferencia en relación a las personas que realizan intentos repetidos de suicidio como forma de abrir el diálogo con sus colegas.

Recomendación 3:

La enfermera trabaja con el paciente para minimizar los sentimientos de pena, culpabilidad y estigma asociados con el suicidio, la enfermedad mental y las adicciones.

Tipo de evidencia III

El suicidio sigue estando estigmatizado en la sociedad contemporánea (Murray & Hauenstein, 2008), hecho que tiene consecuencias sobre las personas en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Los sentimientos de vergüenza, culpa y el estigma tienen un efecto acumulativo en el bienestar mental de los pacientes, sus familias y en el sistema de apoyo social, en el acceso a la ayuda profesional y asesoramiento y en su autoestima (Barlow & Morrison, 2002; Ostman & Kiellin 2002). Un estudio mostró que normalmente los intentos de suicidio van seguidos de reacciones de vergüenza (Wiklander, Samuelsson & Asberg, 2003). Dentro de la relación terapéutica, las expresiones de respeto, tolerancia y la reafirmación de la autoestima del paciente pueden ayudar a minimizar estos sentimientos (Ashmore, 2001; Wiklander et al., 2003). Wiklander y colaboradores (2003) sugieren que los pacientes suicidas aceptan mejor el tratamiento y se sienten menos vergüenza en estos

entornos. Los pacientes pueden beneficiarse de manera similar cuando la enfermera no les presiona para que expliquen los sucesos traumáticos (NZGG, 2003). Por otra parte, un estudio informó que la reducción de la estigmatización resultaba fundamental en la disminución de las tendencias suicidas del personal de las fuerzas aéreas de Estados Unidos (Knox et al., como se cita en Sakinofsky, 2007b).

Para minimizar el efecto de las propias reacciones potencialmente negativas de la enfermera al paciente, es esencial que las enfermeras realicen una práctica reflexiva y obtengan el respaldo necesario para afrontar estos desafíos (McMain, 2007).



Tenga cuidado con las propias actitudes negativas, creencias y comportamientos, que puedan tener un impacto negativo en el paciente.

Viñeta

Caso modelo: El paciente, un hombre de 21 años de edad, con antecedentes de depresión mayor y alcoholismo, fue trasladado a planta desde la UCI después de una autolesión. Su enfermera de fin de semana fue a cambiar los vendajes. El paciente dice: "Mis padres vienen hoy a verme. Es la primera vez que los veo desde que me hice daño. No estoy entusiasmado con esta visita. Yo sé que me quieren y están preocupados. Han hecho mucho por mí y esto es una decepción para ellos. Nadie en nuestra familia hace estas "cosas locas". Ni siquiera hablamos de estar deprimido en nuestra familia. Me dijeron por teléfono que no quieren que nadie lo sepa. Yo no se lo he dicho a nadie, ni siquiera a mis amigos. Dicen que perderé a mis amigos y que también podría perder mi trabajo. Estoy tan avergonzado. He hecho las cosas mal y no creo que pueda arreglarlas".

Reflexión de la enfermera: La enfermera reconoce el estigma asociado con los intentos de suicidio, tanto para la familia como para el paciente.

Respuesta de la enfermera: La enfermera escucha sin juzgar. Afirma que a menudo los demás no entienden en profundidad la desesperación que alguien puede experimentar llevándolo a un comportamiento autodestructivo. Puede ser difícil de comprender. Sin embargo, el amor mutuo entre él y sus padres es una fortaleza en la construcción de ese entendimiento. El suicidio fue una respuesta a su angustia. Él tiene nuevas oportunidades para hacer frente a sus problemas en la vida. Puede hacerlo en privado con un terapeuta. Puede elegir el tiempo y la forma de compartirlo en la medida que quiera y con quién quiera que él confíe. La enfermera le ofrece soporte adicional para hablar con el trabajador social de la unidad. El paciente puede compartirlo con su familia en caso de que él decida que es adecuado. La enfermera entiende que en este caso, el paciente está experimentando probablemente los efectos acumulativos de la vergüenza, la culpa y el estigma asociados con el suicidio.

Recomendación 4:

La enfermera proporciona cuidados en concordancia con los principios de seguridad y competencia cultural.

Tipo de evidencia III

Tanto el paciente como la enfermera tienen su propia cultura de la cual derivan actitudes, valores y creencias sobre la relación terapéutica. Como tal, la cultura puede afectar en gran medida en el cómo se abordan y debaten los problemas de salud mental, el suicidio y la muerte en el contexto de esta relación. P.e., la cultura puede influir en los sentimientos de culpa y vergüenza con respecto al suicidio (NZGG, 2003; Proctor, 2005), la voluntad de hablar sobre la muerte y el suicidio (APA, 2003), y las actitudes sobre los roles familiares y la comunidad en la prestación de cuidados (NZGG, 2003). Los profesionales tienen un poderoso papel en la salud del paciente, y las diferencias culturales entre la enfermera y el paciente pueden exacerbar estas relaciones de poder. Ello tiene implicaciones en la experiencia del paciente sobre la atención, así como en la eficacia y la seguridad de la práctica clínica.

Desde el punto de vista cultural crítico, la cultura es compleja, dinámica, política e histórica. Es un proceso relacional que cambia con el tiempo “dependiendo de nuestra historia, de nuestras experiencias pasadas, de nuestra posición social, profesional y de género, y nuestras percepciones de la forma en que somos vistos en la sociedad” (Browne & Varcoe, 2006). La seguridad cultural es un concepto que comenzó en la formación de enfermería en Aotearoa (Nueva Zelanda) con las enfermeras maoríes (Ramsden, 1993; 2000) en reconocimiento de las desigualdades en materia de salud y atención a la salud de los maoríes relacionado con procesos y prácticas continuadas de colonización. La seguridad cultural comienza con la auto-reflexión del profesional de la salud. La enfermera tiene que reconocer que tanto el paciente (como individuo, familia y / o comunidad) y el profesional son "portadores de la cultura" - una relación 1 a 1 es siempre bicultural. Se precisa examinar cómo se posiciona cada individuo dentro de los procesos históricos, sociales, económicos y políticos que influyen en la atención, la salud y el bienestar; se debe abordar la comprensión de que las posiciones diferenciales de poder en el sistema de salud influyen en la salud y el bienestar; y se debe reconocer que las desigualdades estructurales que impactan sobre el sistema de salud, la salud y el bienestar precisan conformarse (Ramsden, 1993) en concordancia con el mandato social de la enfermería.

La seguridad cultural es más que el reconocimiento y el respeto a la "diferencia" - es un concepto relacional que exige compromiso con las políticas y las prácticas que impactan sobre la salud y el cuidado de la salud. La enfermera demuestra la aceptación y el respeto de la "cultura" del paciente y las diferencias asociadas, además de que promueve el cambio en respuesta a las políticas y prácticas que pueden ser experimentadas como «inseguras» por el paciente. Véanse los anexos E y F para una información más detallada sobre seguridad cultural. Puede consultar más información sobre cultura en la Guía de Buenas Prácticas para Enfermería de la RNAO: Entornos de trabajo saludables *aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: desarrollo de la competencia cultural* (RNAO, 2007).



La seguridad cultural es un servicio seguro según lo definido por los que reciben el servicio (Papps, 2005).

Viñeta

Caso modelo: A una enfermera de salud mental comunitaria de un gran centro urbano se le pide que vea Jacques. Jacques, un hombre de 22 años de edad que se identificó como aborigen canadiense, ha entrado en la clínica y pidió ver a un médico o enfermera. Demuestra emoción mínima (es decir, efecto plano), y parece preocupado e inquieto. Refiere que está experimentando pensamientos suicidas.

Reflexión de la enfermera: La enfermera percibe que sus propias suposiciones, creencias y valores van a impactar en su respuesta a Jacques. Reconoce que muchos de los aborígenes canadienses se han visto negativamente afectados por una larga historia de colonización y por las prácticas neocolonialistas – *La Carta India*, de 1876 (que sigue influyendo en la vida de los aborígenes, incluyendo cómo se proporcionan los servicios de salud), la escuela residencial, las reservas (urbanas, rurales y remotas), las actuales negociaciones sobre reivindicaciones territoriales, los pactos para la transferencia de la salud, etc. La enfermera quiere asegurarse de que Jacques se siente cómodo en la clínica. También sabe que el poder es una consideración importante en toda relación paciente-enfermera y para las personas aborígenes esto puede ser particularmente relevante (es decir, puede haber una falta de confianza con los servicios de salud). Sin embargo, la enfermera es consciente de que debe conocer a Jacques y que ella no puede hacer ninguna suposición acerca de lo que Jacques piensa o cree.

Respuesta de la enfermera: La enfermera empieza su valoración de Jacques preguntando qué le trae a la clínica y trata de entender lo que ella pudiera hacer para que se sienta cómodo. No le juzga. Completa la historia clínica e incluye preguntas sobre su familia y comunidad, incluyendo una pregunta sobre de dónde es y lo que él entiende como la cuestión que le ha llevado a la clínica. Ella le pregunta acerca de sus creencias sobre la salud, la enfermedad y la curación. Demuestra interés por Jacques como individuo y como miembro de su familia y comunidad. La enfermera está interesada en esas creencias y prácticas que pueden ser importantes para Jacques en relación a lidiar con los pensamientos suicidas y los procesos y prácticas de curación.

Recomendación 5:

La enfermera valora y gestiona aquellos factores que pueden impactar en la seguridad física tanto de los pacientes como de los miembros del equipo interdisciplinar.

Tipo de evidencia IV

Antes de intervenir para mejorar la seguridad del paciente, la enfermera debe garantizar en primer lugar su propia seguridad. Ello puede implicar pedir ayuda a otras personas como los miembros del equipo, la policía y / o los servicios de urgencia (en Canadá se denomina “código blanco” en el 911), o incluso abandonar el lugar hasta que refuerzos apropiados estén en el lugar.

La atención de la seguridad física del paciente es una prioridad permanente en la prestación de cuidados de enfermería y debe iniciarse antes de completar la valoración clínica integral del riesgo de suicidio. Las intervenciones son muy variables dependiendo del ámbito de práctica clínica, y aunque no se pueda garantizar que se vuelvan a producir autolesiones, estas intervenciones pueden reducir al mínimo la amenaza física de tal comportamiento para el paciente y el equipo de salud. De acuerdo con la relación terapéutica, es imprescindible involucrar al paciente y la familia en todo el proceso de implementación de medidas de seguridad.

La enfermera debe estar pendiente del entorno físico y de cualquier artículo que pueda constituir una amenaza para la seguridad. Reduzca el acceso a los artículos retirándolos de la persona y el entorno, ya sea la habitación del hospital y / o el domicilio, según corresponda.

Aunque no hay nada como las unidades ya preparadas para los casos de suicidio, se insta a que se organicen las unidades cumpliendo con las características físicas de seguridad que potencialmente puedan dar buen resultado con los pacientes en riesgo de ideación y comportamiento suicida (Simon, 2004; Yeager, Saveanu, Roberts, Reissland, Mertz, Cirpilli, et al, 2005). También los estímulos externos, como oír ruido y jaleo, pueden aumentar la agitación y la agresión (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998). En tales casos puede servir de ayuda el reducir la causa de los estímulos o trasladar a una zona menos. En el anexo G se describen algunas consideraciones ambientales para promover la seguridad física.

En algunos casos, el paciente puede presentar una lesión física que requiera atención médica. Las lesiones con amenaza para la vida deben tratarse de inmediato. No deben subestimarse la agudeza de otras lesiones por lo que a la hora de priorizar las necesidades del paciente se tendrá en consideración (Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental [NCCMH], 2004). En estos casos se debe garantizar la valoración médica y física continuada.

Es esencial mantener la dignidad del paciente. La seguridad emocional y psicológica debe estar equilibrada cuando se toman medidas para garantizar la seguridad física. P.e., las intervenciones restrictivas, como la aislamiento o la contención, aunque a veces se utilizan en régimen de ingreso para mantener la seguridad, también pueden ser muy estresantes para los pacientes y dificultar la recuperación, reforzando la percepción de estar fuera de control (Murray & Hauenstein, 2008). Por lo tanto, cuando se instauren medidas de seguridad, es importante mantener al paciente informado y comprometido con el proceso de toma de decisiones.

Cuadro para la práctica

Artículos que pueden ser, aunque no se limiten a estos, potencialmente peligrosos:

(Bennett, Daly, Kirkwood, McKain & Swope., 2006):

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| ■ ropa (p.e., cinturones, cordones de zapatos) | ■ medicamentos | ■ objetos punteagudos o de cristal |
| ■ cuerdas | ■ otros equipos | ■ sustancias tóxicas |
| ■ mecheros | ■ equipos y alargaderas para oxigenoterapia | |
| ■ ropa de cama | ■ bolsas de plástico | |

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: Una paciente angustiada, Mary-Lou, llama a la enfermera familiar y comunitaria diciendo “soy suicida ... Me he cortado las venas con un cuchillo de cocina. Ya he llamado a la ambulancia y está en el camino”. Mary-Lou tiene 46 años y vive sola en el barrio. Está diagnosticada de trastorno límite de la personalidad (ver Glosario). Además, tiene la capacidad cognitiva limitada debido a un nivel de inteligencia borderline. Frecuentemente está sola y tiene dificultades para estructurar su día con el fin de hacerlo productivo y que no parezca tan largo. Mary-Lou verbaliza a la enfermera que ella ya ha llamado la ambulancia. La enfermera sabe que esta paciente en particular tiende a utilizar la ambulancia para servicios no esenciales. Sin embargo, en este caso, la paciente se ha hecho heridas superficiales horizontales en el antebrazo derecho utilizando un cuchillo de sierra.

Reflexión de la enfermera: La enfermera se cerciorará de que se ha avisado al 911. Reconoce que su responsabilidad como enfermera familiar y comunitaria es proporcionar apoyo y valorar la gravedad de la tentativa de suicidio y de las lesiones físicas. Reconoce que su primera prioridad es garantizar la seguridad de la paciente y por lo tanto, atenderá las heridas físicas en caso de que llegue ella antes que la ambulancia. Reconoce que su rol es el de proporcionar educación y apoyo a la paciente en cuanto a la forma de comunicarse más eficazmente con los servicios de apoyo a la comunidad. Reconoce la complejidad de la situación de esta paciente ya que puede tener muchas razones para su comportamiento, incluyendo el deseo de morir. Reconoce la necesidad de colaborar con el equipo clínico de la paciente lo antes posible.

Respuesta de la enfermera: Después de atender a las necesidades de la paciente, esta junto con la enfermera, miran alrededor de la habitación en busca de los artículos que puedan suponer un riesgo después de que sea dada de alta. Llegando a un acuerdo y con el consentimiento de la paciente, se eliminan estos objetos para evitar nuevos intentos de suicidio hasta el momento en que la paciente esté estable y sus actos estén bajo control. La enfermera se comunica con el miembro más adecuado del equipo de atención de la paciente y le realiza la consulta, si es posible. Pide cita con el médico de urgencias para que realice la valoración y posteriormente con el psiquiatra comunitario para un posterior seguimiento y posible ajuste de la mediación. La enfermera habla sobre la red de apoyo con la paciente, incluyendo sus conexiones con la familia, amigos y recursos de la comunidad, y explora posibles estrategias para mantenerla a salvo. Le ofrece apoyos, facilitándole el uso de los servicios comunitarios, tales como ir a terapia.

Recomendación 6a:

La enfermera reconoce los indicadores clave que ponen a las personas en riesgo de comportamiento suicida, aún en ausencia de expresión explícita de suicidio. Para las personas que presentan indicadores de riesgo, la enfermera realiza y registra la valoración de la ideación suicida y el plan a seguir.

Tipo de evidencia IV

Incluso en ausencia de expresiones suicidas explícitas, el conocimiento por parte de la enfermera de los factores de riesgo pueden ayudar a identificar a las personas con ideación y comportamiento suicida. Los factores de riesgo incluyen aquellas características que se han estudiado en grandes poblaciones y se ha demostrado que están asociados con una mayor probabilidad de suicidio (NZGG, 2003). Algunos ejemplos son: ser hombre, ser anciano, desesperanza, intentos previos de suicidio y antecedentes y presencia de enfermedad psiquiátrica (APA, 2003). Véase en el anexo H el listado de los factores de riesgo. Los factores de riesgo pueden categorizados tanto si en dinámicos y modificables como en estáticos y no modificables. Los factores de riesgo modificables son aquellos que son susceptibles de cambiar. Este es un punto importante, ya que la identificación de los factores de riesgo modificables se debe utilizar para dirigir la toma de decisiones respecto a la intervención y la planificación de apoyo (APA, 2003). Algunos ejemplos de factores de riesgo modificables serían: la depresión, la ansiedad, la desesperanza, el consumo de sustancias, la intoxicación y el acceso a cualquier medio letal. Al contrario, los factores de riesgo estáticos son los que no se puede cambiar, tal como la edad, el sexo y los antecedentes de intento de suicidio. Aunque el conocimiento de los factores de riesgo no permite al clínico predecir o saber cuando se suicidará un paciente (APA, 2003), el reconocimiento del riesgo es un componente importante en la promoción de la seguridad de estos pacientes (APA, 2003; Mann, Apter, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, et al., 2005). Enfocando el tratamiento sobre los factores de riesgo y los protectores, estos pueden fortalecerse o mitigarse para disminuir el riesgo de suicidio del paciente suicida (APA, 2003).

Además del conocimiento de los factores de riesgo, es importante estar atento a las señales de advertencia de suicidio. Mientras que los factores de riesgo son características que han demostrado estar asociadas con una mayor probabilidad de suicidio, los signos de alarma pueden ser signos o síntomas manifiestos que alerten a la enfermera de un riesgo actual.

Cuadro para la práctica

Signos de alarma

La siguiente información puede ser referida u observada por el paciente y / o su familia, amigos, soportes comunitarios, registros médicos y profesionales de salud mental (Holkup, Centre for Suicide Prevention, 2002; 2002a; NZGG, 2003):

- Hablar directamente sobre suicidarse o morir (p.e., "Me gustaría estar muerto").
- Hablar sobre el suicidio o la muerte indirectamente, incluyendo temas de desesperanza y falta de valor (p.e., "¿Cuál es el sentido de seguir adelante?", "Estoy cansado", "Todo el mundo estaría mejor sin mí").
- Amenaza de suicidio, describiendo los métodos de suicidio o la búsqueda de métodos de suicidio en Internet.
- Formación del plan de suicidio.
- El aumento de la intensidad de la ideación suicida.

- Poner asuntos en orden (p.e., realizar o cambiar un testamento, donar dinero o posesiones, donar su cuerpo a la ciencia, escribir notas de suicidio diciendo adiós).
- Comprar o almacenar medicamentos, armas de fuego, cuchillas.
- Explorar balcones, puentes, tejados.
- Tener conductas de riesgo (p.e., mayor consumo de alcohol o sustancias, conducción temeraria).
- Aspecto de dejadez (p.e., cambios de apariencia, incluyendo los cambios en el peso y el apetito).
- Cambio en la personalidad.
- Cambio en el estado de ánimo (p.e., depresión, ansiedad, agitación).
- Aislamiento social, incluyendo las actividades de ocio.

Tipo de evidencia IV

Una valoración integral del riesgo implica entrevistar al paciente, revisar la historia clínica y / o recopilar información de la familia u otras personas significativas. Los indicadores clave del riesgo pueden ser evidentes en la presentación actual del paciente, la historia, las condiciones sociales y de vida y las características demográficas. Como tal, la ideación y el comportamiento suicida pueden estar presentes incluso cuando no se expresa explícitamente por el individuo. Por otra parte, la aplicabilidad de los factores de riesgo puede variar en función del bagaje particular individual y cultural. La enfermera también debe tener en cuenta que el número de factores de riesgo identificados a través de la valoración no tiene por qué describir el grado de riesgo expuesto. P.e., un individuo con cinco factores de riesgo no es necesariamente de mayor riesgo que un individuo con dos factores de riesgo. Estos factores no están simplemente presentes o ausentes, sino que son dinámicos y variables en su severidad (APA, 2003). En general, la estimación del riesgo y las decisiones sobre la frecuencia de revaloración se realizan mejor a través del juicio clínico, en colaboración con el equipo de profesionales de la salud.

Si la enfermera sospecha que hay un riesgo de ideación y comportamiento suicida, posteriormente es necesario realizar una nueva valoración de la ideación suicida y establecer un plan.

No hay evidencia que sugiera que preguntarle a una persona directamente sobre el tema del suicidio, aumente la probabilidad de ideación y comportamiento suicida (APA, 2003; NZGG, 2003). Según la APA (2003), "Preguntar sobre el suicidio es necesaria y no se lleva a la persona al suicidio" (p. 19). Una valoración específica de los factores relacionados con el suicidio ayuda a descubrir el propósito y el significado detrás de cualquier ideación y comportamiento suicida, con lo que sirve para informar en el desarrollo de intervenciones apropiadas y significativas (Murray & Hauenstein, 2008).

Dada la significativa asociación entre el suicidio y la enfermedad mental, una parte importante de la valoración del suicidio es una valoración integral psiquiátrica / psicológica para reunir información respecto a (APA, 2003; NZGG, 2003):

- la presentación de problema y / o el estado mental actual;
- la historia de enfermedad actual;
- el historial psiquiátrico;
- el historial médico / quirúrgico;
- la medicación actual, reciente y pasada;
- las alergias medicamentosas;
- la historia de consumo de sustancias;
- la historia forense;
- los antecedentes familiares;
- la historia psicosocial; y
- el diagnóstico de enfermería.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Dentro de la valoración psiquiátrica / psicológica, el examen del estado mental sistemático es fundamental para la valoración del estado mental actual de la persona, y está específicamente relacionado con el funcionamiento psicológico, emocional, social y neurológico. Véanse en el anexo I los componentes de la valoración del estado mental.

Cuadro para la práctica

Preguntas de ejemplo para la entrevista

Fuente: NZGG (2003). Reproducido con autorización

- ¿Cómo está de estado de ánimo últimamente?
- ¿Hay algo que le moleste o preocupe?
- ¿Ha tenido momentos en los que se ha sentido triste o “de bajón”?
- ¿Se ha sentido como si la vida le superase?
- ¿En algunas ocasiones desharía acabar con todo?
- ¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?
- ¿Alguna vez ha deseado estar muerto o muerta?
- ¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?

Tipo de evidencia IV

Para llevar a cabo una valoración y planificación integral respecto a la ideación suicida, pueden utilizarse la entrevista clínica y los instrumentos de valoración validados y fiables para la recogida de datos específicos (APA, 2003; NZGG, 2003):

- la presencia de factores de riesgo;
- la ausencia o presencia de factores de protección (p.e., la espiritualidad, la esperanza, la orientación hacia el futuro, factores culturales y / o espirituales);
- la intención de suicidio;
- el plan;
- la letalidad;
- el acceso a los medios;
- el plazo;
- la esperanza; y
- los intentos anteriores

Se proporcionan una serie de preguntas que pueden ser de utilidad para la entrevista en el anexo J.

Participar en debates sobre el suicidio puede ser difícil para la enfermera. Aunque el trabajo en equipo y la supervisión clínica puedan ser medios por los que una enfermera pueda adquirir soporte para estas situaciones, también es importante observar que las enfermeras deben tener el nivel apropiado de habilidad y conocimiento para realizar estas valoraciones clínicas de una manera terapéutica.



Los instrumentos de valoración no deben utilizarse de forma aislada, tan sólo deben aplicarse en la valoración integral (APA, 2003; NZGG, 2003). A pesar de la gran variedad, existe evidencia limitada para apoyar el uso de ningún instrumento en concreto. Por otra parte, las herramientas existentes tienen escasa capacidad predictiva para determinar quién va a suicidarse o no (APA, 2003). Por lo tanto, esta guía sugiere que, si bien estas herramientas pueden ayudar a facilitar la comunicación y la recopilación de información en el contexto de una entrevista, los resultados no pueden sustituir el juicio clínico en el contexto de la práctica. El uso de escalas psicológicas para el diagnóstico debe reservarse para los médicos con formación especializada. Consulte el anexo K para ver ejemplos de instrumentos de valoración.

Consideración especial: intoxicación

Cuando el paciente presenta una intoxicación, puede ser extremadamente difícil el llevar a cabo una valoración integral del riesgo de suicidio. En tales casos, la valoración debe centrarse en el riesgo inmediato de suicidio y en mantener al paciente en un entorno seguro y revalorarse cuando esté sobrio (NZGG, 2003). En las personas con intoxicación también se deben valorar problemas inmediatos para la salud relacionados con el consumo de sustancias. P.e., en los que se sabe o se sospecha que consumen frecuentemente alcohol, es necesario realizar y gestionar una valoración continuada de los síntomas de la abstinencia (es decir, ataques potenciales relacionados con el alcohol, delirium tremens), según los protocolos establecidos. La valoración médica continua junto con la valoración del riesgo de suicidio son esenciales para mantener la seguridad del paciente.

La intoxicación (p.e., de alcohol, drogas ilegales, polifarmacia, medicamentos sin receta, etc.) puede aumentar la impulsividad (NZGG, 2003), y por lo tanto, refuerza la necesidad de mantener seguras a las personas que presentan intoxicación e ideación suicida. De acuerdo con las nuevas guías neozelandesas (2003), la intoxicación también puede aumentar la angustia y la agresividad de la persona y disminuir la habilidad para resolver problemas. Por otra parte, la evidencia demuestra que el consumo de alcohol / intoxicación es un precedente común a un intento de suicidio (APA, 2003). La valoración continua del riesgo de suicidio es esencial.

Recomendación 6b:

La enfermera valora los factores protectores asociados a la prevención del suicidio.

Tipo de evidencia IV

La NZGG (2003) define los factores de protección como "los aspectos de la vida de una persona que le ofrecen algún tipo de recompensa, es decir, significado o sentido a su destino o sentido de conexión con los demás" (p.23). Los factores de protección están asociados con una disminución del riesgo de ideación y comportamiento suicida y por lo tanto juegan un papel importante en la valoración de riesgos y la planificación de la atención de apoyo. Los factores asociados con efectos protectores pueden incluir tanto fortalezas internas, tales como habilidades propias de afrontamiento y confianza en uno mismo, así como fortalezas externas, tales como los sistemas de apoyo social y el acceso a los recursos de salud mental (Holkup, 2002). Por otra parte, también se ha sugerido que una relación terapéutica positiva tiene un efecto protector contra los comportamientos suicidas (APA, 2003; NZGG, 2003). En el anexo H se proporciona un listado de los factores de protección.

Los factores de protección se pueden evaluar a través de las entrevistas clínicas. Se ha sugerido que a través de preguntar a la persona qué es lo que le impide llevar a cabo el plan, es posible iluminar los factores de protección (Holkup, 2002).



Contratos de no-suicidio

La literatura sugiere que los contratos de no-suicidio se emplean con frecuencia para la valoración o como instrumentos en el manejo de la ideación suicida a pesar de la falta de evidencia empírica que apoye su uso (APA, 2003; Farrow, 2002). **Los contratos de no-suicidio no garantizan la seguridad de una persona, por lo que no debe confiarse en ellos como único indicador de si una persona quiere intentar poner fin a su vida** (Farrow, 2003; NZGG, 2003).

Si bien no existe una definición estándar, un contrato de no-suicidio se refiere esencialmente a un acuerdo verbal o escrito entre el paciente y el clínico en el que el paciente refiere que no va a quitarse la vida. Dentro de la literatura, los contratos de no-suicidio también se denominan contratos preventivos de no-suicidio, contratos de no lesión, decisiones no suicidas, acuerdos de seguridad, contratos, acuerdos de suicidio y contratación para seguir vivos (APA, 2003; Farrow, 2002; Rudd, Mandrusiak & Joiner, 2006). Los componentes comunes de un contrato de no-suicidio incluyen la declaración explícita de no matarse o hacerse daño, los detalles acerca de la duración del contrato y los planes de contingencia en caso de que el paciente no pueda mantener las condiciones (Centro para la Prevención del Suicidio, 2002b; Rudd, et al., 2006).

Si se utilizan, los contratos de no-suicidio deben usarse con precaución. No están indicados en pacientes que han intentado suicidarse previamente, están agitados, psicóticos e impulsivos o intoxicados (APA, 2003; Murray & Hauenstein, 2008). A pesar del consenso de que los contratos de no-suicidio sólo debe utilizarse en el contexto de una relación terapéutica, la literatura sugiere que las enfermeras a menudo utilizan estas herramientas en situaciones de urgencia o en situaciones de crisis en la comunidad (Farrow, 2003). En consecuencia, el contrato de no-suicidio puede proporcionar una falsa sensación de seguridad y ofrecer poco más que el alivio de la ansiedad por parte del profesional de la salud.

A pesar de la falta de evidencia empírica que apoye su uso, el equipo de desarrollo sugiere que si se usan, los contratos de no-suicidio deben utilizarse con precaución y sólo en el contexto de una relación terapéutica y de un plan de valoración y manejo integral. Si, y cuando, se toma la decisión de incluir un contrato de no-suicidio como parte del plan de tratamiento, no se debe hacer de forma aislada, sino dentro del contexto del equipo multidisciplinario, incluyendo al paciente. A pesar de que los contratos de no-suicidio pueden ser utilizados como un medio para potenciar al paciente mediante su participación en el desarrollo del plan de tratamiento, la disposición del paciente a realizar dicho acuerdo no debe ser utilizada como indicador absoluto de si este puede llegar a autolesionarse o suicidarse (APA, 2003). Si un paciente no está dispuesto a entrar en un contrato de no-suicidio puede ser indicativo de ambivalencia e incapacidad para cumplir con el contrato, lo que exige una nueva valoración y exploración de otras opciones de tratamiento. Por el contrario, la disposición de un paciente para firmar un contrato de no-suicidio como parte de su plan de tratamiento no garantiza que no se vaya a autolesionar o suicidar. En un estudio realizado por Kroll (2007), de los 152 psiquiatras que utilizan los contratos de no-suicidio, el 41% informó de que tenían pacientes que intentaron o se suicidaron después de firmar el acuerdo. Se precisa más investigación para determinar la eficacia del contrato de no-suicidio.

Cuadro para la práctica

Ejemplos de preguntas para ayudar en la valoración de los factores de protección

(Equipo de desarrollo de la RNAO, 2008)

- Usted dice que ha tenido pensamientos de suicidio, pero no los ha materializado. ¿Qué le ha parado hasta el momento?
- ¿Cuáles son las cosas de la vida le dan ganas de seguir viviendo?
- ¿Quiénes son las personas en su vida que le hacen querer seguir viviendo?
- ¿A qué recursos accede cuando se siente inseguro y / o quienes son las personas que van en busca de ayuda?
- Usted ha dicho que en el pasado no había actuado según estos pensamientos porque X. ¿Cuánto cuenta ese factor en la toma de su decisión actual? (NZGG, 2003)
- ¿Qué aspiraciones tiene en la vida y / o qué objetivos quiere lograr?
- Cuando se siente sobrepasado, ¿que mecanismos de resolución de problemas y / o de afrontamiento utiliza?
- En el pasado, cuando tenía pensamientos suicidas, ¿con quién los compartía?
- Si usted es una persona religiosa o espiritual, ¿sus creencias actúan como factor de protección? y si es así, ¿cómo?

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: Una mujer de 38 años de edad, ingresa en el servicio de urgencias acompañada por el personal de la ambulancia. Durante la valoración de enfermería sobre el riesgo de suicio, la mujer dice que ha tenido pensamientos de saltar desde el balcón de su apartamento en el piso decimoséptimo. Le dice a la enfermera que salió al balcón esta mañana y miró por encima del borde, pero que algo la detuvo. Indica que volvió a entrar y llamó al 911.

Reflexión de la enfermera: La enfermera reconoce que la paciente estaba pensando en suicidarse esta mañana y precisa de una valoración exhaustiva del riesgo de suicidio. No sólo es necesario que el enfermero explore y registre los factores de riesgo de su valoración, sino que también debe explorar los factores que son protectores contra el suicidio. La enfermera sabe que los factores de protección están asociados con un menor riesgo de ideación y comportamiento suicida, y que juegan un papel importante en la valoración de los riesgos y la planificación de la atención de soporte

Respuesta de la enfermera: Para obtener los factores de protección, la enfermera procede a preguntar a la paciente qué es lo que la detuvo. La paciente afirma que tiene un hijo de dos años y que le preocupa lo que le pasaría, ya que nadie lo va a cuidar igual de bien que ella. La paciente informa que ella tiene la culpa de haber dejado que toda la responsabilidad parental recaiga por completo en su marido. Hasta el momento, la enfermera entiende que el hijo es un factor de protección. La enfermera se interesa en saber si hay algo más que ayude a la paciente a querer seguir viviendo y procede a preguntarle: "dices que has tenido pensamientos de suicidio, pero no los has llevado a cabo. ¿Hay algo más que te haya parado, aparte de tu hijo?" La paciente dice: "no hay garantías". A medida que la enfermera explora aún más este comentario se da cuenta que los que teme la paciente es no morir y quedarse parálitica para el resto de su vida.

Recomendación 6c:

La enfermera obtiene información colateral de las fuentes disponibles: familia, amigos, soportes comunitarios, historial médico y profesionales de la salud mental.

Tipo de evidencia IV

La información colateral es un componente importante de una valoración del riesgo de suicidio en todos los pacientes adultos, sobre todo en los casos en que el paciente es desconocido para la enfermera, o no quiere puede participar en la valoración del riesgo de suicidio. La información colateral es aquella que se obtiene de otras personas que conocen al paciente, tales como la familia, personas significativas y otros soportes profesionales. Tal información puede proporcionar datos importantes sobre el estado mental del paciente o del comportamiento que puedan indicar la ideación suicida, así como los factores estresantes recientes que puedan tener repercusiones sobre el paciente (APA, 2003; NZGG, 2003).

Es importante que la enfermera de guarde confidencialidad en todo momento y entienda la relevancia de la legislación en materia de privacidad aplicable (p.e., en Ontario se aplica la *Ontario's Personal Health Information Protection Act, 2004* (PHIPA)) (Cavoukian, 2004). Se debe obtener el consentimiento del paciente para obtener información colateral antes de empezar a indagar. Si el paciente no desea que se contacte con los miembros de la familia u otras personas significativas y ello no compromete la seguridad del paciente, entonces se debe mantener la confidencialidad (NZGG, 2003). Sin embargo, en situaciones de urgencia, se permite obtener información colateral sin consentimiento a fin de mantener la seguridad del paciente u otros (APA, 2003; Cavoukian, 2004; NZGG, 2003). Es importante destacar que al interactuar con los miembros de la familia u otras personas significativas para obtener información colateral, se debe entender que el objetivo de la comunicación es adquirir información, no proporcionarla. Pueden plantearse problemas en aquellos casos en que las fuentes potenciales de información colateral no están disponibles o la información recibida es incoherente. En estas situaciones, se debe investigar más para ayudar a la enfermera y al equipo de salud a desarrollar la comprensión de la situación clínica particular



La información colateral es aquella que se obtiene de otras personas que conocen al paciente, tales como la familia, personas significativas y otros soportes profesionales.

Cuadro para la práctica

Ejemplos de pregunta para la adquisición de información colateral

Fuente: NZGG (2003). Reproducido con autorización

- ¿Es su estado habitual?
- ¿Ha hecho algún comentario de que estaría "mejor muerto"?
- ¿Ha realizado algún comentario como "las cosas irán mejor pronto"?
- ¿Se ha preocupado por ellos? ¿Parece triste o deprimido?
- ¿Está bebiendo más de lo habitual?

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: Un hombre de 48 años llega al servicio de urgencias escoltado por la policía por ideación suicida. La enfermera asignada se entera de que el paciente contactó con la línea de asistencia en casos de crisis y que a continuación, llamaron a la policía ya que les preocupaba la seguridad del paciente. El paciente, que es desconocido en el hospital, revela que vive con su esposa y que le gustaría volver a casa. Ella lo atenderá. El paciente afirma que tenía ganas de suicidarse antes, pero ahora se siente mucho mejor y quiere irse. A pesar de sus esfuerzos, el paciente no quiere hablar más con la enfermera.

Reflexión de la enfermera: Dadas las circunstancias, la enfermera reconoce que será necesario hablar con la esposa del paciente para preguntar sobre su estado mental y cualquier comportamiento que pueda indicar ideación suicida. La enfermera es consciente de la petición de privacidad del paciente. Sin embargo, también es consciente de que la legislación sobre privacidad le permite obtener información colateral. La enfermera sabe que hablar con la familia, los amigos o los profesionales de la salud es un componente importante en la valoración del riesgo de suicidio y pueden ayudar a informar la toma de decisiones relacionadas.

Respuesta de la enfermera: La enfermera le explica al paciente que será necesario permanecer en el hospital para una valoración psiquiátrica, parte de la cual incluye ponerse en contacto con su esposa para preguntarle cuestiones. El paciente se siente infeliz y pide que la enfermera no contacte con su esposa. La enfermera le asegura que el objetivo de la conversación será el de obtener información y no el de proporcionarla. La enfermera procede a llamar a la esposa del paciente y después de presentarse le pregunta si ha notado algún cambio de comportamiento. Concretamente, la enfermera le pregunta sobre la ideación suicida y si el paciente ha hecho algún comentario sobre su deseo de morir. Además, le pregunta si ha notado algún comportamiento que sugiera que el paciente haya estado pensando en el suicidio, como acumular pastillas. Aunque el paciente niega tener cualquier pensamiento de querer morir, la enfermera se entera por la esposa de que ha estado muy preocupada por él ya que cada vez se ha ido aislando y bebiendo más, y ha realizado comentarios como: "estaría mejor muerto". La esposa del paciente revela que hace apenas dos meses, él intentó suicidarse. En base a esta información adicional, el equipo decide que el paciente es de elevado riesgo y precisa de una valoración psiquiátrica y hospitalización.

Cuadro para la práctica

Elementos para la valoración del riesgo

(APA, 2003; NZGG, 2003)

1. Lleve a cabo una valoración psiquiátrica

- a) la presentación del problema - desde la perspectiva del paciente, incluyendo los estresores psicosociales identificados.
- b) la historia de enfermedad actual - la duración y la gravedad de los síntomas
- c) antecedentes psiquiátricos últimas hospitalizaciones psiquiátricas, fechas, lugares, diagnósticos
- d) historial médico - enfermedades, intervenciones quirúrgicas, fechas y lugares de las hospitalizaciones
- e) medicación anterior y actual
- f) alergias medicamentosas
- g) historia de consumo de sustancias - consumo actual y pasado de todas las sustancias, las fechas y los centros de tratamiento, antecedentes de abstinencia
- h) historia forense - delitos anteriores y actuales, libertad condicional, encarcelamiento
- i) antecedentes familiares - enfermedad mental, intentos de suicidio, muerte por suicidio
- j) historia psicosocial - abusos emocionales y sexuales, la educación, la ocupación, las relaciones, redes de apoyo informal y formal
- k) diagnósticos de enfermería

2. Pregunte acerca de la ideación y el comportamiento suicida

- a) Ideación Suicida – pregunte a los pacientes acerca de sus pensamientos sobre la vida y la muerte. ¿La paciente piensa en quitarse la vida?
- b) Plan - Pregúntele sobre el plan de suicidio. ¿El paciente ha elegido o considerado el método para suicidarse? Si es así, ¿la persona ha dado el primer paso para ejecutar el plan?
- c) Acceso a los medios - ¿El paciente tiene acceso al método elegido? ¿Es plausible la fórmula elegida? ¿Es fácil para el paciente acceder a esos medios o llevar a cabo el plan?
- d) Intención - ¿Tiene el paciente la intención de morir? ¿Cuál es la intensidad del deseo de morir? ¿El paciente ha hecho los preparativos para la muerte, ha puesto sus asuntos en orden, o ha escrito una nota de suicidio? ¿El paciente ha tomado medidas para reducir al mínimo las posibilidades de ser descubierto? ¿Ha buscado ayuda antes de intentar suicidarse?
- e) Letalidad - pregunte acerca de los métodos para determinar la letalidad. ¿El paciente cree que el método elegido sería letal? ¿El método elegido y el plan prevén una intervención?
- f) Los factores de protección - ¿hay alguna persona o circunstancias que permitan al paciente querer seguir viviendo? ¿Existen barreras que impiden que el paciente retome su vida?
- g) Los intentos previos - ¿El paciente ha tenido intentos de suicidio previos? Si es así, ¿cuáles fueron los factores precipitantes? ¿cuándo se produjo cada intento? ¿cuál fue el procedimiento? ¿cuál fue la gravedad? ¿Existió consumo de alcohol y drogas?

3. Obtenga información colateral – busque información colateral de todas las fuentes disponibles, incluyendo familia, amigos, soportes comunitarios, registros médicos y profesionales de la salud mental. Al hacerlo, tenga en cuenta la legislación de privacidad aplicable.

4. Lleve a cabo un examen del estado mental – incluye la apariencia, el comportamiento, la actitud, el afecto, el estado de ánimo, la actividad psicomotora, el lenguaje, el contenido del pensamiento, el proceso del pensamiento, la percepción, la orientación, la percepción, la cognición

Una valoración completa de los riesgos ayudará a identificar tanto el riesgo como los factores de protección que pueden contribuir a un aumento o disminución del riesgo de suicidio. Conocer estos factores ayudará a la enfermera y al equipo de salud a desarrollar intervenciones destinadas a reforzar o atenuar los factores modificables para el cambio, lo que disminuye el riesgo de suicidio del paciente (APA, 2003). La extensión o medida en que se apliquen todos los componentes de la valoración de riesgos variará dependiendo de cada centro y de las circunstancias, pero en cualquier caso el paciente debe mantenerse a salvo y deben hacerse todos los esfuerzos indagar sobre la ideación y el comportamiento suicida.

Recomendación 7:

La enfermera moviliza los recursos basándose en el tipo de riesgo de suicidio obtenido en la valoración y las necesidades asociadas a este.

Tipo de evidencia IV

El objetivo de la movilización de recursos es la estabilización del riesgo inmediato y manejo de los síntomas para el riesgo continuado. Las secuelas aparentemente de menor importancia de una autolesión podrían asociarse todavía con una angustia emocional extrema, lo que haría permanecer al paciente en la etiqueta de “elevado riesgo” y precisar de una valoración minuciosa global en centro apropiado. Se desarrolla un plan de seguridad con el input del paciente a la auto-monitorización de sus sentimientos de desesperanza, impotencia y disforia. Se desarrolla un plan estructurado para difuminar el método de suicidio, la regulación emocional (reducir la tensión) y desarrollar habilidades básicas para el manejo de los síntomas. El plan de seguridad incluye que le paciente sea atendido por la enfermera u otro personal cualificado hasta que el plan de tratamiento se lleve a cabo (Holkup, 2002; RCP, 2006).

La movilización de recursos requiere con frecuencia un plan y respuesta en equipo. Ello puede incluir acciones tales como:

- la identificación de los miembros clave de la familia, amigos, miembros de una comunidad religiosa, que pueden estar disponibles soporte telefónico o in situ (Holkup, 2002);
- la mejora del conocimiento de la familia y amigos acerca de la angustia emocional y el riesgo de suicidio;
- la identificación de los servicios de emergencia, como el 911, los servicios médicos de emergencia, los servicios de respuesta en casos de crisis, la respuesta de las unidades móviles y los centros de atención primaria (Holkup, 2002);
- el acceso a los servicios de urgencias de salud mental o salud en general (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004);
- la búsqueda de alternativas a la hospitalización; y
- la conexión con los consejeros pastorales, espirituales y de otra índole.

En algunas situaciones, el acceso a un equipo o profesional de la salud de urgencia puede ser limitado o no factible. En tal situación, la prioridad de la enfermera es mantener la seguridad del paciente y otros. El objetivo principal es identificar que el paciente está en un estado de angustia emocional y que corre riesgo de hacerse daño a sí mismo, para crear un ambiente seguro y tomar la decisión apropiada determinada por la gravedad del peligro y el riesgo de suicidio (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Para obtener información adicional consulte la Guía de buenas prácticas para enfermería de la RNAO *Intervención en casos de crisis* (RNAO, 2006b).

Cuadro para la práctica

La movilización de recursos

(Equipo de desarrollo de la RNAO, 2008)

- La enfermera evalúa el nivel de riesgo.
- La enfermera identifica los recursos emergentes, urgentes o electivos sobre la base del nivel de riesgo evaluado.
- La enfermera moviliza los recursos adecuados (formales e informales).
- La enfermera moviliza los recursos apropiados directamente si el riesgo es inminente.
- La enfermera se asegura del transporte del paciente bajo la supervisión de personal cualificado.
- En el caso de un intento de autolesión o suicidio, la movilización de recursos para la valoración es tanto psicológica como física.

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: La enfermera comunitaria realiza una visita rutinaria para ver a una paciente de salud mental. Al entrar en la habitación, la encuentra sentada en la mesa con una botella de Tylenol, abierta y vacía. La paciente manifiesta que ha sido rechazada para realizar un trabajo voluntario, así que ha tomado "sólo un puñado". Expresa que no está segura de si quiere morir o simplemente dormir y olvidar todos sus problemas. Insiste en que va a estar bien y no quiere ninguna ayuda.

Reflexión de la enfermera: Aunque la paciente dice que ha tomado "sólo un puñado", la enfermera sabe que los pacientes suicidas pueden ocultar o minimizar la magnitud de la tentativa y pueden subestimar la letalidad de su comportamiento. Aunque manifestó que no estaba segura si quería morir o dormir, la enfermera reconoce que ésta es la ambivalencia que puede presentarse en la ideación suicida y, como tal, no descarta el riesgo de muerte. La enfermera también reconoce que las pérdidas repentinas o las perturbaciones emocionales pueden aumentar el riesgo.

Respuesta de la enfermera: La enfermera moviliza recursos llamando con el móvil proporcionado por su centro y marca inmediatamente el 911 para avisar del intento de suicidio. Se queda con la paciente y monitoriza el pulso y la respiración. La enfermera continúa hablando con la paciente, escuchando como expresa sus preocupaciones, de forma empática y sin juzgarla. Explica que a pesar de que no quiere ayuda en este momento, es importante que sea valorada por un médico para esta situación de urgencia. Los técnicos de la ambulancia la llevarán al hospital con la enfermera en la parte posterior de la ésta. La paciente manifiesta que quiere llamar a su hermana para hacerle saber lo que ha ocurrido. La enfermera reconoce la importancia del apoyo social para la paciente suicida y también se asegura de que llamará a su hermana.

Viñeta

Caso modelo: La enfermera ha estado trabajando con su paciente, Suzy, desde la admisión. Siente que tiene una buena relación con Suzy, así como con los padres de Suzy y el novio que la visitan regularmente. Suzy tiene un historial de depresión y sobredosis pasada, cuando se sentía triste y sin esperanza. Ha estado evolucionando bien y tiene privilegios recientes para salir de la unidad sola. La enfermera ha notado que hoy Suzy estaba triste después pelearse con su novio. Le pidió que se fuera de la unidad para dar un paseo y "calmarse". A su regreso, la enfermera decide ir a la habitación de Suzy para hablar con ella. Suzy dice que acaba de estar en la tienda y compró una botella de Tylenol, se la ha tomado entera.

Reflexión de la enfermera: La enfermera sabe que Suzy ha padecido de sobredosis en el pasado, cuando se ha sentido desesperanzada. Está muy preocupada por que Suzy pueda haber tomado una sobredosis de Tylenol como reacción a la pelea con su novio. Las nuevas habilidades de afrontamiento de Suzy son todavía muy frágiles. No quiere dejar Suzy sola, sin embargo, necesita conseguir ayuda. Es la hora de la cena y sabe que una de las compañeras está cenando, otra se encuentra en la farmacia, otra está en el control de enfermería y la última compañera está con otro paciente en el pasillo opuesto. No quiere alarmar a los otros pacientes ni ponerlos en una situación comprometida. La enfermera se da cuenta de que tiene que valorar rápidamente a Suzy, determinar la gravedad de la tentativa y adoptar las medidas de tratamiento necesarias. La enfermera sabe que es incapaz de hacerlo todo sola; tendrá que movilizar todos sus recursos, incluidas sus compañeras, para realizarlo todo a tiempo.

Respuesta de la enfermera: Como ninguno de los otros miembros del personal están cerca y siente que no es seguro dejar a Suzy sola o con su compañera de cuarto, la enfermera le pide a la compañera de cuarto de Suzy que vaya al control y le diga a la otra enfermera que venga. Se da cuenta de que no es una gran solución, pero está muy preocupada porque Suzy está empezando a tener dificultades para mantenerse despierta. Intenta obtener más información de Suzy, pero su estado comienza a deteriorarse. Cuando llegan dos compañeras de trabajo, le indica a una que marque un código y a la otra que traiga el carro de paros para monitorizar a la paciente. La enfermera se queda con Suzy y comienza a tomar las constantes vitales mientras llega el equipo para ofrecer atención médica. Cuando el médico decide que Suzy debe ser trasladada a la UCI, la enfermera le indica a una colega que inicie el traslado mientras ella cumplimenta los registros y contacta con la familia. La familia está muy molesta y preocupada por Suzy, por lo que la enfermera hace las gestiones oportunas para que puedan venir a reunirse con el médico y visiten a Suzy cuando esté estable. Le pide a su colega que informe a la UCI sobre esto. Sabiendo que a Suzy la lleva un trabajador social comunitario con el que ella y la familia trabajan muy de cerca, también le deja un mensaje explicándole los hechos. Por último, la enfermera al servicio religioso para que estén a disposición de la familia, mientras esperan en la UCI. Cuando ha acabado de avisar a todos los soportes de Suzy, la enfermera informa a sus compañeras de trabajo que va a la UCI para completar su informe y valorar el estado de Suzy.

Recomendación 8:

La enfermera se cerciorará de que la observación y el seguimiento terapéutico reflejen el cambio en el riesgo de suicidio del paciente.

Tipo de evidencia IV

La observación empieza de inmediato en cualquier persona identificada como en riesgo de suicidio. Una vez que se ha completado la valoración integral, debe adaptarse el nivel de apoyo y de observación, según se precise. La literatura internacional muestra mucha variación en las prácticas de observación (Jones, Ward, Wellman, Hall, & Lowe., 2000; O'Brien & Cole, 2003; Reynolds et al., 2005) y guías (CRAG, 2002; NZGG, 2003), especialmente en relación a los atributos de los diferentes niveles de observación y las condiciones en que se pueden iniciar o cambiar los niveles de observación. Como el objetivo de la observación es brindar apoyo a los pacientes que no tienen la capacidad de impedir la ideación suicida, esta guía recomienda que el nivel de monitorización refleje el nivel cambiante de riesgo del paciente, según lo determinado por el juicio clínico y en colaboración con el equipo de salud (Clinical Resource and Audit Group, 2002; NZGG, 2003).

La confianza del paciente en la comprensión y el control del comportamiento autolesivo es un factor importante para determinar el nivel de observación más adecuado (Murray & Hauenstein, 2008). La toma de decisiones con respecto a los niveles de observación también debe tener en cuenta el nivel de riesgo de suicidio, los soportes existentes para la monitorización, el nivel de habilidad de los individuos que proporcionan la observación, la idoneidad del entorno y las políticas organizativas (Clinical Resource and Audit Group [CRAG], 2002). Tanto en el hospital como en otras instituciones, esto puede ir desde el conocer el paradero de los pacientes en todo momento, hasta tener al paciente siempre a la vista y al alcance de la mano (CRAG 2002). Las prácticas de observación en la comunidad o en el momento del alta hospitalaria están menos descritas en la literatura, pero deben implicar la valoración de las estructuras de soporte social y en consecuencia las decisiones relativas a la participación de los servicios comunitarios y / o clínicas para pacientes ambulatorios, con re-hospitalización cuando sea necesario (APA, 2003; CRAG, 2002). Por otra parte, la observación debe establecerse "en el nivel menos restrictivo, por el menor tiempo posible dentro de un lugar lo menos restrictivo (CRAG, 2002, p. 10). Véanse ejemplos de niveles de observación en el anexo L.

El entorno terapéutico, incluyendo la interacción enfermera-paciente, está estrechamente ligado a la experiencia del paciente observado. En un estudio descriptivo con pacientes psiquiátricos, Jones y sus colegas (2000) describieron que muchos pacientes se sentían más seguros, tranquilos y cuidados, en vez de invadidos, y experimentaban una frustración menor cuando las enfermeras que los observaban tenían un trato familiar y hablaban con ellos, en lugar de permanecer distantes y silenciosas. Debido a esta influencia de las actitudes y comportamientos de las enfermeras sobre las experiencias de los pacientes, los autores sugieren que la observación debe ser vista como una oportunidad para realizar interacciones terapéuticas con los pacientes (Jones et al., 2000).

Si bien la observación debe ser realizada por personas capacitadas con el conocimiento y las habilidades adecuadas, el papel de los no profesionales (miembro de la familia, p.e.) se debe tener en consideración (CRAG, 2002). Es importante destacar que una documentación clara facilita la comunicación dentro del equipo y la valoración continua de la necesidad de observación (CRAG, 2002). Tanto el paciente como otras personas significativas deben ser informados de las decisiones tomadas en relación a la observación (CRAG, 2002) e incluirse en la toma de decisiones, según corresponda.

Recomendación 9:

La enfermera trabaja de forma colaborativa con el paciente con el fin de comprender su perspectiva y encontrar sus necesidades.

Tipo de evidencia IV

Las personas suicidas son significativamente más propensas a percibir que tienen necesidades, y muchas creen éstas no se han satisfecho plenamente (Pirkis, Burgess, Meadows & Dunt., 2001). Para ayudar a satisfacer las necesidades del paciente, la enfermera debe utilizar técnicas de comunicación eficaces, como escuchar y validar, de forma que el paciente sea capaz de transmitir su historia y sus necesidades desde su propia perspectiva (Gough, 2005; Murray & Hauenstein, 2008; O'Brien & Cole, 2003). Cdereke & Ojehagen (2002) evaluaron las necesidades de los pacientes en cinco áreas generales (básicas, aspectos de salud, las necesidades sociales, el funcionamiento diario y los servicios), y encontraron que las necesidades básicas, las necesidades sociales y de salud eran las necesidades obtenían las primeras posiciones de no satisfechas en los primeros 12 meses después de un intento de suicidio. La pirámide de las necesidades de Maslow (Maslow, 1943) (Figura 1) ofrece un marco explicativo de las necesidades, donde los niveles inferiores, como la alimentación y la vivienda, se deben satisfacer antes que los niveles más elevados, tales como el sentido de la autoestima. Se pueden identificar las necesidades específicas de cada persona utilizando un enfoque centrado en el paciente y culturalmente competente.



Figura 1: Pirámide de Maslow (Maslow, 1943)

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Tras la identificación de las necesidades, la enfermera debe participar activamente con el paciente para desarrollar estrategias para satisfacer estas necesidades. Tales estrategias pueden incluir lo siguiente:

- facilitar el acceso a los servicios (Eagles, Carson, Begg & Naji., 2003)
- consejos, medicamentos e información (Pirkis et. al., 2001)
- compromiso activo
- fomento de la participación activa en los ámbitos social, según corresponda, para fortalecer el ego del paciente y modificar los patrones interpersonales aversivos (O'Brien & Cole, 2003)
- utilizar la colaboración y el trabajo en equipo para garantizar un enfoque coherente con el cuidado



La colaboración es el compartir y trabajar juntos para lograr objetivos comunes, de tal manera que todas las personas o grupos se reconocen y se potencia el crecimiento

(Stanhope & Lancaster, 2000).

Cuadro para la práctica

Estrategias posibles para la reafirmación de la autoestima del paciente

(Equipo de desarrollo de la RNAO, 2008)

La valoración, el respeto y la compasión recorren un largo camino para demostrar que se reconoce a la persona. A continuación se exponen algunas formas de mostrarle al paciente que las demás personas ven su valor:

- Alentarlo a ser amable y comprensivo con él mismo. Recomendar el uso de un diario donde expresar sus pensamientos y replantear positivamente cualquier pensamiento negativo.
- Al dialogar con el paciente, reconocer sus puntos fuertes.
- Trabajar con el paciente para establecer objetivos alcanzables diarios y para cumplirlos.
- Ayudar al paciente a visualizar el cambio. Ayudar al paciente a describir el comportamiento deseado modificado.
- Ayudar al paciente a establecer recompensas para los pequeños logros.
- Ayudar al paciente a que no se eche la culpa cuando algo no sale como se quiere.
- Ayudar al paciente a contrarrestar los pensamientos negativos con pensamientos positivos.

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: Carol es una paciente recién ingresada que fue remitida por el médico de familia por riesgo potencial de suicidio. La enfermera que la entrevista primero registra que tiene 57 años y es viuda desde hace un año. Es de aspecto delgado frágil. Hace ocho meses fue víctima de un robo. Desde entonces cada vez ha estado más agitada y sin poder dormir por miedo a le roben de nuevo. Cuando se duerme, se despierta a los 30-40 minutos creyendo que está escuchando a alguien afuera. Ha cambiado las cerraduras, pero no se siente segura. Comenta que su marido la había mantenido siempre a salvo. Vive sola. Su amiga más cercana vive a dos millas de su casa. Como ella no conduce y su marido siempre la había llevado a visitarla, no ha visto a su amiga desde la muerte de su marido. Hay transporte público, pero teme no poder superar las escaleras del autobús, las escaleras mecánicas del metro y la multitud de personas. Carol habla por teléfono con su amiga una vez al día. Es capaz de caminar hasta la tienda de la esquina para conseguir comida, pero afirma: "No es divertido cocinar para uno". Durante la entrevista, la enfermera oye mascullar a Carol, "Estoy tan cansada de todo". Está llorando y a veces parece distante.

Reflexión de la enfermera: La enfermera reconoce que la discusión con la paciente debe centrarse en su perspectiva de lo que está pasando en su vida. Utiliza diferentes técnicas de comunicación para entender mejor que necesidades no están siendo satisfechas y que han llevado al ingreso a Carol. Usando la pirámide de necesidades de Maslow (Maslow, 1943), la enfermera conforma las preguntas para Carol:

- necesidades básicas (dormir, comer, funcionamiento diario, cuestiones de salud);
- las necesidades de seguridad (empleo, dinero, sentirse segura, vivienda, transporte, servicios de terceros);
- necesidades de amar y de pertenencia (sociales incluyendo la amistad, la familia, la intimidad sexual);
- las necesidades de estima (confianza, respeto de sí misma o a otros y por otros, la autoestima);
- necesidades de autorrealización (capacidad de resolver problemas, aceptar los hechos, la moral, la falta de prejuicios, apreciar la vida, la confianza).

Respuesta de la enfermera: La enfermera le pregunta:

- ¿Qué ha estado sucediendo en su vida?
- ¿Qué ha cambiado para usted?
- Ha tenido problemas en el pasado, ¿qué es diferente ahora?
- ¿le ha ocurrido algo recientemente? si es así ¿Qué? ¿Cómo le ha afectado? ¿Cómo ha afectado a las personas que usted considera sus soportes?
- ¿Cuál es la conexión entre cómo se siente y lo que le ha pasado?
- ¿De qué manera lo que le ha sucedido siente que afectará a su futuro?
- ¿Qué otros factores están influyendo en cómo se siente?

Al escuchar y observar, la enfermera sabe que las necesidades básicas de Carol de dormir, comer y el funcionamiento diario están en riesgo. Otras necesidades en peligro son: sus necesidades de seguridad, que incluyen la sensación de seguridad y de transporte; sus necesidades de amor / pertenencia, ya que ha perdido a su marido y el contacto físico con su mejor amiga; y sus necesidades de autorrealización. Carol está en un estado de angustia, mucha ansiedad, y depresión que eclipsa su habilidad para resolver problemas, un componente primario de la auto-actualización. Carol y la enfermera trabajan juntos para priorizar las necesidades de Carol. En primer lugar se centran en las necesidades básicas y las necesidades de seguridad. La enfermera inicia las intervenciones para ayudar a Carol a encontrar tanto el bienestar físico como el

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

emocional. Le hace más preguntas para evaluar si Carol es capaz de procurarse sus propios cuidados, o si necesita ayuda externa mientras esté en ese estado de angustia.

Recomendación 10:

La enfermera utiliza un abordaje basado en la resolución de problemas mutuos (paciente ↔ enfermera) para facilitar el entendimiento de como perciben sus propios problemas y generan soluciones.

Tipo de evidencia IV

La ideación y comportamiento suicida a menudo representa una forma de hacer frente a las situaciones que el individuo percibe como insoportables y puede estar relacionada con el dolor psicológico y emocional (Berlim, Mattevi, Pavanello, Caldieraro, Fleck, Wingate, et al., 2003). Como tal, las tendencias suicidas no necesariamente indican un deseo de morir, sino que pueden estar influidas por intervenciones que proporcionan al individuo estrategias de afrontamiento alternativas. Según Sakinofsky (2007b), reducir el riesgo de suicidio consiste en prevenir que el paciente se sienta superado por una situación causada por la acumulación de problemas.

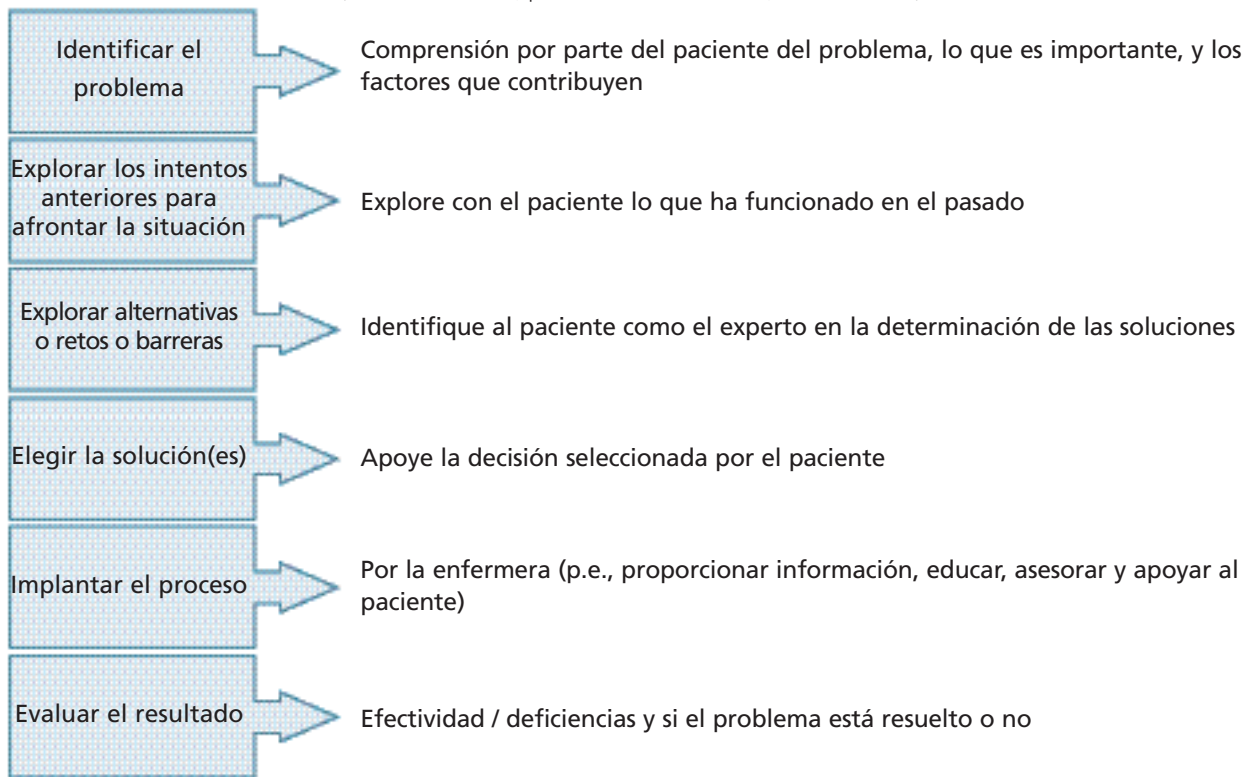
Muchos pacientes no pueden entender la conexión entre los factores de estrés y sus pensamientos o conductas suicidas (Murray & Hauenstein, 2008). Al ayudar a las personas a reconocer la forma en que perciben sus problemas y generar soluciones a estos problemas (es decir, el suicidio), la enfermera puede facilitar la comprensión del paciente de lo que le ha conducido a su intento de suicidio, y cómo usar en el futuro la variedad de opciones existentes (Fontaine, 2003; Murray & Hauenstein, 2008). Promocionando la participación del paciente en la generación de sus propias estrategias no sólo se garantiza la idoneidad del tipo de estrategia, sino que también ayuda al paciente a recuperar el sentido de control sobre la situación. El proceso más importante para los pacientes y sus familias es la forma de resolver los problemas (Fontaine, 2003). Cuando se aplica un enfoque de resolución de problemas, también es importante adaptar este enfoque a la preparación del paciente y a la situación del paciente dentro del continuum de cuidados (autónomo o dependiente). Los pacientes autónomos se sienten atrapados y necesitan igualdad; Los pacientes dependientes necesitan no sentirse abandonados (Burgess, 1998).

A pesar de ser ampliamente utilizado en la práctica enfermera, existen lagunas en el conocimiento empírico sobre los atributos esenciales y la eficacia del enfoque en la resolución de problemas. Sin embargo, a pesar de estos vacíos de evidencia, la terapia basada en la resolución de problemas ha demostrado ser prometedora en la disminución de los episodios repetidos de autolesión deliberada (Hawton, Townsend, Arensman, Gunnell, Hazell, House, et al., 2006; Mustafa Soomro, 2006) y se ha relacionado con la gestión de los desencadenantes de la impulsividad (Fontaine, 2003). Algunos pacientes en crisis pueden tener dificultad para pensar con claridad, estar confundidos y tener dificultades para la resolución de problemas. Para comprender cómo se debe trabajar con este tipo de pacientes, especialmente en lo que se refiere a la exploración del afrontamiento del paciente y la negociación del plan de tratamiento, consulte la Guía de buenas prácticas de la RNAO *Intervención en casos de crisis* (RNAO, 2006b).

Se precisa de mayor investigación en terapia de resolución de problemas como intervención enfermera. Taylor (2000) afirmó que la capacidad de la enfermera para proporcionar un cuidado seguro y competente depende de unas buenas habilidades clínicas para la resolución de problemas. La resolución de problemas se define como 'la generación de posibles soluciones a una cuestión motivo de preocupación, por lo que debe ser una parte inherente a la práctica de todos los profesionales' (Eisenhauer & Gendrop, 1990 p.80, as cited in Taylor, 2000). Este proceso comienza cuando la enfermera identifica un problema del paciente y éste persiste hasta el punto en se toma la decisión de aliviar o resolver el problema. Se propone un marco desde la perspectiva de la resolución de problemas en la siguiente página.

Perspectiva de la resolución de problemas

(Muxlow & Hamer, personal communication, October 2007)



Cuadro para la práctica

Estrategias prácticas para el uso del enfoque de resolución de problemas

(Equipo de desarrollo de la RNAO, 2008)

A. Identifique el problema

1. Dígale al paciente que describa lo que está ocurriendo. ¿Qué otras personas están implicadas?
2. Ayude al paciente a analizar el problema para centrarse en el problema inmediato (prioritario).
3. ¿Cuáles son los factores desencadenantes y los patrones de los posibles actos autodestructivos?
4. Ayude al paciente a monitorizarse a través del uso de los diarios para recordar y detallar las relaciones, los estados de ánimo, los desencadenantes y los patrones de comportamiento de autolesivos.

B. Explore los intentos anteriores para tratar la cuestión

1. Ayude al paciente a identificar lo que ha funcionado en el pasado.
2. Ayude al paciente a identificar los apoyos, los recursos y las fortalezas personales.

C. Explore las alternativas o los retos para determinar soluciones

1. Identifique los pequeños pasos que propiciarán el cambio y el control.
2. Examine el papel de los medicamentos para reducir la ansiedad (APA, 2003).
3. Explore alternativas seguras, como la respiración y la relajación (Frazier et al., 2003).

D. Elegir Soluciones

1. Concéntrase en ayudar al paciente a identificar pequeños pasos, estrategias de afrontamiento, reducción del estrés, resolución de problemas y autoevaluación de los resultados.

E. Proceso de implantación

1. Identifique cuando el paciente va a "parar y pensar" y utilizar colaborativamente lo acordado.
2. Es útil registrar los éxitos, las emociones y el aprendizaje (Fontaine, 2003).
3. Proporcionar sesiones terapéuticas de tiempo limitado para ayudar al paciente a resolver los problemas interpersonales actuales (Gaynes, West, Ford, Frame, Klein & Lohr, 2004).

F. Evalúe los resultados

1. Promueva la autovaloración realista a través de conversar con el paciente sobre sus capacidades y limitaciones. Ayude al paciente a reflejar los resultados de las tareas propuestas.
2. Anime - señale los pequeños éxitos y refuerce la capacidad de los pacientes para evaluarse ellos mismos (Fontaine, 2003).

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: Una enfermera de salud mental en la unidad de admisión se percató de que el médico de familia de Carol está preocupado por su riesgo de suicidio. Durante la entrevista de ingreso con Carol, la enfermera es conocedora de que vive sola y fue víctima de un robo cuatro meses después de la muerte de su marido. Carol está agitada y no puede dormir debido al miedo a ser robada de nuevo. La enfermera también recibe información de Carol de que se siente insegura y cree que oye a alguien afuera. Carol dice que su marido siempre la mantuvo a salvo. Aunque la mejor amiga de Carol vive a dos millas de distancia, ella no conduce y no se atreve a ir en transporte público porque le da miedo la multitud. Siempre había confiado en su marido para llevarla a visitar a su amiga. Carol camina hasta la tienda de la esquina para comprar alimentos y su percepción es que no es divertido cocinar para uno y "está cansada de todo".

Reflexión de la enfermera: Durante su interacción y conversación con Carol, la enfermera reconoce que el enfoque de resolución de problemas abarca componentes del proceso de enfermería y reconoce que Carol es la experta en esta situación. La enfermera utiliza las habilidades de comunicación interpersonal y las técnicas como la escucha, el respeto, la calidez y la autenticidad, para captar a Carol en la comprensión del aquí y ahora, en la exploración de la historia pasada de Carol y en la exploración de alternativas y soluciones a los problemas identificados por Carol.

Utilizando el enfoque de resolución de problemas, las interacciones e intervenciones enfermeras se centran en:

- la percepción de Carol del problema y el impacto en las actividades de su día a día, el patrón del sueño, la agitación, el miedo y el llanto;
- la determinación de la seguridad de Carol y el riesgo de hacerse daño relacionado con los comentarios de "estoy cansada de todo" y "no es divertido cocinar para uno";
- las averiguaciones sobre lo que le funcionó en el pasado en la resolución de problemas;
- la identificación de los puntos fuertes de Carol, las habilidades de afrontamiento, los sistemas de apoyo, los recursos, la relación con su mejor amiga;
- la exploración de lo que daría a Carol una sensación de control, seguridad personal y reduciría su nivel de ansiedad;
- dar valor y apoyo a las elecciones de Carol para resolver el problema;
- el fortalecimiento de las habilidades de Carol para la resolución de problemas mediante la exploración de formas de ayudarla para conseguir su objetivo y el manejo de las expectativas; y
- la celebración con Carol de sus logros y éxitos.

Respuesta de la enfermera: Las habilidades de escucha y la capacidad de concentrarse en el aquí y ahora de la enfermera, es lo que ha facilitado el proceso de Carol para identificar el problema y llegar a una solución. Ayuda a Carol en la comprensión de la interconexión entre la pérdida de su marido, el robo, sus síntomas físicos y emocionales, y el efecto acumulativo sobre su bienestar mental. Un aspecto importante de la función de la enfermera es el estudio de la seguridad de Carol y el riesgo de autolesión haciendo preguntas específicas y directas acerca del gesto suicida, la intención, y el plan para acabar con su vida, así como las intervenciones para reducir los factores de estrés percibidos o reales en su bienestar mental. La enfermera identifica a Carol como la experta en esta situación y se basa en sus fortalezas, sus habilidades efectivas en la resolución de problemas en el pasado, el sistema de apoyo, aparte de su mejor amiga y sus recursos. Además, explora pequeños acciones, como las técnicas de relajación y respiración para dar a Carol una sensación de control y así reducir su ansiedad.

La interacción de la enfermera con Carol incluye comentarios positivos sobre las elecciones de Carol, la decisión para resolver el problema, así como la oportunidad para reflexionar sobre los resultados esperados para recuperar el bienestar mental. La intervención también incluye información y educación para que Carol pueda identificar diversas estrategias de afrontamiento. La enfermera también le ofrece sesiones terapéuticas de tiempo limitado para ayudarla a alcanzar su objetivo y es accesible para facilitar el apoyo psicológico basado en la elección/ decisión de Carol. Es importante la promoción de expectativas realistas para reafirmar los puntos fuertes, las habilidades y las estrategias utilizadas en la situación actual que pueden ser útiles para hacer frente a otras situaciones. Sin embargo, es importante sopesar éstas, debatiendo las expectativas poco realistas y las limitaciones. Por último, la enfermera anima a Carol a celebrar los pequeños logros y refuerza su experiencia y su capacidad para resolver el problema.

Recomendación 11:

La enfermera fomenta la esperanza en el paciente suicida.

Tipo de evidencia IV

Está bien establecida la asociación entre la desesperanza y un mayor riesgo de suicidio, intentos de suicidio, y el nivel de intención suicida (APA, 2003). La desesperanza, caracterizada por sentimientos de insuficiencia e incapacidad para actuar en nombre propio, es la percepción de no tener ninguna esperanza de que la situación de vida o circunstancia vaya a cambiar o a mejorar (Murray & Hauenstein, 2008). Cuando el paciente está experimentando desesperanza, la enfermera puede infundir y fomentar el sentido de esperanza para el futuro (MacLeod et al., 1997).

Hay una fuerte relación entre la esperanza y el cuidado (Cutcliffe & Barker, 2002). Mediante la formación de una relación terapéutica con el paciente, la enfermera transmite tolerancia y aceptación. La forma en que el paciente percibe que está siendo tratado impacta significativamente en sus sentimientos.

Los pacientes suicidas a menudo se sienten sobrepasados por ese sentido de la desesperanza y pueden proyectárselo a la enfermera. La enfermera debe ser consciente de sus propios sentimientos de esperanza y / o desesperanza con el fin de ser capaz de dar soporte al paciente. La enfermera que no tiene esperanza en el paciente necesita hacer frente a ello, bien sea a través de una reunión de equipo, o bien a través de la supervisión clínica, con el fin de que los sentimientos de desesperanza o culpabilidad de la enfermera no se transmitan al paciente. Véase en el anexo D una discusión con mayor detalle respecto a las cuestiones de transferencia y contra transferencia que pueden surgir durante la atención a los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

La idea de esperanza está también bien situada en el contexto de la recuperación. Véanse en el anexo I las lecturas propuestas en relación a los modelos de recuperación.

Recomendación 12:

La enfermera está al día de los tratamientos más actuales para proporcionar intervenciones de asesoramiento, derivaciones, monitorización y realizar educación para la salud, cuando sea adecuado.

Tipo de evidencia IV

Las modalidades de tratamiento que se pueden utilizar para gestionar el riesgo de los pacientes con ideación y comportamiento suicida son: psicoterapia, psicofarmacología, terapia electroconvulsiva (TEC) y las terapias complementarias o alternativas (APA, 2003; Hawton, Townsend et al., 2006; NZGG, 2003). Como parte del equipo multidisciplinario, la enfermera debe tener conocimiento de estas modalidades a fin de proporcionar intervenciones centradas en el paciente en relación al asesoramiento, la monitorización y la educación para la salud, según proceda. Esta área ofrece muchas oportunidades para derivar al paciente a aquellas personas que tienen conocimientos especializados (p.e., enfermeras generalistas, enfermeras especialistas en salud mental, enfermeras de práctica clínica avanzada, psiquiatras y otros profesionales de la salud afines). En consonancia con el enfoque centrado en el paciente y la seguridad cultural, es importante explorar el conocimiento y el significado de las diferentes opciones de tratamiento.

Psicoterapia

La mayoría de los estudios relativos a las modalidades de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia conductual dialéctica, se centran en su uso como tratamiento de los síntomas psicosociales y factores de riesgo relacionados con los trastornos específicos (APA, 2003), tales como trastorno de personalidad límite (Linehan, 1993) y la esquizofrenia (Mamo, 2007). Otras guías y revisiones sistemáticas indican

la escasez de estudios rigurosos que evalúen directamente la eficacia de estas modalidades en la reducción de suicidio (APA, 2003; Hawton, et al., 2006; Mann et al., 2005; Mustafa Soomro, 2006). Sin embargo, a pesar de las lagunas en la literatura, el consenso clínico continúa sugiriendo que las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas específicas son de beneficiosas para el paciente suicida (APA, 2003).



La psicoterapia es un "método de tratamiento para la enfermedad mental en el que un profesional de la salud mental y un paciente conversan sobre los problemas y los sentimientos para encontrar soluciones. La psicoterapia puede ayudar a las personas a cambiar su forma de pensar y los patrones de conducta o la comprensión de cómo las experiencias pasadas afectan al comportamiento actual " (Glosario del Instituto Nacional de Salud Mental, 2005).

Psicofarmacología

Los medicamentos para el tratamiento de la depresión y la ansiedad también pueden desempeñar un papel en la atención a los pacientes en riesgo de ideación y comportamiento suicida (APA, 2003; Diaconu & Turecki, 2007; Sher, Oquendo & Mann, 2001). La enfermera debe poseer los conocimientos y las habilidades para abogar por, monitorizar, dar soporte y proporcionar educación al paciente y a la familia en relación al uso de psicofármacos como modalidad potencial de tratamiento. Aunque los medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas relacionados con el riesgo de suicidio, su uso no constituye necesariamente un factor protector (Baldessarini, Pompilli, Tondo, Tsapakis, Sodani, Faedda et al., 2005) y , por tanto, es esencial una estrecha vigilancia clínica del uso de estos psicofármacos en los pacientes suicidas. El seguimiento de un paciente que está tomando medicación implica conocer los síntomas individuales de base de modo que estos síntomas se puedan comparar con los síntomas asociados a los efectos adversos del fármaco (Baldessarini et al., 2005; NZGG, 2003;).



La psicofarmacología es una subespecialidad de la farmacología que incluye medicamentos que se usan para que afecten sobre el cerebro y las conductas relacionadas con los trastornos psiquiátricos (Austin & Boyd, 2008).

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) puede utilizarse para tratar a los pacientes suicidas en fase aguda. Los datos disponibles sugieren que la TEC reduce a corto plazo la ideación suicida, pero principalmente está indicada en circunstancias clínicas muy específicas, tales como la depresión (APA, 2003; Sakinofsky, 2007c). Ya que no hay evidencia de reducción del riesgo de suicidio a largo plazo, después de un episodio agudo de TEC, suelen ser necesarias durante las siguientes semanas y meses la vigilancia intensa y el tratamiento adicional con medicaciones psicotrópicas (APA, 2003).

Modalidades complementarias y alternativas

Las modalidades complementarias y alternativas (MCA) las utilizan los pacientes como modalidad de tratamiento adicional para el manejo de su comportamiento suicida relacionado con la depresión, la ansiedad o la enfermedad mental (Brugha, Rampes & Jenkins, 2004; Ernst, Rand & Stevinson, 1998; Linde, Ter Reit, Hondras, Vickers, Saller & Melchart., 2001; Williams, Mulrow, Chiequette, Noel, Aguilar & Cornell., 2000). Estas modalidades de tratamiento incluyen hierbas medicinales, suplementos dietéticos, masajes o reflexología, aromaterapia, acupuntura, yoga, meditación, reiki y musicoterapia (Brugha, et al., 2004; Weier & Beal, 2004). Es importante que la enfermera explore el uso y comprensión de las MCA por parte del paciente a fin de garantizar la seguridad de éste, y especialmente si se usa como suplemento a la psicofarmacología convencional.

También deben considerarse las modalidades específicas de cada cultura. La enfermera debe ser respetuosa

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

con las diferencias dentro y entre los grupos etnoculturales cuyos integrantes no consideran estas modalidades como "alternativas". Más bien, son parte integral de la salud y el bienestar, y pueden utilizarse junto con los fármacos y enfoques occidentales, o si se prefiere como tratamiento único. p.e., el "sweat lodge" (cabaña de sudación), el "smudging" (baño de humo purificador), las plantas medicinales y muchos otros enfoques tradicionales que utilizan los aborígenas canadienses (Waldram, 1997).

Cuadro para la práctica

Enfoques útiles para el paciente que utiliza terapias complementarias y alternativas (MCA)

(Equipo de desarrollo de la RNAO, 2008)

1. Reconozca que el paciente usa o considere el uso de tratamientos complementarios y alternativos como tratamiento primario y / o suplementario.
2. Esté dispuesto y preparado para trabajar con el paciente, independientemente de las opciones o preferencias de éste.
3. Conozca la amplia gama de tratamientos complementarios y alternativos utilizados y las razones de su uso.
4. Conozca la diferencia entre el tratamiento convencional y el tratamiento alternativo.
5. Utilice las habilidades de comunicación interpersonal y las intervenciones terapéuticas para:
 - explorar las creencias del paciente y los puntos de vista sobre el tratamiento convencional y alternativo;
 - preguntar al paciente sobre la medicación actual, incluyendo medicamentos sin receta y la terapia alternativa que el paciente ha utilizado, probado y / o está utilizando;
 - explorar el conocimiento del paciente sobre los tratamientos complementarios y / o alternativos, la razón para elegir la MCA, y las expectativas de los beneficios conocidos o percibidos;
 - explorar el conocimiento del paciente sobre los efectos secundarios;
 - poseer conocimientos para proporcionar información sobre el uso de fármacos concomitantes como los anticonceptivos orales, anticoagulantes y medicamentos antihipertensivos;
 - observar las interacciones medicamentosas perjudiciales según sea necesario; y
 - registrar según el protocolo de su institución.

Tipo de evidencia IV

Viñeta

Caso modelo: Jim, un hombre casado de 42 años de edad, llega al centro de salud de la comunidad solicitando ver al médico. Una de las enfermeras le pregunta si tiene una cita. Jim responde: "¡No! Sólo tengo que ver al médico para hacer que estas malditas cosas de mi cabeza desaparezcan". La enfermera le pide a Jim que por favor tome asiento y le dice "vuelvo en breve". La enfermera informa al jefe de equipo que hay un paciente que desea ver al médico, pero que no tiene cita. Mientras tanto, Jim comienza a armar jaleo en la sala de espera. El jefe de equipo decide agilizar el tiempo de espera de Jim debido a su comportamiento escandaloso y le pide a la enfermera que recoja los datos de Jim.

De repente, el comportamiento de Jim es menos escandaloso, una vez que se da cuenta de que lo van a visitar y no lo van a echar. La enfermera invita a Jim a entrar en la sala de entrevistas para responder a algunas preguntas. Durante su interacción con Jim, éste le revela que hace tres años estuvo en el hospital por depresión mayor y que toma pastillas la depresión, la tensión arterial y la ansiedad. Cuando la enfermera le pregunta sobre su depresión y las pastillas que toma, afirma que a veces toma hierba de San Juan, ginkgo y aceite de ajo para ayudarle a afrontar la situación y detener "los malos pensamientos que le dicen que se haga daño".

Reflexión de la enfermera: Dada la información que la enfermera ha recibido del paciente sobre los medicamentos que toma, se da cuenta de que la decisión de tomar la medicación complementaria podría interferir con la eficacia de la medicación prescrita para la depresión. Al reflexionar sobre la forma de proceder, considera en qué aspectos se centrará relacionados con la salud y bienestar del paciente, qué información sería de ayuda en la provisión de cuidados al paciente, y cómo podía ayudarle para utilizar nuevas estrategias de afrontamiento para reducir su nivel de ansiedad.

Respuesta de la enfermera: La enfermera analiza con el paciente sus razones para tomar hierba de Juan y otra hierba medicinal, así como la percepción del paciente sobre la eficacia de éstas. El conocimiento de la enfermera sobre el uso de la hierba de San Juan y el ginkgo junto con los antidepresivos ayudará en el seguimiento de la respuesta del paciente a la medicina complementaria y / o alternativa evidenciándose en una mejora del estado de ánimo o una disminución del estado depresivo. Además, el conocimiento de la enfermera también le ayudará en la fase de intervención cuando proporcione información y educación al paciente para que consulte con el farmacéutico y / o los profesionales de la salud antes de usar la terapia de hierbas; los posibles efectos secundarios de los medicamentos que toma, incluyendo malestar gastrointestinal; el uso de ropa protectora de los rayos solares; los efectos sobre las células reproductoras y las contraindicaciones para su uso de las parejas que quieren tener hijos; los efectos del uso junto con antidepresivos; y, la exploración de nuevas habilidades de afrontamiento.

Recomendación 13a:

La enfermera identifica las personas que pueden beneficiarse de los recursos, apoyos, etc. para los casos de suicidio y los deriva cuando es preciso.

Tipo de evidencia IV

Recomendación 13b:

La enfermera puede iniciar y participar en el proceso de intervención psicológica breve "debriefing" con otros profesionales del equipo de salud según el protocolo de la organización.

Tipo de evidencia IV

Estrategias de postvención de los efectos traumáticos posteriores en las personas afectadas por el suicidio. "Se trata de ofrecer servicios de salud mental y de salud pública para el duelo de los supervivientes" e incluye el trabajo con todas las personas afectadas que lo necesiten (Shneidman 1981, como se cita en Brock 2003; Wilson & Clark, 2005). "En el campo de la prevención del suicidio, 'superviviente' es una palabra que se usa para describir a alguien que ha perdido a un ser querido por suicidio. No se refiere a las personas que han intentado suicidarse y han sobrevivido " (Ball & White, 2005, p.4). El propósito principal de la postvención en el suicidio es dar soporte a la recuperación emocional de las personas afectadas por una pérdida por suicidio, mientras se previene que "el contagio" o comportamiento imitativo suicida (Dafoe & Monk, 2005). Los jóvenes con historia de depresión o ideación o comportamiento suicida anterior tienen un riesgo particular de "contagiarse" y dar una respuesta planificada en apoyo a sus amigos y otros pueden ser eficaces en la reducción de problemas psicológicos, físicos y sociales de las personas afectadas por la muerte por suicidio (Dafoe & Monk, 2005).

En una revisión sistemática, Sakinofsky (2007a) halló unos efectos únicos en las personas que han perdido a una persona significativa por suicidio. Aunque la aflicción asociada con este tipo de pérdida tiene mucho en común con otras formas complejas de duelo, el dolor especialmente traumático, los sentimientos como de vergüenza, la autoculpación y la búsqueda perpetua de sentido la hacen un poco diferente – los familiares y

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

amigos de las personas que han muerto por suicidio son vulnerables a la enfermedad depresiva y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la cohesión familiar se ve comprometida en algunas ocasiones (Sakinofsky, 2007a). Existen relativamente pocos estudios sobre la eficacia de las intervenciones (postvenciones) después de las muertes por suicidio así como metaanálisis de los programas que derivan en que este análisis sea "mixto y muestre tamaños y efectos ínfimos" (Sakinofsky, 2007a, p.1345).

El grado en el que participa la enfermera en el trabajo con las personas en duelo es variable y se basa en muchos factores, tales como las políticas de ajuste de personal, las preferencias de las personas en duelo y el nivel en que la enfermera es competente para participar en la relación terapéutica. Dada la variedad de escenarios de práctica con los que se pueden encontrar las personas en duelo, otro profesional de la salud puede proporcionar estos servicios (p.e., apoyo a la víctima, médicos generalistas, médicos forenses, policías, religiosos o profesionales especializados). Véanse en el anexo M ejemplos de posibles estrategias para la prestación de soporte postvención.



Cuando se proporciona soporte postvención, es importante prestar atención a si la persona está preparada para hablar de la muerte y el duelo. Se recomienda que los clínicos eviten el sensacionalismo de la muerte, glorificar o vilipendiar a la víctima de suicidio, o proporcionar demasiados detalles sobre el acto suicida (Gould & Kramer, as cited in Brock, 2003). Por otra parte, los clínicos no deben imponer sus propias creencias, incluyendo las creencias religiosas, al paciente.

Muchas escuelas, instituciones y servicios comunitarios postvención después del suicidio habitualmente ahora incluyen la intervención psicológica breve "debriefing", o de incidente crítico. Esta intervención psicológica breve "debriefing" se suele realizar en una sola sesión en el período inmediatamente posterior al suicidio. Su uso se basa en la suposición de que la intervención psicológica breve "debriefing" reducirá al mínimo el trastorno de estrés postraumático y otras reacciones adversas a situaciones traumáticas. A pesar de que los beneficios de esta intervención no se han establecido claramente para los participantes, se ha extendido su uso. Las revisiones recientes de ECA sobre la intervención psicológica breve "debriefing" han sugerido que no son necesariamente eficaces en la reducción de estrés postraumático, la morbilidad psiquiátrica, la depresión, la ansiedad o los síntomas de angustia y puede, de hecho, aumentar el riesgo de trastorno por estrés postraumático. Esta conclusión invita a una revisión crítica de las prácticas en este ámbito y, en particular, a examinar la medida en que la entrevista de incidentes críticos puede tener efectos dañinos. Sin embargo, ahora existe una amplia expectativa pública de que la intervención psicológica breve "debriefing" debe estar garantizada a todos los incidentes traumáticos y las víctimas de este tipo de incidentes refieren que consideran de ayuda el proceso. Dado el nivel de popularidad, el servicio podría ser difícil de retirar (Beautrais, 2004).

Este servicio pueden realizarlo consejeros y otros profesionales de la salud mental, y / o consultores especializados con conocimientos y experiencia en programas de postvención después de la muerte por suicidio. Véanse en el anexo N estrategias de intervención psicológica breve "debriefing" para profesionales de la salud.

Viñeta

Caso modelo: La policía llama a la jefa de equipo de una unidad psiquiátrica de un hospital urbano para informarle de que el sr. Jones, de 54 años de edad, se ha suicidado mientras que gozaba de un permiso de fin de semana del hospital. El sr. Jones había sido paciente en la unidad tres veces en los últimos dos años. Varios de los empleados habían trabajado estrechamente con él. La sra. Jones también ha llamado para decir que al día siguiente vendrá con su hijo mayor, Tom, de 28 años de edad, para recoger las pertenencias del sr. Jones.

Reflexión de la enfermera: La jefa de equipo cree que muchas personas pueden verse afectadas por el suicidio del sr. Jones, incluyendo a la familia, los amigos, el personal (clínico y no clínico) y otros pacientes en la unidad, y que la eficacia del tratamiento hasta la fecha no se ha investigado suficientemente. El razonamiento haciendo uso del sentido común indica que algunas personas se beneficiarán de los grupos de apoyo con personas que hayan experimentado una pérdida similar y que otras personas prefieren el apoyo individual, profesional o de otro tipo. La jefa de equipo también cree que a menudo existe un estigma alrededor de la muerte por suicidio y que algunos miembros de la familia se retraerán después del suceso. Además, no es raro que los profesionales de salud mental experimenten dolor, ira, culpa y el miedo a ser culpabilizados - algunos incluso experimentarán pérdida y tristeza profunda después de la reacción inicial (Sakinofsky, 2007a). “Una minoría importante de profesionales experimenta síntomas de trastorno por estrés postraumático y depresión que puede durar un tiempo considerable” (Sakinofsky, 2007a, p. 1355).

Respuesta de la enfermera: La jefa de equipo convoca una reunión inicial con el personal inmediatamente después de la llamada para informarles de lo que ha ocurrido y para desarrollar una estrategia de apoyo a otros pacientes de la unidad y contener las reacciones potencialmente peligrosas como consecuencia del suicidio, incluyendo el comportamiento suicida por imitación (Sakinofsky, 2007a). En colaboración con el equipo de tratamiento, la jefa de equipo decide aplazar los ingresos en la unidad hasta restablecer el ambiente. Además, el equipo decide evaluar a los pacientes considerados con inclinaciones suicidas ya que creen que podrían estar excesivamente angustiados. Se decide realizar una mayor observación de los pacientes más cercanos a la persona fallecida. La jefa de equipo también convoca a una reunión a los pacientes de la unidad para informarles sobre el suceso y responder a sus preguntas y reacciones (Sakinofsky, 2007a). Se designa un miembro del personal clínico para documentar los detalles de la reunión. La jefa de equipo se reúne con la familia cuando llegan para proporcionarles apoyo con un miembro designado del personal que trabajó de cerca con el paciente - Desean asegurarse de que la familia tiene la información y el apoyo necesario en este momento, incluyendo información sobre la disponibilidad de los recursos comunitarios. Al final de esta sesión, preguntan si es o no aceptable para el personal, que así lo desee, asistir al funeral / entierro. La jefa de equipo comprueba con el personal la necesidad de otra reunión para realizar una nueva entrevista psicológica breve en las próximas semanas.

Recomendación 14:

La enfermera busca apoyo a través de la supervisión clínica cuando trabaja con adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida con el fin de tomar conciencia del impacto emocional para la enfermera y mejorar la práctica clínica.

Tipo de evidencia IV

La supervisión clínica es un proceso de apoyo e interactivo que ayuda a las enfermeras a mejorar sus conocimientos y habilidades profesionales al tiempo que ofrece un espacio de reflexión y apoyo. La importancia de la supervisión clínica para la enfermera que trabaja con los pacientes suicidas está en consonancia con lo publicado hasta ahora (Carlen & Bengtsson, 2007; Cutcliffe & Barker, 2002;; Linehan, 1993; NCCMH, 2004; NZGG, 2003; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm [NZCPCPG], 2004). El trabajo con los pacientes que están en riesgo de ideación o comportamiento suicida puede ser estresante para la enfermera; la supervisión clínica es una manera de ayudar a la enfermera a reflexionar sobre sus sentimientos y mantener una relación terapéutica con el paciente (Cutcliffe & Barker, 2002).

La supervisión clínica es un proceso interpersonal en el que las enfermeras se alían con un mentor o con otro clínico de elevada experiencia, para estudiar y trabajar los diferentes retos que se presentan en su propia práctica, siendo también una oportunidad para el aprendizaje reflexivo y el crecimiento profesional sin que implique sanciones o juicios. Proporciona una oportunidad para que la enfermera reflexione de forma segura sobre las cuestiones que puedan surgir en materia transferencia y contra transferencia. Véase en el anexo D una discusión con mayor detalle respecto a la transferencia y contra transferencia.

También puede mitigar los efectos potencialmente negativos de este difícil trabajo sobre salud mental, emocional y física de la enfermera (NZGG, 2003). Teniendo en cuenta los importantes retos personales y profesionales que pueden surgir de trabajar con pacientes suicidas en todo el continuum de cuidados, se sugiere que se implemente la supervisión clínica como parte de la práctica de manera continuada.



Viñeta

Caso modelo: La enfermera ha estado trabajando con María, una joven mujer que ha realizado varios intentos de suicidio. Durante su última hospitalización, respondió bien a la medicación y accedió a ir a terapia después del alta. Recientemente, María se separó de su novio, dejó de tomar su medicación, abandonó a su terapeuta y se tomó una sobredosis de medicamentos para dormir de su madre. Ha regresado a la misma unidad y se siente muy deprimida y desesperanzada. A la enfermera le gustaba María, ya que le recordaba a su hermana, y sintió que tenían una relación positiva y productiva durante el último ingreso de María. Sin embargo, en este ingreso, cuando a la enfermera se le asigna el cuidado de María es bastante brusca con ella y no quiere escucharla cuando comienza a hablar de sus sentimientos. Su colega se da cuenta de que está irritable y evita a esta paciente.

Reflexión de la enfermera: La enfermera colega le comenta que parece molesta con esta paciente y le pregunta al respecto. Al principio, la enfermera lo niega, afirmando que está "cansada". Más tarde, cuando se dirige a su casa, empieza a pensar más en ello y se da cuenta de que su colega tiene razón. Se siente enojada con esta paciente, pero no está segura de por qué; algo va mal y la enfermera se da cuenta de que necesita ayuda para resolver esto. Recuerda que la enfermera clínica de su unidad ha sido de gran ayuda a otros colegas en cuestiones de atención al paciente, y que ofrece supervisión clínica para el personal. Decide hablar con ella sobre su dificultad para responder a esta paciente.

Respuesta de la enfermera: La enfermera se encarga de reunirse con la enfermera clínica. Al principio, no se atreve a hablar con sinceridad, pero la enfermera clínica le hace sentir cómoda y le recuerda que está allí para ayudarla. Ella comienza a hablar de esta paciente, incluyendo el hecho de que la mujer le recuerda a su hermana. Empieza a enfadar cuando se habla de cómo está "perdiendo el tiempo con esa mujer". La enfermera clínica le ayuda a darse cuenta de que está enfadada con esa mujer por muchas razones. En primer lugar, porque trató de suicidarse otra vez después de todo el tiempo y energía que gastó en su cuidado y tratamiento, y en segundo lugar, porque le recuerda a su hermana, que siempre le pide ayuda, pero nunca hace caso. La enfermera clínica apoya la reacción de la enfermera, pero también le ayuda a ver cómo se puede estar sintiendo la paciente. Entendiendo esto, la enfermera comienza a trabajar de forma más productiva de nuevo con la paciente. También pide cita para reunirse con la enfermera clínica dentro de una semana para seguir discutiendo sobre esta paciente.

Recomendaciones para la formación

Recomendación 15:

Las enfermeras que trabajan con personas en riesgo de suicidio deben tener el conocimiento y las habilidades adquiridas mediante el currículo básico de enfermería, oportunidades de desarrollo profesional continuado mediante la formación y orientación para los nuevos puestos de trabajo.

Tipo de evidencia IV

Los conocimientos y habilidades deben ser, como mínimo:

- habilidades de comunicación efectivas para el desarrollo de una relación terapéutica;
- habilidades efectivas para entrevistar de manera que se facilite la valoración y la intervención;
- conocimiento de las señales de alarma, factores de riesgo y factores protectores de la ideación y comportamiento suicida, y la forma de evaluarlos;
- cómo implementar un enfoque de resolución de problemas;
- colaboración con el equipo de salud y reconocimiento de que se debe consultar a los expertos;
- acceso a, y colaboración con, otros servicios de apoyo a través del continuum de cuidados;
- conocimiento de la legislación pertinente en materia de cuidados a los pacientes suicidas (e.g. Mental Health Act and Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.O., 1990, c. F. 31);
- conciencia de la propia seguridad y bienestar; y
- uso de las guías de práctica clínica para dar soporte a la documentación estandarizada, comunicar de forma clara y guiar la toma de decisiones.

Recomendación 16:

El currículo de enfermería debe tener contenido en salud mental, incluyendo la reducción y prevención del riesgo de suicidio, de una manera sistemática para promover las competencias clave en la práctica de la salud mental.

Tipo de evidencia IV

Existe la necesidad de realizar formación postgraduada en enfermería de salud mental en la que quedaría incluido el cuidado a los pacientes con tendencia suicidas. Las personas con riesgo de ideación y comportamiento suicida requieren atención por parte de profesionales de la salud que tengan conocimiento sobre el riesgo de suicidio y sean competentes para su resolución. Con el fin de proporcionar el apoyo necesario a estos pacientes, las enfermeras que no son especialistas en esta área de práctica requieren una serie de habilidades básicas que se identifican en la recomendación 15. Esto es especialmente importante, ya que las enfermeras que no están trabajando en los centros de salud mental tradicionales, pueden tener pacientes con estas necesidades y ellas pueden ser el único punto de contacto entre estas personas y el sistema de salud. Los estudios realizados en el personal de enfermería de urgencia australiano prácticas indican falta de instrucción formal en lo que respecta a la valoración y manejo de los pacientes que se autolesionan (McAllister, Creedy Moyle & Farrugia., 2002; McCann, Clark, McConnachie & Harvey., 2006). Un estudio canadiense también demostró la falta de conocimientos sobre los comportamientos suicidas entre el

personal de urgencias (Watson, 2002). Para conseguir el desarrollo de estas habilidades básicas en todas las enfermeras que empiezan a trabajar, se precisa integrar dicha formación en el currículo de pregrado de enfermería. La integración en los programas de orientación y de formación continuada (p.e., unidades de salud mental, servicio de urgencias) donde el riesgo de suicidio tiene un interés particular, puede ayudar a mantener y mejorar aún más la capacidad de las enfermeras para prestar eficazmente cuidados a estos pacientes.

Los conocimientos y habilidades de las enfermeras, las actitudes, los valores y creencias religiosas u otras, las experiencias personales y profesionales y la edad se ha indicado que afectan a la práctica enfermera y a su relación con las personas en riesgo de suicidio (McCann et al., 2006; Sun, Long & Boore, 2007; Valente & Saunders, 2004; Watson, 2002). En cualquier caso, las intervenciones educativas siguen siendo un medio valioso para la promoción de las mejores prácticas. En un servicio de urgencias, la calidad de las valoraciones psicosociales de los pacientes con autolesiones mostraron una importante mejoría después de que las enfermeras y el personal médico novel realizaran una sesión educativa de una hora centrada en la valoración y manejo de la autoagresión deliberada (Crawford, Turnbull, & Wessley, 1998). De manera similar, un taller centrado en la atención de personas con lesión cerebral traumática con comportamientos suicidas se asoció con un aumento estadísticamente significativo en el nivel de conocimiento y habilidades post-taller, y muchas de estas mejoras se mantuvieron después de seis meses (Simpson, Winstanley & Bertapelle, 2003). Sin embargo, a pesar de los beneficios de estas sesiones educativas, la evidencia para apoyar los componentes esenciales de la formación es menos clara y es muy recomendable que otras herramientas, como la supervisión clínica o la tutela, y la observación se utilice para apoyar activamente a las enfermeras noveles, mientras desarrollan un buen nivel de confort y competencia en esta área de práctica.

Las enfermeras que ejercen en un servicio de salud mental deben recibir la formación apropiada para esta función especializada, con supervisión en el desarrollo de habilidades de valoración y en las intervenciones (NCCMH, 2004; NZCPCPG, 2004). La enfermera de urgencias también necesita una formación específica en enfermería de salud mental, especialmente antes de realizar funciones de triaje (NCCMH, 2004). Las habilidades de pensamiento crítico específicas para esta área pueden incrementarse a través de la formación continuada, el prácticum y la superación de exámenes específicos en salud psiquiátrica y mental y / o de enfermería de urgencias.

La Asociación Canadiense para la Prevención del Suicidio (CASP, por sus siglas en inglés) sugiere que la formación de profesionales de la salud y la promoción de la práctica clínica eficaz y profesional son elementos importantes en la estrategia nacional para la prevención del suicidio (CASP/ACPS, 2004). Se recomienda que la formación de los profesionales de la salud en materia de buenas prácticas en este ámbito, incluya el conocimiento, las habilidades, el juicio y las actitudes necesarias para aplicar las recomendaciones de la guía. Véase el anexo O donde se proporciona un listado de recursos educativos para apoyar el desarrollo profesional en lo que respecta al cuidado de la persona en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación 17:

Los centros sanitarios que admiten pacientes suicidas deben proporcionar un entorno seguro que minimice el acceso a cualquier medio de autolesión.

Tipo de evidencia IV

Los centros sanitarios que admiten pacientes suicidas deben proporcionar un entorno físico seguro que minimice el acceso del paciente a cualquier medio dentro de la estructura del edificio con el que pueda autolesionarse (JCAHO, 1998; Sullivan et al., 2005). Los pacientes en ocasiones pueden utilizar diversas estructuras físicas de la unidad o servicio donde se encuentran, tales como colgadores de ropa, ventanas, medicamentos y productos químicos como métodos para la suicidarse. Por lo tanto, las organizaciones deben asegurarse de que el entorno físico, la arquitectura y los equipos minimicen al máximo estos peligros potenciales.

A continuación se sugieren algunos consejos sobre las instalaciones para reducir el riesgo de lesión ambiental (JCAHO, 1998; RCP, 2006; Yeager et al., 2005):

- equipos y mobiliario irrompibles;
- sin puertas que no se puedan abrir fácilmente por el personal sanitario y sin cerrojos por dentro;
- ventanas con cristales irrompibles;
- áreas de seguridad para los medicamentos y los productos químicos tóxicos;
- sesiones informativas a todos los trabajadores, señoras de la limpieza y celadores en materia de seguridad en el entorno; y
- pulsadores de urgencia, acceso a teléfonos con línea exterior o a otros sistemas de comunicación de emergencia.

Recomendación 18:

En los centros sanitarios que admiten pacientes suicidas, las dotaciones de personal de enfermería deben ser las adecuadas al paciente: ratio de enfermeras y niveles de enfermeras: (p.e. generalistas, especialistas, auxiliares) para satisfacer con seguridad las necesidades imprevisibles de los pacientes suicidas en fase aguda.

Tipo de evidencia IV

Las enfermeras deben tener acceso las 24 horas al personal de emergencia, preferiblemente un psiquiatra. Deben tener el tiempo suficiente en sus cargas de trabajo para llevar a cabo las valoraciones del riesgo de suicidio, realizando la observación, monitorización y satisfaciendo las necesidades del paciente. Si es posible, la plantilla debe estar formada por una combinación de edad, género y etnia reflejo de la población local de pacientes (RCP, 2006).

Recomendación 19:

Las organizaciones deben asegurarse que los incidentes críticos que versen sobre el suicidio sean revisados sistemáticamente para identificar oportunidades de aprendizaje en todos los niveles de la prestación de servicios.

Tipo de evidencia IV

Las organizaciones deben asegurarse de que todos los profesionales de la salud implicados en el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y conducta suicida, trabajen en un ambiente que les permita una práctica acorde con las guías. Son muchos los factores que contribuyen en la experiencia del paciente con el sistema de salud que pueden derivar en resultados positivos o negativos. Cuando se produce un incidente crítico, como un intento de suicidio, el análisis de las cuestiones relacionadas con el sistema y el proceso, pueden contribuir a identificar aquello que ha producido el incidente a la vez que se crea una oportunidad de aprendizaje y objetivos potenciales para implantar mejoras de la calidad del sistema (Dlugacz, Restifo, Scanlon, Nelson, Fried, Hirsch, et al., 2003). Puede ser de utilidad para guiar este proceso un marco ético para la toma de decisiones. Véase el anexo P donde se proporciona un ejemplo de dicho marco.

Viñeta

El sr. Smith fue hallado inconsciente por el personal de enfermería del turno de noche. Se consideró que se trataba de un paro cardíaco. Se determinó que el paciente había tomado una sobredosis de medicamentos que estuvo acumulando en su mesilla de noche. La supervisora de la unidad y el psiquiatra siguieron el protocolo del hospital e iniciaron la intervención psicológica breve "debriefing" del incidente crítico con el personal, así como encargaron una auditoría a fondo sobre el mapa y las políticas de la unidad. Se implantaron recomendaciones para el cambio con proceso de evaluación.

Recomendación 20:

Las organizaciones desarrollan políticas y estructuras en relación a la intervención psicológica breve "debriefing" por pares de los incidentes críticos, tales como una muerte por suicidio. Deben desarrollarse políticas de apoyo a los empleados y que minimicen los traumas.

Tipo de evidencia IV

El compromiso de apoyar el papel de la enfermera en el cuidado de las personas suicidas requiere de un ambiente de trabajo sano que proteja la salud de la enfermera y la capacidad de proporcionar unos cuidados de calidad a los pacientes. Las organizaciones deben tener un papel activo en hacer que los servicios que sean adecuados estén disponibles para los individuos que necesitan consejo o soporte a raíz de incidentes críticos que puedan tener un impacto negativo en el personal. La intervención psicológica breve "debriefing" por pares puede ser un método para satisfacer esta necesidad. Para más detalles sobre la intervención psicológica breve "debriefing" por pares, consulte el apartado de recomendaciones para la práctica.



El trauma vicario, también conocido como trauma secundario, es un estado o efecto psicológico que se presenta en las personas que atienden a las víctimas de sucesos traumáticos después de asistirlos (Varcarolis, 2002, p. 799).

Viñeta

Caso modelo: Un paciente intentó ahorcarse durante el turno de noche. Las enfermeras lo encontraron, le realizaron un RCP y fue trasladado a la UCI. El equipo formado por tres enfermeras, una enfermera de práctica clínica avanzada, un médico residente y un guardia de seguridad estaban angustiados por el suceso. Algunos se culpaban por no "saber" que iba a hacerlo. Otros estaban enfadados con el paciente. Otro dijo que nunca había visto algo tan espantoso y estaba preocupado porque 'tendrían problemas'.

Reflexión de la enfermera: La enfermera responsable del paciente, la supervisora de la unidad, el psiquiatra y el director del programa reconocieron la necesidad de realizar una intervención psicológica breve "debriefing" por pares. Después de un evento traumático, como un intento de suicidio, se precisa una intervención psicológica breve "debriefing" por pares y cualquier enfermera puede solicitar e iniciar la misma .

Respuesta de la enfermera: La supervisora se aseguró de que el personal tuviese acceso a los números telefónicos del Programa de Asistencia al Empleado, en caso de precisar apoyo confidencial. De esta forma se garantizaba el bienestar emocional inmediato de todo el personal y la proporción de cualquier otro tipo de atención por parte del servicio de salud laboral, si se precisa. Tras asegurarse de que todo el personal estaba cómodo para la entrevista, el equipo líder organizó una intervención psicológica breve "debriefing" por pares el día que les fuese mejor a cada uno de ellos. La intervención psicológica breve "debriefing" por pares era confidencial, sin juicios y dirigida por una persona que no tenía una posición formal de autoridad sobre el personal.

Recomendación 21:

Las organizaciones disponen de recursos que garantizan que todas las enfermeras tienen la oportunidad de ser supervisadas clínicamente y formadas de manera continuada.

Tipo de evidencia IV

Incluso en ausencia de eventos críticos, la supervisión clínica y la formación continuada pueden ayudar a mitigar los posibles impactos negativos en la enfermera, así como promover el perfeccionamiento de las habilidades clínicas (NZGG, 2003; RNAO, 2006b). Para lograr esto, las organizaciones deben asignar recursos económicos para cubrir el coste de la supervisión clínica y la formación, y asegurar una combinación de personal que incluya enfermeras de alto nivel que puedan ayudar a las demás enfermeras a identificar sus propias fortalezas y debilidades profesionales. Una enfermera experta debe tener la experiencia, la formación y la capacidad para proporcionar una autoevaluación objetiva. Este proceso se ve favorecido si la supervisión clínica la proporciona una enfermera que no esté jerárquicamente por encima de la otra enfermera (RNAO, 2006b) Para obtener más detalles acerca de la supervisión clínica, véase la recomendación 14.

Viñeta

Un paciente de la unidad de salud mental fue dado de alta ayer. El psiquiatra recibió una llamada de la policía indicando que el paciente había saltado desde un puente y había muerto. La jefa de equipo, que es enfermera, inició una intervención psicológica breve "debriefing" de incidentes críticos de acuerdo con el protocolo del hospital. Se avisó al personal y a los médicos y se realizó una revisión de los cuidados que había recibido el paciente. Se compartieron las oportunidades de aprendizaje con el personal administrativo y clínico. Se identificaron posibles cambios en el protocolo del hospital. Se documentó la revisión.

Recomendación 22:

Las organizaciones implantan políticas relacionadas con el registro sistemático de las valoraciones sobre el riesgo de suicidio.

Tipo de evidencia

Si bien no existe un consenso sobre una forma estándar de registrar o documentar las valoraciones del riesgo de suicidio, la presente guía recomienda que las organizaciones desarrollen políticas que garanticen la adopción de un proceso sistemático. La comunicación eficaz de las valoraciones del riesgo de suicidio es fundamental para promover un cuidado adecuado para el paciente (Sullivan, Barron, Bezman, Rivera, & Zapata-Vega., 2005). Las NZGG (2003) también enfatizan la importancia de que la valoración sea estructurada como una forma de evitar que la información clave se pase por alto. En un estudio descriptivo, las políticas en las que se identifica una estructura sistemática en la documentación se asociaron con mayor adecuación de la valoración psicosocial (Crawford et al., 1998). Un proceso sistemático en la documentación de la información de valoración también puede conducir a la obtención de datos valiosos para la valoración y monitorización de la calidad (Hawton, et al., 2006; Horrocks, House & Owens, 2004).

Recomendación 23:

Las organizaciones promueven aquellos servicios disponibles tanto en la institución como en la comunidad que apoyan el cuidado a las personas en riesgo de comportamiento e ideación suicida.

Tipo de evidencia IV

El cuidado de las personas en riesgo de ideación y comportamiento suicida precisa un esfuerzo coordinado del equipo multidisciplinario en todo el continuum de los cuidados. A fin de utilizar de manera adecuada y eficaz todos los recursos disponibles, se debe respaldar a la enfermera a través de los enlaces existentes entre los servicios. Se recomienda que las organizaciones trabajen tanto a nivel interno (es decir, con el desarrollo de un equipo de valoración especializado), como a nivel comunitario para desarrollar estrategias de colaboración e integración en todo el continuum de cuidados. Los gestores de recursos humanos deben planificar los grupos de forma que sean multiprofesionales e incluyan consultores de emergencia, especialistas en psiquiatría, trabajo social, representantes de grupos de usuarios y las agencias locales comunitarias. Si es posible, los representantes deberán tener diversos orígenes (RCP, 2004).

Recomendación 24:

Las organizaciones apoyan las oportunidades de desarrollo profesional de las enfermeras de salud mental.

Tipo de evidencia IV

Las organizaciones sanitarias y académicas deben trabajar en colaboración para asegurar que las enfermeras están equipadas con las competencias básicas para el cuidado de personas con necesidades de salud mental, incluyendo aquellos que están en riesgo de ideación y comportamiento suicida (Barling & Brown, 2001).

Recomendación 25:

Las organizaciones apoyan las investigaciones relacionadas con el suicidio y otras cuestiones de salud mental.

Tipo de evidencia IV

La investigación enfermera relacionada con la disminución de los riesgos y la prevención del suicidio debe ser compatible con el fin de tener una mejor comprensión de los enfoques eficaces para la atención y, por tanto, fortalecer la base de la evidencia disponible sobre la que orientar la toma de decisiones tanto a nivel clínico, como a nivel administrativo.

Recomendación 26:

Las organizaciones desarrollan un plan para la implantación de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas que incluye:

- La valoración de la preparación de la organización y de los obstáculos para la formación.
- Implicar a todos los miembros (tengan función de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al proceso de implantación.
- Oportunidades de debate continuadas y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- Dedicación de una persona cualificada para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.
- Estrategias de sostenibilidad.
- La asignación de suficientes recursos para su implantación y sostenibilidad, incluyendo el soporte organizativo y administrativo.

Tipo de evidencia IV

Un paso crítico inicial de la implantación de la guías es la adopción formal de las guías. Las organizaciones deben considerar como incorporan formalmente las recomendaciones en su estructura de políticas y procedimientos (Graham, Harrison, Brouwers, Davies & Dunn, 2002). Un ejemplo de tal incorporación formal sería la integración de esta guía en las políticas y procedimientos existentes. Este paso inicial prepara el terreno para la aceptación e integración general de la guía en tales sistemas como el proceso de gestión de la calidad.

El compromiso con el seguimiento del impacto de la implantación de la Guía de buenas prácticas: *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida* es un paso clave que no debe omitirse si va a haber una evaluación del impacto de los esfuerzos relacionados con la implantación. Se sugiere que cada recomendación que vaya a ser adoptada sea descrita en términos medibles y que el equipo de salud se involucre en la evaluación y el proceso de monitorización de la calidad. En la página 66, se proporciona un listado de estos indicadores para la evaluación.

Las nuevas iniciativas, tales como la implantación de una guía de buenas prácticas, requieren un fuerte liderazgo de las enfermeras que son capaces de transformar las recomendaciones basadas en la evidencia en herramientas útiles que ayudarán a dirigir la práctica. Para este propósito, la RNAO (gracias a un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la *Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica* (2002) basada en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. La RNAO recomienda encarecidamente el uso de esta Herramienta para dirigir la implantación de la guía de buenas prácticas: *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida*. Véase en el anexo Q la descripción de la herramienta.

Lagunas en la investigación e implicaciones

El equipo de desarrollo, en la revisión de la evidencia correspondiente a esta guía, ha identificado varias brechas en la literatura científica respecto a la valoración e intervención de enfermería en relación con la ideación y comportamiento suicida.

Las organizaciones y las enfermeras deben participar en la investigación que ayude a comprender mejor la prestación de servicios en la ideación y comportamiento suicida y en los diferentes ámbitos sanitarios.

Las áreas de investigación recomendadas son:

- El rol y la contribución de las enfermeras en la reducción del riesgo de suicidio y su prevención;
- Formatos e instrumentos estandarizados para la valoración de enfermería: Identificación de los formatos y las herramientas culturalmente apropiadas para la valoración de enfermería;
- Intervenciones de enfermería para la reducción de riesgos y prevención del suicidio, incluyendo la postventa y la medición de su efectividad y eficacia: Identificación de las intervenciones y las medidas culturalmente apropiadas de su efectividad y eficacia;
- Impacto del desarrollo profesional y la supervisión clínica continuada de las enfermeras en la reducción de riesgos y prevención de suicidio; y
- Estrategias para la traslación de los conocimientos relacionados con la salud mental y la reducción de riesgos y prevención de suicidio.

La lista anterior, aunque de ninguna manera exhaustiva, es un intento de identificar y priorizar las necesidades de investigación en este campo. Algunas de las recomendaciones de esta guía se basan en la evidencia aportada por la investigación cualitativa o cuantitativa, mientras que otras se basan en el consenso o la opinión de expertos. Es necesaria más investigación de fondo en algunas áreas para validar la opinión de los expertos y el conocimiento de impacto que llevará a mejorar la práctica y los resultados relacionados con la valoración y el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Valoración y seguimiento de la Guía

Se aconseja a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería, que consideren cómo se va a hacer el seguimiento y la valoración de la implantación y su impacto. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su *Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica* (2002), ilustra algunos de los indicadores para el seguimiento y la evaluación de la guía *valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida*.

	Estructura	Proceso	Resultados
Sistema	Evaluar el respaldo que la institución pone a disposición de las enfermeras para participar en el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.	Evaluar los cambios en la práctica que conducen a la mejora del cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.	Evaluar las consecuencias que conlleva la implantación de las recomendaciones.
Institución	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas por parte de la comisión institucional responsable de las políticas y procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Modificaciones en las políticas y procedimientos para que sean coherentes con las recomendaciones de la guía de buenas prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Las políticas y procedimientos relacionados con la estrategia de buenas prácticas, debe ser coherente con esta guía.
Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de oportunidades formativas para las enfermeras en relación con el cuidado a los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida dentro del programa de orientación de las instituciones y del programa de formación continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de enfermeras que asisten a sesiones formativas sobre cuidados al adulto en riesgo de ideación y comportamiento suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> Las enfermeras muestran un mayor conocimiento y habilidades para llevar a cabo y supervisar el cuidado al adulto en riesgo de ideación y comportamiento suicida.
	<ul style="list-style-type: none"> Las estructuras evaluativas están emplazadas para monitorizar la efectividad de los programas de formación para enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> Autovaloración de las enfermeras sobre sus propios conocimientos acerca de: <ul style="list-style-type: none"> Factores de riesgo y de protección Instrumentos de valoración validados Servicios y recursos locales de ayuda a los resultados del paciente Estrategias de intervención para reducir el riesgo de ideación y comportamiento suicida Las enfermeras autoevalúan su confianza en: <ul style="list-style-type: none"> Obtener información colateral El desarrollo del plan de tratamiento basando las intervenciones en las necesidades del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Documentación estructura en la historia del paciente que refleje la valoración y las intervenciones de enfermería relacionadas con el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Informes de enfermería con participación activa en la adquisición de información colateral. Demostración de la comprensión de las enfermeras sobre la legislación en materia de confidencialidad, privacidad y cómo adquirir información. La documentación de la valoración incluye la comunicación con la familia, los amigos, los apoyos comunitarios o los profesionales de la salud mental.

	Estructura	Proceso	Resultados
Paciente			<ul style="list-style-type: none"> ■ Disminución en la frecuencia de autolesiones e intentos de suicidio.
Costes económicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provisión de los recursos económicos y humanos que sean adecuados para la implantación de la guía. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Costes de formación, y otras intervenciones de soporte al trabajo ■ Sistemas nuevos de valoración/documentación ■ Sistemas de apoyo ■ Desarrollo de nuevos programas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inversión óptima de los recursos relacionados con el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.



Estrategias de implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario y el equipo de desarrollo de la guía ha compilado una lista de estrategias de implantación para ayudar a las organizaciones sanitarias o a las disciplinas de la salud que estén interesadas en implantar esta guía. A continuación se presenta un resumen de las estrategias mencionadas:

- Tener al menos a una persona dedicada a esta labor, como puede ser una enfermera experimentada o una enfermera clínica que dé apoyo, experiencia clínica y aporte sus conocimientos. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.
- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades de la organización relacionadas con el manejo de la hipertensión para identificar la base de conocimientos actuales y las necesidades formativas.
- La valoración inicial precisa de análisis, encuestas y cuestionarios, modelos grupales (p.e. grupo focales) e incidentes críticos.
- Establecer un comité directivo interdisciplinario integrado por los miembros que sean clave para liderar la iniciativa de cambio. Identificar los objetivos a corto y largo plazo. Mantener un plan de trabajo para realizar un seguimiento de las actividades, responsabilidades y plazos.
- Crear una visión que ayude a dirigir los cambios y desarrollar estrategias para alcanzarla y mantenerla.
- El diseño del programa debe incluir:
 - Población diana
 - Objetivos y metas
 - Tipos de medidas de resultado
 - Recursos requeridos (recursos humanos, centros, material)
 - Actividades de valoración
- Diseñar sesiones formativas y una asistencia continua para la implantación. Las sesiones formativas pueden consistir en presentaciones en power point, guía del facilitador, folletos y estudios de caso. Se pueden utilizar carpetas, posters y tarjetas para recordar de manera constante lo aprendido. El plan educativo de estas sesiones interactivas, incluida la resolución de problemas, dirige las preocupaciones más inmediatas y ofrece oportunidades para practicar los nuevos conocimientos adquiridos (Davies & Edwards, 2004).
- Proporcione apoyo organizativo como por ejemplo con las estructuras existentes que faciliten la implantación (p.e. tener personas sustitutas para que los participantes no se distraigan con las preocupaciones del trabajo y tener una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de directrices y procedimientos). Desarrollar nuevas herramientas de valoración y registro (Davies & Edwards, 2004).
- Identificar y respaldar a los defensores designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación de las buenas prácticas. Celebrar los hitos y logros, reconociendo el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Las instituciones que implanten esta Guía deben adoptar una serie de estrategias de refuerzo, autoaprendizaje, aprendizaje en grupo y tutorías que, con el tiempo, proporcionarán a las enfermeras el conocimiento y la confianza necesarios para implantarla.
- El trabajo en equipo, la valoración y la planificación del tratamiento en colaboración con el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario resulta beneficioso para implantar estas guías con éxito. Se debe proceder a la derivación a servicios o recursos de la comunidad o dentro de la institución cuando sea necesario.

Además de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado otros recursos que están disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, la Herramienta de implantación de las Guías

puede ser un recurso de gran utilidad. En el anexo Q se incluye una breve descripción de la herramienta. También puede consultar una versión completa del documento en formato pdf a través de la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar esta Guía de la siguiente manera:

1. Un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará la Guía cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal involucrado en el programa de las Guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO hará un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos aleatorios (ECA's) publicados en este ámbito.
3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del programa podrá recomendar que se adelante la revisión. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros originales del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia; así se facilita la decisión sobre la necesidad de realizar la revisión de la Guía antes del plazo de tres años.
4. Tres meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los tres años, el personal del programa empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a. invitar a especialistas en la materia a que formen parte del equipo de revisión. El equipo de revisión se compondrá de miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b. recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
 - c. recopilar nuevas guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas e investigación de ensayos clínicos controlados y aleatorios así como otra literatura relevante.
 - d. Elaborar un plan de trabajo detallado con los plazos y los resultados esperados.

La publicación de la Guía revisada se guiará por las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias bibliográficas

- AGREE Collaboration. (2001). Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. [Online]. Available: <http://www.agreetrust.org>.
- Alderson, P., Green, S. & Higgins, J. (Eds) 2004. Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2. (updated Dec 2003). Retrieved [Electronic Version] from <http://cochrane.org/resources/handbook>.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington, VA: Author.
- Ashmore, R., Hemingway, S., Lees, J., & Barker, M. (2001). Mental health nursing: assessing therapeutic intervention used by NHS direct nurse advisers. *British Journal of Nursing*, 10(10), 662-664.
- Austin, W., & Boyd, M. A. (Eds.). (2008). *Psychiatric nursing for Canadian practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Baldessarini, R. J., Pompili, M., Tondo, L., Tsapakis, E., Sodani, F., Faedda, G., et al. (2005). Antidepressants and suicidal behavior: Are we hurting or helping? *Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 73-75.
- Ball, B., & White, J. (2005). Wondering and wanderings: Ongoing conversations about suicide prevention. *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2(7), 4-5.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.
- Barling, J., & Brown, R. (2001). Credentials and education needs for contemporary mental health nurses. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 6, 726-736.
- Barlow, C., & Morrison, H. (2002). Survivors of suicide: Emerging counseling strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(1), 28-39.
- Beautrais, A. (2004). Suicide postvention: Support for families, Whanau and significant others after a suicide – A literature review and synthesis of evidence. [Online]. Available: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh4337?Open>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bennett, S., Daly, J., Kirkwood, J., McKain, C., & Swope, J. (2006). Establishing evidence-based standards of practice for suicidal patients in emergency medicine. *Topics in Emergency Medicine*, 28(2), 138-143.
- Berlim, M. T., Matveji, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P. A., Wingate, L. R., et al. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(3), 242-248.
- Billings, C. V. (2001). Professional progress notes. Close observation of suicidal inpatients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(2), 49-50.
- Bisconer, S. W., Green, M., Mallon-Czajka, J., & Johnson, J. S. (2006). Managing aggression in a psychiatric hospital using a behaviour plan: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 515-521.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Brock, S. E. (2003). Suicide Postvention. [Online]. Available: <http://www.dodea.edu/dodsafeshools/members/seminar/SuicidePrevention/generalreading.html#2>.
- Browne, A. J., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse*, 22(2), 155-167.

- Brugha, T., Rampes, H., & Jenkins, R. (2004). Surely you take complementary and alternative medicine? *Psychiatric Bulletin*, 28, 36-39.
- Burgess, A. W. (Ed.). (1998). *Advanced Practice Psychiatric Nursing*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Canadian Association for Suicide Prevention/ L'Association canadienne pour la prevention du suicide (CASP/ACPS). (2004). *The CASP blueprint for a Canadian national suicide prevention strategy*. Edmonton, AB: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide. [Online] Available: <http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/natlGuidelinesInit.cfm>
- Canadian Health Services Research Foundation. (2006). Conceptualizing and combining evidence. [On-line]. Available: http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition.
- Canadian Nurses Association. (2004). *Cultural competence: Position statement*. Ottawa: Author.
- Captain, C. (2006). Is your patient at suicide risk? *Nursing*, 36, 43-47.
- Carlen, P., & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 257-265.
- Cavoukian, A. (2004). *A guide to the Personal Health Information Protection Act*. Toronto: Information and Privacy Commissioner/Ontario.
- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2002). Patients' needs during the year after a suicide attempt. A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(8), 357-363.
- Centre for Suicide Prevention. (2002a). Suicide: Common Warning Signs. SIEC FEATURE OF THE MONTH #3, January 2002. [Online]. Available: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/feature3.pdf>.
- Centre for Suicide Prevention. (2002b). No-Suicide Contracts: A Review of the Findings from the Research. SIEC Alert #49, September 2002. [Online]. Available: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert49.pdf>.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (in press). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In Kirmayer, L. & Valaskakis, G. (Eds.), *The mental health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations, identity, and community*. University of British Columbia Press.
- Clinical Resource and Audit Group (CRAG). (2002). Engaging people. Observation of people with acute mental problems – A good practice statement. [Online]. Available: <http://www.show.scot.nhs.uk/crag>.
- College of Nurses of Ontario. (2005). *Professional standards (Revised 2002)*. Toronto: Author.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and Meanings. *Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.
- Crawford, M. J., Turnbull, G., & Wessely, S. (1998). Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff – an intervention study. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 15(1), 18-22.
- Culley, L. (1996). A critique of multiculturalism in health care: The challenge for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 564-570.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 611-621.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 393-400.
- Cutcliffe, J. R., & Stevenson, C. (2007). Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Epub: doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.02.002.
- Dafoe, B., & Monk, L. (2005). Suicide postvention is prevention: A proactive planning workbook for communities affected by youth suicide. *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2(7), 34-35.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2006). Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(4), 198-207.
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2007). Panic disorder and suicidality: Is comorbidity with depression the key? *Journal of Affective Disorder*, 104(1-3), 203-209.
- Dlugacz, Y. D., Restifo, A., Scanlon, K., Nelson, K., Fried, A. M., Hirsch, B., et al. (2003). Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(6), 267-278.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

- Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Najji, S. A. (2003). Suicide prevention: A study of patients' views. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 261-265.
- Ernst, E., Rand, J. I., & Stevinson, C. (1998). Complementary therapies for depression: an overview. *Archives General Psychiatry*, 55(11), 1026-1032.
- Farrow, T. L. (2002). Owning their expertise: Why nurses use "no suicide" contracts rather than their own assessments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 214-219.
- Farrow, T. L. (2003). "No suicide contracts" in community crisis situations: a conceptual analysis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(2), 199-202.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Direction for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB). (2004). *A statistical profile of First Nations health in Canada*. Ottawa: Health Canada.
- Fontaine, K. (2003). *Mental health nursing*, 5th Edition. New Jersey: Prentice Hall Nursing, Pearson Education.
- Foucault, M. (1973/1994). *The birth of the clinic: An archeology of medical perception*. NY: Vintage Books.
- Frazier, S. K., Moser, D. K., & Daley, L. K. (2003). Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12(1), 19-27.
- Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C. A., Frame, P., Klein, J., & Lohr, K. N. (2004). Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 822-835.
- Good, G. E., & Beitman, B. D. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York: W. W. Norton.
- Gough, K. (2005) Guidelines for managing self-harm in a forensic setting. *British Journal of Forensic Practice*, 7(2), 10-14.
- Government of British Columbia. (2007). Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services and related documents. [Online]. Available: <http://www.health.gov.bc.ca/mhd/suicide.html>
- Government of Canada. (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada. [Online]. Available: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-human06/>
- Graham, I.D., Harrison, M.B., Brouwers, M., Davies, B.L., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(5), 599-611.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., et al. (2006). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. [Cochrane Review]. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(4). Retrieved February 23, 2007, from The Cochrane Library, Wiley Interscience.
- Health Canada. (2002). Suicide. A report on mental illness in Canada. [Online]. Available: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/>
- Hogan, M.A. & Smith, G.B. (2003). *Mental health nursing*. NJ: Prentice Hall Nursing, Pearson Education.
- Holkup, P. A. (2002) Evidence based protocol. Elderly suicide: Secondary prevention. Iowa City, IA: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.
- Horrocks, J., House, A., & Owens, D. (2004). Establishing a clinical database for hospital attendances because of self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 28, 137-139.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1998). Inpatient suicides: Recommendations for prevention. [Online]. Available: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_7.htm
- Jones, J., Ward, M., Wellman, N., Hall, J., & Lowe, T. (2000). Psychiatric inpatients' experience of nursing observation: A United Kingdom perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(12), 10-20.
- Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. P. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or the nursing novelty of the 1990s? In J. R. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor (Eds.), *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (pp. 9-24). London: Routledge.

- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Kroll, J. (2007). No-Suicide contracts as a suicide prevention strategy. *Psychiatric Times*, 24(8), 60.
- Linde, K., Ter Riet, G., Hondras, M., Vickers, A., Saller, R., & Melchart, D. (2001). Systematic reviews of complementary therapies - an annotated bibliography: Part 2: Herbal Medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 1:5. [Online]. Available: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/1/5>.
- Linke, S., Wojciak, J., & Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams: Findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Linehan, M. M. (1986). Suicidal people: one population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 16-33.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guildford Press.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J., Carroll, F., & Hunter, E. (1997). Anxiety, depression, and explanation-based pessimism for future positive and negative events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(1), 15-24.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Mamo, D. C. (2007). Managing suicidality in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(Suppl.1), 59S-70S.
- Masecar, D. (2007). What is working, what is hopeful...Supporting community-based suicide prevention strategies within indigenous communities (and any other community that is interested). Ottawa: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 184-190.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident & Emergency Nursing*, 14(1), 4-10.
- McDonald, M. (2001). A framework for ethical decision-making: Version 6.0. [Online]. Available: <http://www.ethics.ubc.ca/people/mcdonald/decisions.htm>.
- McMain, S. (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 103S-114S.
- Mood Disorders Society of Canada (MDSC). (2007). Quick facts: Mental illness and addictions in Canada. [Online]. Available: <http://www.mooddisorderscanada.ca/quickfacts/index.htm>.
- Murray, B. L., & Hauenstein, E. J. (2008). Chapter 37 – Self harm and suicidal behaviour: Children, Adolescents, and Adults. In W. Austin, & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric nursing for Canadian practice*, (p. 898-922). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mustafa Soomro, G. (2006). Deliberate self harm (and attempted suicide). *Clinical Evidence*, 15, 1-2.
- Myslik, B. (2005). Chapter 24 - Suicide. In L. L. Stamler & L. Yiu (Eds.), *Community health nursing: A Canadian perspective* (p. 317-324). Toronto: Pearson Education Canada Inc.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004) *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- National Health and Medical Research Council (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Medical Research Council, Retrieved [Electronic Version] from <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf>.
- National Institute of Mental Health. (2005). *The science of mental illness – glossary*. [Online]. Available: <http://science.education.nih.gov/Supplements/Nih5/Mental/other/glossary.htm>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): Author.
- Nursing Council of New Zealand. (2002). *Guidelines for cultural safety, The Treaty of Waitangi and Maori health in nursing and midwifery education and practice*. NZ: Author

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

- O'Brien, L., & Cole, R. (2003). Close observation areas in acute psychiatric units: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 165-176.
- Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- Papps, E. (2005). Chapter 2 – Cultural safety: Daring to be different. In D. Wepa (Ed.), *Cultural safety in Aotearoa New Zealand*, (pp. 20-28). Auckland: Pearson Education New Zealand.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24, 343-345.
- Pirkis, J., Burgess, P., Meadows, G., & Dunt, D. (2001). Self-reported needs for care among persons who have suicidal ideation or who have attempted suicide. *Psychiatric Services*, 52(3), 381-383.
- Polaschek, N. R. (1998). Cultural safety: A new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 452-457.
- Proctor, N. G. (2005). Parasuicide, self-harm and suicide in Aboriginal people in rural Australia: A review of the literature with implications for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 11(5), 237–241.
- Ramsden, I. (1993). Kawa Whakaruruhau. Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand*, 8(3), 4-10.
- Ramsden, I. (2000). Cultural safety/Kawa whakaruruhau ten años on: A personal overview. *Nursing Praxis in New Zealand*, 15(1), 4-12.
- Raphael, D. (Ed.) . (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client-centred care (Revised)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Crisis intervention (Revised)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006c). *Establishing therapeutic relationships (Revised)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006d). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events (Revised)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ren Kneisl, C.R., Skodol Wilson, H., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. NJ: Prentice Hall Nursing, Pearson Education.
- Reynolds, T., O'Shaughnessy, M., Walker, L., & Pereira, S. (2005). Safe and supportive observation in practice: a clinical governance project. *Mental Health Practice*, 8(8), 13-16.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1995). *Choosing life: Special report on suicide among Aboriginal people*. Ottawa: Communication Group Publishing.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. (2004). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 868-84.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London, UK: Author.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2006). *Better services for people who self-harm: Quality standards for healthcare professionals*. [Online]. Available: <http://www.rcpsych.ac.uk/auditselfharm.htm>
- Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(2), 243-251.
- Sakinofsky, I. (2007a). The aftermath of suicide: Managing survivors' bereavement. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 129S-136S.

- Sakinofsky, I. (2007b). The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: Strengths and weaknesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 75-205.
- Sakinofsky, I. (2007c). Treating suicidality in depressive illness. Part 2: Does treatment cure or cause suicidality? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 355-455.
- Santa Mina, E. E., & Gallop, R. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Santa Mina, E. E., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C., et al. (2006). The Self-Injury Questionnaire: evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 221-227.
- Sargent, J, Williams, R. A., Hagerty, B., Lynch-Sauer, J., & Hoyle, K. (2002). Sense of belonging as a buffer against depressive symptoms. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(4), 120-129.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590), 810-811.
- Sher, L., Oquendo, M., & Mann, J.J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 337-344.
- Simon, R. I. (2004). *Assessing and managing suicide risk: guidelines for clinically based risk management*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Simpson, G., Winstanley, J., & Bertapelle, T. (2003). Suicide prevention training after traumatic brain injury: evaluation of a staff training workshop. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(5), 445-456.
- Smye, V., & Browne, A. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3), 42-56.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (Eds.). (2000). *Community and public health nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Stanley, B., Gameraoff, M., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, 158(3) 427-432.
- Statistics Canada. (2005). Table: "Suicides and suicide rate, by sex and by age group". [Online]. Available <http://www40.statcan.ca/101/cst01/hlth66a.htm>.
- Sullivan, A.M., Barron, C.T., Bezmen, J., Rivera, J. & Zapata-Vega, M. (2005). The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: A proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 67-83.
- Sun, F. K., Long, A., & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 255-263.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 842-849.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2004). Screening for suicide risk: recomendación and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 820-821.
- Valente, S., & Saunders, J. M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 629-648.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Waldram, J. B. (1997). *The way of the pipe: Aboriginal spirituality and symbolic healing in Canadian prisons*. Peterborough, ON: Broadview Press.
- Watson, K. M. (2002). *Emergency department nurses' knowledge about and attitudes towards parasuicide*. Unpublished master's thesis, University of Windsor, Windsor, ON., Canada
- Weier, K. M., & Beal, M. W. (2004). Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 96-104.
- White, J. (2003). *Suicide-related research in Canada: A descriptive overview*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Asberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293-300.
- Williams, J. W., Mulrow, C. D., Chiquette, E., Noel, P. H., Aguilar, C., & Cornell, J. (2000). A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: Evidence report summary: Clinical guideline, part 2. *Annals of Internal Medicine*, 132(9), 743-756.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Wilson, A., & Clark, S. (2005). South Australian Suicide Postvention Project: Report to Mental Health Services, Department of Health. Adelaide: Department of General Practice.

Wood, P., & Schwass, M. (1993). Cultural safety: A framework for changing attitudes. *Nursing Praxis*, 8(1), 4-15.

Yeager, K. R., Saveanu, R., Roberts, A. R., Reissland, G., Mertz, D., Cirpili, A., et al. (2005). Measured response to identified suicide risk and violence: What you need to know about psychiatric patient safety. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 121-141.

Bibliografía

Aoun, S., & Johnson, L. (2001). A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 97-104.

Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.

Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.

Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747-1757.

Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: A national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 437-444.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570.

Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(9), 1081-1091.

Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 14-19.

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H. & D'Este, C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, Epub: doi:10.1136/bmj.38579.455266.E0.

Cedereke, M., Monti, K., & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(2), 82-91.

Chabora, N., Judge-Gorny, M., & Grogan, K. (2003). The Four S Model in action for de-escalation: An innovative state hospital-university collaborative endeavor. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(1), 22-28.

Conner, M. G. (2001). Transference: Are You a Biological Time Machine? [Online]. Available at: <http://www.crisiscounseling.com/Articles/Transference.htm>

Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 11-17.

Cutcliffe, J. R., & Hyrkas, K. (2006). Multidisciplinary attitudinal positions regarding clinical supervision: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 14, 617-627.

Davidson, K., Norrie, J., Tryer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465.

Davis, S. E., Williams, I. S., & Hays, L. W. (2002). Psychiatric inpatients' perceptions of written no-suicide agreements: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 51-66.

Doane, G., & Varcoe, C. (2005). Chapter 9: Hard spots in family nursing: Relational practice as connecting across difference. In G. Doane & C. Varcoe (Eds.), *Family nursing as relational practice: Developing health-promoting practice* (pp. 289-331). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Drew, B. L. (2001). Self-harm behaviour and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 99-106.
- Earthrowl, M., & McCully, R. (2002). Screening new inmates in a female prison. *Journal of Forensic Psychiatry*, 13(2), 428-439.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826
- Emerson, B., Frost, A., Fawcett, L., Ballantyne, E., Ward, W., & Catts, S. (2006). Do clinical pathways really improve clinical performance in mental health settings? *Australasian Psychiatry*, 14(4), 395-398.
- Farooqi, Y. N. (2004). Comparative study of suicide potential among Pakistani and American psychiatric patients. *Death Studies*, 28(1), 19-46.
- Fliege, H., Kocalevent, R. D., Walter, O. B., Beck, S., Gratz, K. L., Gutierrez, P. M., et al. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 113-121.
- Greenberg, N. (2001). A critical review of psychological debriefing: the management of psychological health after traumatic experiences. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 87, 158-161.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., et al. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hawton, K., Bale, L., Casey, D., Shepherd, A., Simkin, S., & Harriss, L. (2006). Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis*, 27(4), 157-163.
- Hendin, H., Maltsberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. P., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(2), 115-128.
- Hirschfeld, R. M. A., Mann, J. J., & Cornelius, J. R. (2001). When to hospitalize patients at risk for suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 188-199.
- Jacobs, D. G., & Brewer, M. L. (2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. *CNS Spectrums*, 11(6), 447-454.
- Jorm, A., Allen, N., O'Donnell, C., Parslow, R., Purcell, R., & Morgan, A. (2006). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 185(7), 368-372.
- Kapur, N., House, A., May, C., & Creed, F. (2003). Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults: Results from a six centre descriptive study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 390-395.
- Lee, J. B., & Bartlett, M. L. (2005). Suicide prevention: critical elements for managing suicidal clients and counselor liability without the use of a no-suicide contract. *Death Studies*, 29(9), 847-865
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- MacKay, I., Paterson, B., & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 464-471.
- Mantle, F. (2002). The role of alternative medicine in treating postnatal depression. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(4), 197-203.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 1-12.
- Nijman, H. L. I., & A Campo, J. M. L. G. (2002). Situational determinants of inpatient self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 167-175.
- O'Brien, L., & Cole, R. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(2), 89-99.
- Olfson, M., Marcus, S. C., & Shaffer, D. (2006). Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: A case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 865-872.
- Perseus, K., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 218-227.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Rhodes, A. E., Links, P. S., Streiner, D. L., Dawe, I., Cass, D., & Janes, S. (2002). Do hospital E-Codes consistently capture suicidal behaviour? *Chronic Diseases in Canada*, 23(4), 139-145.

Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 176-184.

Sachs, G. S., Yan, L. J., Swann, A. C., & Allen, M. H. (2001). Integration of suicide prevention into outpatient management of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 25), 3-11.

Schoneman, D. (2002). The intervention of surveillance across classification systems. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 13(4), 137-147.

Staal, M. A. (2001). The assessment and prevention of suicide for the 21st century: The Air Force's community awareness training model. *Military Medicine*, 166(3), 195-198.

Suzanna, R. O., Jonathan, B. I., & Simon, W. E. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). [Cochrane Review]. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (2). Retrieved November 23, 2007, from The Cochrane Library, Wiley Interscience

Tempkin, T. M., & Crotty, M. (2004). Suicide and other risk monitoring in inpatient psychiatry. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(2), 73-80.

Vrale, G. B., & Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 513-518.

Warm, A., Murray, C., & Fox, J. (2003). Why do people self-harm? *Psychology, Health & Medicine*, 8(1), 71-79.

Wesley-Esquimaux, C. C., & Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and aboriginal healing*. Ottawa: The Aboriginal Healing Foundation.

Wheat, K. (2000). The law's treatment of the suicidal. *Medical Law Review*, 8, 182-209.

White, D., & Bednar, D. (1986). *Organizational behaviour: Understanding and managing people at work*. Massachusetts: Allyn and Beacon, Inc.



Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente

La estrategia de búsqueda utilizada para elaborar esta guía se basó en dos áreas principales. La primera fue la identificación de las guías de práctica clínica publicadas sobre el tema y la segunda fue identificar revisiones sistemáticas y estudios primarios publicados en el área desde 2001 hasta 2007.

PASO 1 – Búsqueda en bases de datos

Se realizó una búsqueda de las guías existentes en materia de valoración y manejo de la ideación y comportamiento suicida, dirigida por una biblioteca universitaria de ciencias de la salud. La búsqueda inicial se realizó en las bases de datos MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycInfo y Cochrane Library para artículos primarios, guías y revisiones sistemáticas publicadas desde 2001 hasta 2007 con las siguientes palabras clave: “suicidal ideation”, “suicidal behaviour”, “deliberate self-harm”, “self-injury”, “self-destructive behaviour”, “parasuicide”, “risk and resilience”, “Reasons for Living”, “hopelessness”, y “anomie”. Se realizaron búsquedas de literatura científica adicional por indicación del equipo cuando fue necesario.

Esta búsqueda se estructuró para dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los factores predictivos o que contribuyen a la ideación y comportamiento suicida?
- ¿Cuales son los instrumentos de cribado o valoración (medidas, etc.) en la ideación y comportamiento suicida?
- ¿Cuales son los atributos de la valoración clínica en la ideación y comportamiento suicida?
- ¿Cuales son las intervenciones clínicas o postvenciones para prevenir la ideación y comportamiento suicida?
- ¿Cuales son los estándares de práctica clínica en la valoración y manejo de la ideación y comportamiento suicida? Se realizó una evaluación mayor de los estudios primarios y las revisiones para saber si eran relevantes y de interés para la guía e indicaban estrategias de valoración o intervenciones coherentes con el ámbito de actuación de la práctica enfermera. Se excluyeron los estudios que no estaban publicados en inglés

PASO 2 – Búsqueda estructurada de páginas web

Una persona realizó una búsqueda de contenidos de páginas web relacionadas con el ámbito de estudio en octubre de 2006. Dicha lista de páginas web, revisada y actualizada en marzo de 2006, se elaboró a partir de los conocimientos adquiridos sobre sitios web de práctica basada en la evidencia, los equipos o instituciones conocidos por los responsables del desarrollo de las guías y las recomendaciones de la literatura. De cada página web se anotó la presencia o ausencia de guías, así como la fecha de la búsqueda. En algunas ocasiones, los sitios web no albergaban la guía, pero remitían a otro sitio web o a la fuente donde podía consultarse. Las guías se descargaron cuando existían versiones íntegras o se pidieron por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- Bandolier Journal: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
- BC Office of Health Technology Assessment: www.chspr.ubc.ca
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca>
- Canadian Institute of Health Information: <http://www.cihi.ca>

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Clinical Evidence: www.clinicalevidence.org
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Library: Abstracts of Cochrane Reviews: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): <http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm>
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org>
- Evidence Based Nursing: <http://evidencebasednursing.com>
- Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
- Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net>
- Institute for Clinical Systems Improvement: <http://www.icsi.org/index.asp>
- Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com: <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
- National Library for Health: <http://www.nelh.nhs.uk/>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: <http://www.nursingworld.org/ojin/hirsh/hirshtoc.htm>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com>
- University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>

PASO 3 – Búsquedas en motores de búsqueda de Internet

Además, se realizó una búsqueda de guías de práctica existentes en sitios web relacionados con el suicidio a través del motor de búsqueda Google, utilizando los términos clave de búsqueda para ello. Una persona la realizó, encargándose de anotar los resultados que recuperaba la búsqueda de términos, así como los sitios web consultados, la fecha y el resumen de las conclusiones. Los resultados de la búsqueda fueron revisados por una segunda persona que identificaba guías y literatura científica no recuperada anteriormente.

PASO 4 – Búsqueda manual / contribuciones del equipo

Se solicitó a los miembros del equipo que revisaran sus archivos personales para identificar guías que no se hubieran encontrado previamente a través de la estrategia de búsqueda descrita anteriormente. Además, el equipo aportó los siguientes sitios web adicionales que se buscaron siguiendo la misma estrategia que se documenta en el Paso 2:

- American Association of Suicidology: <http://www.suicidology.org/>
- American Foundation for Suicide Prevention: <http://www.afsp.org/>
- American Psychiatric Nurses Association: <http://www.apna.org/>
- American Psychological Association: <http://www.apa.org/>
- Canadian Association for Suicide Prevention: <http://www.suicideprevention.ca/>
- Canadian Institutes of Health Research: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/>
- Centre for Suicide Prevention: <http://www.suicideinfo.ca/>
- Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/>
- International Academy of Suicide Research: <http://www.depts.ttu.edu/psy/iasronline/>
- International Association for Suicide Prevention: <http://www.med.uio.no/iasp/>
- National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/>

- Royal College of Psychiatrists: <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- Suicide Prevention Action Network: <http://www.spanusa.org/>
- Suicide Prevention Resource Center: <http://www.sprc.org/>
- World Health Organization: <http://www.who.int/en/>

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda señalada anteriormente reveló un total de 1342 abstracts relacionados con el suicidio. Dichos abstracts fueron cribados por una ayudante de investigación con el fin de indentificar duplicados y valorar los criterios de inclusión y exclusión.

- Se recuperaron y revisaron 498 artículos que trataban sobre factores de riesgo específicos del suicidio para validar la lista de factores de riesgo presentada en las guías calificadas como de calidad según el instrumento AGREE descrito más abajo.
- Se identificaron 92 resúmenes relevantes según las preguntas de investigación para la recuperación del artículo, la valoración de su calidad y el resumen de los datos.

Además, se identificaron nueve guías de práctica clínica que cumplían con los criterios buscados y que fueron valoradas críticamente utilizando el *instrumento AGREE* (AGREE Collaboration, 2001).

- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2006). *National guidelines for seniors' mental health : the assessment of suicide risk and prevention of suicide*. [Online] Available: <http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/natlGuidelinesInit.cfm>
- Holkup, P. A. (2002) *Evidence based protocol. Elderly suicide: Secondary prevention*. Iowa City, IA: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004) *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): Author.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 868-84.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London, UK: Author.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2006). Better services for people who self-harm: Quality standards for healthcare professionals [Online]. Available: <http://www.rcpsych.ac.uk/auditselfharm.htm>
- U.S. Preventative Services Task Force (USPSTF). (2004). Screening for suicide risk: recomendación and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 820-821.

Anexo B: Glosario

Aislamiento: Confinamiento solitario en un entorno de protección plena con propósitos de seguridad o para el manejo de la conducta (Austin & Boyd, 2008).

Autolesión deliberada: Autoinfligir de forma voluntaria acciones dolorosas, destructivas o nocivas sin intención de morir (APA, 2003).

Colaboración: Trabajar juntos y compartir con el fin de lograr objetivos comunes, de tal manera que se reconocen todas las personas o grupos y se potencia el crecimiento (Stanhope & Lancaster, 2000).

Colaboradores: Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al., 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema.

Competencia: El grado en el que el paciente es capaz de entender y apreciar la información suministrada durante el proceso de consentimiento, la capacidad cognitiva del paciente para procesar la información en un momento determinado; la capacidad del paciente para reunir e interpretar la información y tomar decisiones razonables basadas en esa información para participar plenamente como un colaborador en el tratamiento (Austin & Boyd, 2008).

Competencia cultural: La competencia cultural es la aplicación del conocimiento, las conductas, las actitudes y los atributos personales que precisan las enfermeras para proporcionar los cuidados y los servicios más adecuados en relación a las características culturales de sus pacientes o clientes (individuos, familias, grupos o poblaciones). La competencia cultural incluye valorar la diversidad cultural, el conocimiento de las costumbres y tradiciones culturales de las poblaciones que se atienden y ser sensible a estas durante el cuidado al paciente. (Canadian Nurses' Association, 2004).

Comportamiento suicida: acciones autoinfligidas, sin resultado fatal, acompañado de una prueba explícita o implícita de que la persona quería a morir (APA, 2003).

Compromiso terapéutico: La recepción y validación empática de los sentimientos del paciente y la construcción de un sentido de confianza (Good & Beitman, 2006).

Conciencia cultural: La conciencia cultural es el primer paso en la comprensión de que existen diferencias (culturales y de otro tipo) entre las personas. Muchas personas responden a esta conciencia realizando cursos diseñados para sensibilizar sobre estas diferencias (por ejemplo, en rituales y prácticas ceremoniales, atribuidas a determinados grupos de personas en lugar de en el contexto emocional, social y político en el que las personas viven) (Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda, 2002, p.8).

Confidencialidad: Deber ético de no divulgación de la información; el cliente tiene el derecho de revelar información personal sin temor a que se revele a otros (Murray & Hauenstein, 2008).

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones, y no un método científico para crear nuevo conocimiento. En el mejor de los casos, el consenso sólo hace el mejor uso posible de la información disponible, ya se trate de datos científicos o del conocimiento colectivo de los participantes (Black, Murphy, Lamping, McKee, Sanderson, Askham, et al., 1999).

Determinantes socioculturales de la salud: Condiciones económicas y sociales que influyen en la salud de las personas, las comunidades y las jurisdicciones como un todo (Raphael, 2004). La colaboración nacional entre los expertos en materia de salud y en política social sugieren que los determinantes sociales de la salud especialmente relevantes para los canadienses son: edad temprana, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, la seguridad alimentaria, los servicios de salud, la vivienda, los ingresos y su distribución, la red de protección social, la exclusión social, el desempleo y la inseguridad laboral (Raphael, 2004).

Ensayos clínicos controlados y aleatorizados: Se trata de un estudio en el que los sujetos se asignan a distintas condiciones al azar y en el que, al menos, una de esas condiciones supone un control o una comparación.

Evidencia: La evidencia es información que se aproxima a los hechos de un aspecto. La forma que adquiere depende del contexto. Las conclusiones que se desprenden de investigaciones de gran calidad y con metodologías adecuadas constituyen las evidencias más precisas. Puesto que, a menudo, la investigación suele estar incompleta y, en ocasiones, resulta contradictoria o no se encuentra disponible, se precisa otro tipo de información a modo de complemento necesario o sustituto de la investigación correspondiente. Las evidencias que respaldan una decisión abarcan múltiples formas de evidencia combinadas para hallar un equilibrio entre el rigor y la experiencia, aunque se prioriza lo primero sobre lo segundo (Canadian Health Services Research Foundation, 2006).

Factores de protección: Factores asociados con un menor riesgo para padecer un trastorno o problema en particular.

Factores de riesgo: Características que no causan el trastorno, ni el problema, ni son síntomas de la enfermedad, sino más bien factores que ha demostrado que influyen en la probabilidad de desarrollar el problema (Austin & Boyd, 2008).

Familia: Ser único y a quienquiera que la persona describa como familia. Los miembros de la familia pueden ser, aunque no se limita a estos: los padres, los hijos, los hermanos, los vecinos o cualquier otra persona significativa de la comunidad (RNAO, 2006d).

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la mejor evidencia disponible) para ayudar a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más adecuados en circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

Ideación suicida: Pensamientos que una persona tiene con respecto a matarse a sí mismo (Vaccarolis, 2002).

Impulsividad: Actuar sin considerar las consecuencias de la actuación o las alternativas (Austin & Boyd, 2008).

Información colateral: La información que se obtiene de otras personas que conocen al paciente, como la familia, las personas significativas y con otros profesionales de la salud.

Intención de autolesión: Propósito (s) o significado (s) asociado con las acciones directas sobre uno mismo, que se encuentran fuera del ámbito de la aceptabilidad social y que hieren o dañan el cuerpo (Connors, 1996).

Intención de suicidio: Expectativa y deseo subjetivo de actuar de forma autodestructiva con la finalidad de morir (APA, 2003).

Intervención psicológica breve "debriefing": El profesional de la salud requiere de dedicación y apoyo especializado después de que un paciente se suicide para reducir al mínimo los efectos negativos en el funcionamiento personal, profesional y en equipo (Linke, Wojciak & Day, 2002). En la intervención psicológica breve "debriefing", se ayuda al personal a llegar a la comprensión de los sentimientos, los pensamientos, las sensaciones físicas, los comportamientos y los patrones relacionales que marcan la respuesta al trauma. En una encuesta realizada por Linke y colegas (2002), el personal le dio el mayor valor al apoyo entre pares, las revisiones, las reuniones específicas de personal y el apoyo de colegas de elevado rango jerárquico.

Observación: Valoración continuada del estado mental y de salud del paciente para identificar y alterar cualquier problema potencial (Austin & Boyd, 2008).

Paciente o cliente: Un paciente es un receptor de los cuidados de enfermería con el que la enfermera establece una relación terapéutica (College of Nurses of Ontario, 2005). El "paciente" o "cliente" puede ser un individuo, una familia o una comunidad. Para el propósito de esta guía, los términos "paciente" y "cliente" se utilizan como sinónimos.

Terapia conductual: Intervenciones que refuerzan o promueven comportamientos deseables u otros indeseables (Austin & Boyd, 2008).

Personalidad borderline: Trastorno de la personalidad en el que existe un patrón de dificultad para mantener relaciones interpersonales estables, la autoimagen y afecta y viene marcada por la impulsividad. Normalmente empieza en la edad adulta temprana y se presenta en multitud de contextos (APA, 2000; Austin & Boyd, 2008).

Prácticas prometedoras: Se refiere a aquellas prácticas o programas que, si bien aún no se puede demostrar que son eficaces a través de estudios empíricos, parecen estar asociados con resultados positivos. Frecuentemente son los clínicos o los pacientes quienes los consideran como beneficiosos.

Psicofarmacología: Subespecialidad de la farmacología que incluye medicamentos que actúan sobre el cerebro y las conductas relacionadas con los trastornos psiquiátricos (Austin & Boyd, 2008).

Psicoterapia: "Método de tratamiento de la enfermedad mental en la que un profesional de la salud mental y un paciente debaten sobre los problemas y sus sentimientos para encontrar soluciones. La psicoterapia puede ayudar a las personas a cambiar su forma de pensar y los patrones de conducta o la comprensión de cómo las experiencias pasadas afectan al comportamiento actual" (National Institute of Mental Health Glossary, 2005).

Recomendaciones para la formación: Informe sobre los requisitos educativos y los planteamientos o estrategias educativas de cara a la introducción, implantación y sostenibilidad de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Informes de los requisitos para que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. En gran medida, las condiciones para que esto funcione dependen de la organización. No obstante, la responsabilidad también puede recaer en mayor escala sobre la política a tipo gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas basados en la evidencia y orientados a la práctica clínica.

Relación terapéutica: La relación terapéutica se fundamenta en un proceso interpersonal que tiene lugar entre la enfermera y el paciente. La relación terapéutica es una relación de propósito específico y orientada a la consecución de un objetivo: favorecer en la medida de lo posible los intereses y el pronóstico del paciente (RNAO, 2006c).

Resolución de problemas: Generación de posibles soluciones a un tema de preocupación y por lo tanto, que precisa ser una parte inherente de la práctica de los profesionales. El proceso comienza cuando la enfermera identifica un problema en el paciente y persiste hasta el punto en que se toma la decisión que aliviará o resolverá el problema (Eisenhaeur & Gendrop, 1990 in Taylor 2004).

Revisión sistemática: Aplicación de un riguroso enfoque científico a la hora de preparar un artículo de revisión (National Health and Medical Research Council, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados sanitarios son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y con variaciones de tratamiento (por ejemplo, las dosis), y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Alderson, Green & Higgins, 2004).

Seguridad cultural: La seguridad cultural empieza con la enfermera. Precisa que la enfermera reconozca conscientemente que es una portadora de cultura, y ve a los demás a través de su propia perspectiva "cultural". En una relación con otra persona, tanto la cultura de la enfermera como la del paciente (individuo, familia y / o comunidad) influencia dicha relación y la práctica de la enfermera. La seguridad cultural va más allá de la conciencia cultural y la sensibilidad cultural, hacia la comprensión de la salud y los cuidados en un contexto más amplio - para comprender y abordar los factores históricos, políticos y socio-culturales que los conforman. Además, se reconocen las inequidades estructurales y los desequilibrios de poder así como su papel en la conformación de cómo se entienden y aborda la salud y el sistema de salud. La seguridad cultural es tanto un proceso como un resultado. Se

requiere excelencia en la práctica relacional. Hay un respeto por la cultura del paciente que se refleja en la práctica. La atención y los servicios "culturalmente" seguros se definen como tal si así los consideran los pacientes.

Sensibilidad cultural: La sensibilidad cultural nos alerta sobre la legitimidad de la diferencia a la vez que induce un proceso de auto-exploración, que lleva a la comprensión de que todos somos portadores de cultura, lo que incluye tanto nuestras experiencias de vida, como las realidades que afectan a otros (Nursing Council of New Zealand, 1996).

Signos de alerta o alarma: Signos o síntomas manifiestos que alertan a la enfermera de un riesgo actual.

Suicidio: Muerte autoinfligida con la evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la persona tenía la intención de morir (APA, 2003).

Sujeción: Uso de cualquier dispositivo o material manual, físico o mecánico, que cuando se coloca en el cuerpo del paciente (por lo general en brazos y piernas), limita los movimientos (Austin & Boyd, 2008).

Supervisión clínica: La supervisión clínica es un proceso reflexivo que permite a los supervisados explorar y examinar el papel que desempeñan en la compleja cadena de interacciones que forman la relación terapéutica, así como la calidad de su trabajo. Se trata de una oportunidad para desarrollarse personal y profesionalmente sin sentirse castigado ni juzgado (Kelly, Long & McKenna, 2001).

Superviviente de suicidio: Persona afectada por la pérdida de un ser querido u otra persona significativa que murió suicidándose. El término "superviviente" se aplica a la experiencia de perder a alguien que se suicidó, ya que refleja las dificultades a las que se enfrentan estas personas. El suicidio puede romper relaciones con los seres queridos, así como con los mejores amigos, los compañeros de trabajo, los profesionales de la salud que trabajan con la persona suicida u otros. Estadísticamente los supervivientes de un suicidio tienen un mayor riesgo, aunque no hay investigaciones respecto a la medida en se debe a "motivos familiares" o al impacto directo del suicidio (Kim Watson, personal communication, November 20, 2007).

Terapia Cognitivo Conductual (TCC): Método psicoterapéutico altamente estructurado derivado del modelo cognitivo conductual de los trastornos afectivos en el que el paciente:

- trabaja de forma colaborativa con el terapeuta para identificar los tipos y los efectos de los pensamientos, las creencias e interpretaciones de los síntomas actuales, los sentimientos y/o las áreas problemáticas;
- desarrolla habilidades para identificar, monitorizar y posteriormente contrarrestar los pensamientos, creencias o interpretaciones problemáticas en relación a los síntomas o al problema diana; y
- aprende una serie de habilidades de afrontamiento adecuadas para los pensamientos, creencias y/o áreas problemáticas diana (NCCMH, 2004).

Terapia Conductual Dialéctica: Importante enfoque biosocial de tratamiento que combina numerosas estrategias terapéuticas cognitivas y conductuales. Precisa que los pacientes entiendan su enfermedad, participando activamente en la formulación de los objetivos del tratamiento mediante la recopilación de datos acerca de su propio comportamiento, la identificación de los objetivos del tratamiento en la terapia individual, y el trabajo con los terapeutas para cambiar esas conductas diana (Austin & Boyd, 2008).

Transferencia/Contratransferencia:

Transferencia: Proceso inconsciente del paciente de desplazar los sentimientos de las personas significativas en el pasado a la enfermera en la relación actual. Dichos sentimientos pueden ser positivos o negativos, así como altamente emocionales. Si no se reconoce o no se resuelve, la transferencia puede disminuir la probabilidad de atención y / o resultados eficaces, ya que puede provocar sentimientos en la enfermera que actúen como barrera para comprender al paciente. Cuando esto ocurre, deben explorarse los sentimientos expresados por el paciente (Fontaine, 2003; Hogan & Smith, 2003).

Contratransferencia: Reacción emocional de la enfermera a un paciente basada en los sentimientos de las personas significativas en el pasado de la enfermera (Fontaine, 2003; Hogan & Smith, 2003). La contratransferencia puede ser consciente o inconsciente y los sentimientos pueden ser negativos o positivos. Es esencial ser consciente de la contratransferencia, ya que puede interferir con la comprensión de lo que ocurre en la relación con el cliente y actuar como una barrera para proporcionar una atención segura y eficaz. Hablar de los sentimientos con los compañeros puede ayudar a la enfermera a que la contratransferencia sea consciente.



Anexo C: Tasa de suicidios en Canadá

Fuente: Tabla: "Suicidios y tasa de suicidio por grupos: sexo y edad" adaptado de la página web de Statistics Canada <http://www40.statcan.ca/101/cst01/hlth66a.htm> (Consultado el 20 de noviembre de 2007). Reproducido bajo autorización.

Suicidios y tasa de suicidio por grupos de edad y sexo						
	1996	1997	1981	1991	1996	1997
	Número de suicidios		Tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes			
Todas las edades	3,941	3,681	14.0	13.3	13.2	12.3
Hombres	3,093	2,914	21.3	21.6	20.8	19.6
Mujeres	848	767	6.8	5.3	5.6	5.1
1-14 años	41	51	0.7	0.6	0.7	0.9
Hombres	32	39	1.0	0.7	1.1	1.4
Mujeres	9	12	0.4	0.4	0.3	0.4
15-19 años	231	261	12.7	13.8	11.5	12.9
Hombres	190	207	21.2	23.0	18.5	19.9
Mujeres	41	54	3.8	4.0	4.2	5.5
20-24 años	350	293	19.6	18.2	17.2	14.5
Hombres	300	257	33.2	31.7	29.0	24.9
Mujeres	50	36	5.9	4.1	5.0	3.6
25-44 años	1,770	1,549	17.4	18.1	17.9	15.8
Hombres	1,390	1,228	26.2	28.8	24.7	25.0
Mujeres	380	321	8.6	7.6	8.6	6.6
45-64 años	1,060	1,075	20.1	16.2	16.6	16.5
Hombres	786	826	28.6	25.7	24.7	25.5
Mujeres	274	249	11.9	6.9	8.6	7.6
igual o mayor a 65 años	489	452	18.3	14.2	13.4	12.4
Hombres	395	357	30.4	26.3	25.6	23.0
Mujeres	94	95	9.2	5.6	4.5	4.5
No figura	–	–	x	x	x	x
Hombres	–	–	x	x	x	x
Mujeres	–	–	x	x	x	x

x suprimido acorde a las exigencias legislativas
 – nulo o cero

Fuente: Statistics Canada, Health Statistics Division.

Última modificación: 2005-02-17.

Anexo D: Transferencia y contratransferencia

La transferencia es un fenómeno normal que puede surgir e inhibir la eficacia en cualquiera de las fases del trabajo en la relación “uno a uno” y, en cualquier ámbito, incluidos los no psiquiátricos (Ren Kneisl, Skodol Wilson & Trigoboff, 2004, p. 667). Es el resultado de experiencias pasadas no resueltas, la mayoría de las cuales provienen de la infancia. El paciente “transfiere” los sentimientos, las actitudes y los deseos no resueltos en las relaciones significativas presentes en un esfuerzo por resolverlas – por lo tanto, el paciente no entiende el presente como respuesta a los problemas no resueltos del pasado, ni es consciente de la naturaleza de la respuesta (Ren et al., 2004). De acuerdo con Ren Kneisl et al. (2004), la transferencia es una forma de *resistencia* mediante la cual el paciente sin saberlo se resiste al conocimiento de los conflictos y las experiencias de la infancia. En su lugar, éstos se transfieren a la relación actual, incluyendo la relación entre enfermera-paciente (Ren et al., 2004). Por ejemplo, la transferencia puede ser operativa cuando el paciente asigna significados repetidamente a la relación enfermera-paciente que están enlazados con una o más relaciones del pasado de éste. Ren Kneisl et al. (2004) recomiendan que la enfermera o terapeuta explore minuciosamente los significados de las palabras, los gestos, los acontecimientos y las situaciones en el presente para determinar cómo todos ellos reflejan las relaciones pasadas. Separando los sentimientos, pensamientos y comportamientos actuales de aquellos unidos al pasado, el paciente podrá liberarse para trabajar a través del pasado y explorar "los aspectos actualizados y creativos de la identidad personal a medida que evolucionen en la relación presente" (Ren et al., 2004, p. 667). Por lo tanto, en los tratamientos psicodinámicos, la relación entre el paciente y el terapeuta se utiliza como centro de interpretación y cambio en el trabajo con el paciente - esto puede significar o no, manejarse con relaciones pasadas del paciente (Ren et al., 2004).

La transferencia puede ser positiva o negativa. La transferencia positiva refleja generalmente relaciones satisfactorias pasadas con otras personas importantes y significa que el paciente es capaz de progresar. La transferencia negativa por lo general, se refleja en las reacciones negativas como la hostilidad, el odio y la rabia que suelen generar molestias tanto en la enfermera como en el paciente (Ren et al., 2004).

La contratransferencia implica reacciones de la enfermera hacia el paciente. Ésta puede desarrollar fuertes sentimientos y actitudes en respuesta a la transferencia del paciente o a su personalidad. En el caso de la contratransferencia, la enfermera puede asignar repetidamente significado a la relación enfermera-paciente cuando en realidad pertenece a relaciones pasadas de la enfermera (Ren et al., 2004). La contra-transferencia se considera como un producto inevitable de la relación enfermera-paciente, es decir, se considera un fenómeno "normal" en las relaciones terapéuticas que reflejan el vínculo de la enfermera con una relación pasada (Ren et al., 2004, p. 667).

A continuación, se muestran algunas señales de posible contratransferencia (Ren et al., 2004):

- Simpatía o preocupación irracional hacia el paciente
- Reaccionar con enojo u hostilidad irracional hacia el paciente
- Sentirse inquieto durante o después de la reunión con el paciente
- Soñar con el paciente
- Preocuparse por el paciente durante el tiempo libre

La supervisión o consulta puede prevenir la degeneración de la relación. Al conversar sobre los sentimientos, las actitudes y los comportamientos con un colega, la enfermera puede contar con la ayuda necesaria para desarrollar "respuestas terapéuticas dirigidas a los objetivos" (Ren et al, 2004). La contratransferencia no se comparte con el paciente, ya que puede ser destructivo. En casos extremos en que no se pueda solucionar la contratransferencia, puede ser necesario que la enfermera derive al paciente a otra enfermera.

Anexo E: Seguridad cultural

Fuente: Smye & Browne (2002). Publicado con la autorización del autor.

Ramsden (1993), una enfermera maorí destacada de Nueva Zelanda, desarrolló el concepto de "seguridad cultural" dentro del contexto educativo en enfermería, en respuesta a los procesos de colonización en Aotearoa / Nueva Zelanda. Dichos procesos históricamente han hecho caso omiso al sistema de creencias maoríes en cuanto a la enfermedad y la salud, y en su lugar, los privilegiados "blancos" de la clase dominante son los que han construido el sistema de salud.

En enfermería, y en las demás publicaciones en materia de salud, la cultura tiende a presentarse como un compendio de creencias, prácticas y valores de determinados grupos étnicos (Culley, 1996). Si bien la descripción de las características culturales y las prácticas pueden ser útiles para los profesionales de la salud e investigadores, también pueden reforzar los estereotipos y las opiniones simplistas de determinados grupos etnoculturales como extraños, como diferentes y como "los otros". Estos discursos culturalistas también ven las cuestiones relacionadas con el acceso, el cumplimiento y la mala salud como resultante de las características culturales que entran en conflicto con las prácticas convencionales de los cuidados en salud. La seguridad cultural no trata de "prácticas culturales", sino que implica el reconocimiento de la posición social, económica y política de ciertos grupos dentro de la sociedad, como los maoríes de Nueva Zelanda o las Primeras Naciones de Canadá, y la consiguiente repercusión en su salud.

La seguridad cultural deriva de la idea de "seguridad" como estándar de enfermería que debe ser cumplido como norma ética (Polashek, 1998). La atención se centra en la prestación de servicios de salud, y sobre problemas del sistema más amplios, como las "políticas generales de enfermería, los centros y lugares en los que se prestan los cuidados enfermeros y las estructuras del sistema de salud más amplias donde la enfermería es una parte" (Polashek, 1998, p. 454). La seguridad cultural tiene que ver con el fomento de la comprensión de la relación entre la condición de minoría y el estado de salud como una forma de cambiar las actitudes de las enfermeras que siguen apoyando las actuales prácticas dominantes y los sistemas de salud, hacia otros que den más apoyo a la salud de los grupos minoritarios (Polashek, 1998). Al reconocer las inequidades en la provisión de servicios (por ejemplo, argumentando que los maoríes en Nueva Zelanda o las personas de las Primeras Naciones de Canadá reciben menos servicios que los que les corresponderían), la seguridad cultural presta su atención en las cuestiones encastadas dentro del contexto social y político de dicha provisión de servicios. La seguridad cultural, por lo tanto, tiene como objetivo contrarrestar las tendencias en el cuidado de la salud que generan riesgo cultural (o "inseguridad") - situaciones que surgen cuando las personas de un grupo etnocultural creen que están siendo "degradadas, disminuidas o debilitadas por las acciones y los sistemas de cuidado de las personas de otra cultura" (Wood and Schwass, 1993, p. 2). La seguridad cultural nos recuerda que es responsabilidad de todos los que trabajamos en los cuidados de la salud reflexionar sobre las formas en las que nuestras políticas, investigaciones y prácticas pueden recrear los traumas infligidos a personas a través de procesos coloniales y neocoloniales. Nos recuerda que los discursos de la salud se han formado acorde con las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas, y la relación entre ellas, y la manera en que una forma de conocimiento concreta tiene privilegios en este período histórico particular (Foucault, 1973).

Por lo tanto, la seguridad cultural no es algo que se deba mirar, sino más bien algo a través de lo que mirar, como una lente interpretativa que a su vez necesita ser reflejada y cuestionada. Esto nos lleva a formular una serie de preguntas para descubrir las formas en que las políticas actuales, la investigación y las prácticas de salud, pueden perpetuar enfoques neocoloniales en los cuidados en salud.

Anexo F: Seguridad cultural – Caso modelo

María

- María es una mujer oneida de 45 años que vive en la comunidad de su marido en el norte de Ontario (zona remota). Es madre de dos hijos: Brenda, de 25 años y William de 22, que va a la Universidad de Montreal.
- María está esperando en la clínica local con su familia para que la trasladen a un hospital a 600 km de su casa debido a un cambio en su salud mental durante las últimas semanas. Tiene antecedentes de enfermedad psicótica y en la actualidad presenta síntomas de psicosis: está agitada, aparentemente muy deprimida, confusa e incoherente y está experimentando alucinaciones auditivas

Participar relacionamente

Comience con la autorreflexión: ¿quién es usted, la enfermera? ¿Cuáles son sus creencias, actitudes, supuestos en relación a la enfermedad mental y la recuperación, a las personas de las Primeras Naciones, etc.?

¿Qué va a hacer primero?

Vaya a conocer a María y a su familia para ver cómo interpretan lo que está sucediendo, por ejemplo:

- ¿Qué significa para María y su familia dejar su casa? Tenga en cuenta que para la mayoría de la gente tener que dejar su casa les produce una gran ansiedad. Esta situación aún puede ser más difícil en el caso de algunas personas de las Primeras Naciones tanto por dejar su casa como por dirigirse a una gran institución urbana ya que existe un trauma histórico (p.e. internados, hospitalización en sanatorios para tuberculosos) y a día de hoy racismo y discriminación.
- Averigüe si hay alguna consideración especial. Por ejemplo, ¿quién necesita saber? ¿Existen determinados miembros de la comunidad que necesitan estar aquí en este momento? ¿Existen prácticas de bienestar y curativas que se deban tener en cuenta? ¿Hay algún aspecto de la enfermedad que precisa ser entendido de manera diferente?

¿Qué información se necesita o desea?

- ¿Hay alguna necesidad o deseo especial que se deba satisfacer?
- Si María tiene que permanecer en el hospital durante un período de tiempo, quién estará con ella y qué soportes va a recibir? (considere los recursos)
- ¿Qué están pensando María y su familia en este momento?
- ¿Qué es lo que saben? ¿Qué es lo que no saben? ¿Qué les gustaría saber?
- ¿María y su familia sienten que es una elección y tienen el poder para ejercerla?
- ¿Existen consideraciones lingüísticas (es decir, necesita un traductor)?

Anexo G: Consideraciones ambientales para la promoción de la seguridad

"Se espera que a toda persona en situación de riesgo inminente de suicidio se la ubique en un lugar seguro con las barreras arquitectónicas adecuadas" (Yeager et al., 2005, p. 122).

Tanto en el servicio de urgencias, como en una unidad de hospitalización, un entorno seguro es fundamental para el paciente en el que se evidencia una conducta y / o ideación suicida. Es tarea difícil hacer frente a todos los riesgos que existen para la seguridad dentro de un hospital, además de los aportados por los pacientes y las visitas. El personal debe analizar y / o evaluar el entorno físico (construcción) y centrarse en lo que puede suponer una oportunidad para hacerse daño. La seguridad comienza con la compilación de una serie de características de seguridad que debe cumplir el recinto de internamiento. Siguiendo dichas indicaciones, se debe considerar la implantación de estrategias de reducción del riesgo en las instalaciones.

Factores "cambiantes":

Con el tiempo, las actividades, los procesos, los procedimientos e incluso las mejoras en las dependencias pueden introducir un elemento de peligro en el entorno (por ejemplo, los cambios en el departamento de seguridad o las nuevas construcciones pueden aumentar el tiempo de respuesta de la seguridad a un código de urgencia). Los factores cambiantes también incluyen lo que los pacientes, visitantes o el personal puedan llevar a las unidades. Las políticas en relación a la guarda y custodia de las pertenencias de los pacientes y el acceso a las áreas restringidas (por ejemplo, sala para personal, sala de equipos) pueden ayudar a hacer frente a estos factores y por lo que deben desarrollarse con la participación de todos los miembros del personal (por ejemplo, profesionales de la salud, servicios de limpieza, auxiliares, seguridad, etc.)

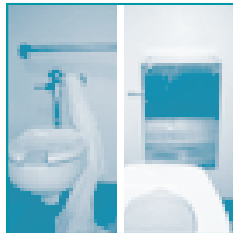
Riesgos para colgarse:



En las unidades de hospitalización psiquiátrica, una sábana anudada puede ser un riesgo para colgarse, especialmente cuando se combina con puertas muy fuertes.



Una puerta dura combinada con una sábana puede soportar el peso del cuerpo en suspensión.



La grifería también representa un riesgo, pero puede estar cerrada para minimizarlo.



Las barras de apoyo para discapacitados también pueden ser un riesgo ya que permiten colgarse en posición sentada. Estas pueden hacerse "de chapa" para minimizar el riesgo.

Armas potenciales:



Los armarios y mesillas pueden desmontarse para fabricarse armas.



Los paneles pesados tales como los de los aparatos de calefacción se pueden utilizar para romper ventanas o como armas contra el personal.



Algunas camas tienen cabeceros extraíbles, que pueden también utilizarse como arma contra el personal.



Incluso los dispositivos de seguridad pueden suponer un riesgo para la seguridad. Revise todos los objetos, incluso los que crea que son seguros. En este ejemplo, los pulsadores de seguridad pueden causar una herida punzante.



Un carro de la ropa común puede dividirse en varias armas potenciales.

Riesgos de aplastamiento:

A pesar que las camas manuales tienen la ventaja de no precisar cables, también pueden representar un riesgo de aplastamiento.



Algunos mangos se colocan de manera que los pacientes no puedan utilizarlos para causar lesiones a través de los puntos de aplastamiento.



Se deben comprobar los cabezales de las camas para asegurarse de que los toques de seguridad están en su lugar.

Barricadas:



La cama está anclada en el suelo para evitar su utilización como barricada. En general, se cree que es una medida de seguridad.



La misma cama de la imagen izquierda, en combinación con la mesita de noche y una silla puede utilizarse como barricada.

Otras consideraciones:

- Utilice cubiertos de plástico y platos de papel
- Asegúrese de que las obras de arte están bien sujetas a las paredes y sin marcos de cristal (o utilice cristal de seguridad)
- Tenga cuidado de que los instrumentos y equipos de trabajo no estén desatendidos (por ejemplo, estetoscopios, escobillones, etc.)
- Identifique el tiempo de respuesta de seguridad ante una emergencia psiquiátrica, bien sea en el servicio de urgencias o en el de psiquiatría. Los simulacros cronometrados pueden ser útiles.
- Las rondas de seguridad deben hacerse con regularidad, al menos una vez por semana. Incluir ojos "frescos" (por ejemplo, personal nuevo o personal que no sea de la unidad) cuando sea posible.

Fuente: Yeager et al. (2005). Figuras publicadas bajo autorización

Anexo H: Factores de riesgo y protectores del suicidio

Fuente: Murray & Hauenstein (2008). Adaptado con autorización.

*Adaptaciones en cursiva

Factores de riesgo:

Factores sociales o demográficos

- Ser adulto mayor
- Ser hombre
- Pobreza
- Ser aborígen, especialmente los jóvenes entre 14 y 24 (Chandler & Lalonde, in press)
- *Raza blanca* (APA, 2003)
- *Orientación gay, lesbiana o bisexual. Con los intentos* (APA, 2003)
- Ser soltero (viudo, divorciado, separado, soltero)
- Aislamiento social, incluyendo distanciamiento nuevo o que empeora, y localización rural
- Estrés económico o laboral, pérdida, o humillación
- Volver a prisión
- Historial de ludopatía o juego
- Acceso fácil a armas de fuego

Factores clínicos

- Enfermedad mental grave presente o pasada, incluyendo el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la depresión mayor
- Trastorno de la personalidad (borderline, narcisista, antisocial)
- Historia de rasgos impulsivos y violentos
- Enfermedad médica actual
- Antecedentes familiares relacionados con el suicidio
- Intentos de suicidio previos u otras autolesiones o actos impulsivos
- Ira, agitación o preocupación restringida actual
- Actual consumo de alcohol o drogas
- Acceso fácil a tóxicos letales (incluyendo fármacos prescritos)
- Formulación del plan, preparaciones para la muerte o nota de suicidio
- Baja ambivalencia en cuanto a vivir versus morir
- *Trauma infantil (abuso sexual, físico)* (APA, 2003)
- *Ideas suicidas (actuales o previas)*
- *Intento de suicidio* (APA, 2003)
- *Desesperanza* (APA, 2003)
- *Ansiedad grave o que no remite* (APA, 2003)
- *Ataques de pánico* (APA, 2003)
- *Impulsividad* (APA, 2003)
- *Agresión* (APA, 2003)

Precipitantes

Estresores recientes (especialmente pérdida de la seguridad emocional, social, física o económica)

Factores de protección:

- Apoyos sociales intactos
- Fe o militancia religiosa (también puede ser un factor de riesgo si existe culpa o vergüenza)
- Estar casado y tener hijos dependientes
- Relaciones continuadas de soporte con un cuidador
- *Relación terapéutica positiva* (APA, 2003)
- Ausencia de depresión y consumo de sustancias
- Acceso a recursos de salud mental y médicos
- Control de la impulsividad
- Habilidades para la resolución de problemas y el afrontamiento
- *Embarazo* (APA, 2003)
- *Satisfacción en la vida* (APA, 2003)
- *Alivio al no completar el suicidio* (NZGG, 2003)
- *Sentido de “cuestiones pendientes de acabar”* (NZGG, 2003)
- *Buena autoestima, autoconfianza* (NZGG, 2003)
- *El conocimiento de sus pensamientos suicidas por parte de otras personas significativas* (NZGG, 2003)
- *Sentido de pertenencia* (Sargent, Williams, Hagerty, Lynch-Sauer & Hoyle., 2002)

Tanto los factores de riesgo como los factores de protección deben anotarse en el gráfico del paciente como parte de la valoración del riesgo.

Nota del equipo de desarrollo de la RNAO: Aunque los factores de riesgo de la lista anterior se han identificado como tales estadísticamente, los lectores deben ser conscientes de que éstos no son absolutos y ni tienen un valor ponderado, aunque pueden ser acumulativos. La valoración del riesgo siempre debe realizarse dentro del contexto de una exploración completa

Anexo I: Componentes de la valoración del estado mental

Fuente: RNAO (2006b). Adaptado bajo autorización.

En una evaluación del estado de la salud mental pueden incluirse los siguientes aspectos:

APARIENCIA

- **Edad** (*edad cronológica y si la persona aparenta la edad que tiene*)
- **Sexo, Raza**
- **Constitución física** (**delgado, obeso, atlético, normal**)
- **Posición** (**tumbado, sentado, de pie, arrodillado**)

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

- **Postura** (*rígido, desplomado, encorvado, cómodo, amenazante*)
- **Contacto visual** (*ojos cerrados, buen contacto, evita el contacto, mira fijamente*)
- **Vestimenta** (*la ropa que lleva puesta, limpieza, estado de la ropa, pulcritud, si la ropa que lleva es apropiada*)
- **Aseo** (*maloliente, descuidado, sucio, sin afeitarse, extremadamente meticuloso, peinado, despeinado, maquillado*)
- **Maneras** (*colaborador, reservado, agradable, desconfiado, elocuente, enfadado, seductor, halagador, evasivo, amistoso, hostil*)
- **Atención hacia la persona que examina** (*desinteresado, aburrido, preocupado a nivel interno, distraído, atento*)
- **Características distintivas** (*cicatrices, tatuajes, vendajes, manchas de sangre, falta de algún diente, dedos manchados por el tabaco*)
- **Irregularidades físicas destacadas** (*falta de alguna extremidad, ictericia, abundante sudor, bocio, respiración dificultosa, tos*)
- **Expresión facial emotiva** (*llanto, calma, perplejo, estresado, tenso, profiere gritos, tembloroso, frunce el ceño*)
- **Estado de alerta** (*alerta, adormilado, estupor, confundido*)

MOTOR/COMPORTAMIENTO

- **Retardo** (*movimientos ralentizados*)
- **Agitación** (*incapaz de permanecer quieto, se retuerce las manos, balanceo, se toca la piel o la ropa, marca el ritmo, movimientos excesivos, compulsivo*)
- **Movimientos poco habituales** (*temblor, se relame, saca la lengua, gestos, muecas, tics*)
- **Modo de andar** (*arrastra los pies, a grandes pasos, cojeando, a tropezones, con titubeo*)
- **Catatonía** (*estupor, excitación*)

HABLA

- **Velocidad** (*lento, pausas largas antes de responder a las preguntas, dubitativo, rápido, habla apresurada*)
- **Ritmo** (*monótono, tartamudeo*)
- **Volumen** (*alto, bajo, susurro*)
- **Cantidad** (*monosílabos, extremadamente locuaz, mudo*)
- **Vocalización** (*clara, masculla entre dientes, arrastra las palabras*)
- **Espontaneidad**

HUMOR/AFECTO

- **Estabilidad** (*estable, rígido, frágil*)
- **Alcance** (*constreñido, completamente afectado*)
- **Idoneidad** (*con respecto al contenido del discurso y las circunstancias*)
- **Intensidad** (*plano, embotado, exagerado*)
- **Afectación** (*deprimido, triste, alegre, eufórico, irritable, angustiado, neutro, temeroso, enfadado, agradable*)
- **Humor** (*que expresa el paciente/usuario*)

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- **Ideaciones suicidas u homicidas** (*intentos, plan, acceso a los medios, plazos*)
- **Cognición depresiva** (*culpa, inutilidad, desesperanza*)
- **Obsesiones** (*pensamiento recurrente, persistente, no deseado*)
- **Cavilaciones**
- **Fobias** (*fuerte, persistente, miedo a un objeto o situación*)
- **Ideas de referencia**
- **Ideación paranoide**
- **Ideación mágica**
- **Ideas delirantes** (*creencia falsa que se mantiene a pesar de que no exista ninguna prueba que la sostenga*)
- **Ideas sobrevaloradas**
- **Pensamiento difuso, de inserción o abstinencia**
- **Otros temas importantes discutidos con el paciente**

PROCESO DEL PENSAMIENTO

- **Coherencia** (*coherente, incoherente*)
- **Lógica** (*lógico, ilógico*)
- **Pensamiento** (*consecuencial, circunstancial, tangencial (se aparta de manera repentina del flujo del pensamiento), pérdida de asociaciones, fuga de ideas, divagación, jargonafasia*)
- **Perseveración** (*repetición patológica de una frase o palabra*)
- **Neologismo** (*uso de palabras, frases o expresiones nuevas*)
- **Bloqueo** (*cese repentino del flujo del pensamiento y del discurso asociado a emociones fuertes*)
- **Atención** (*distracción, concentración*)

PERCEPCIÓN

- **Alucinaciones** (*auditivas sincluyendo órdenes, ejecutar comentarios; visuales, olfativas, gustativas, táctiles*)
- **Ilusiones** (*interpretación errónea de los estímulos externos reales*)
- **Despersonalización**
- **Déjà vu, Jamais vu**

COGNICIÓN

- **Orientación** (*tiempo, persona, espacio*)
- **Memoria** (*a corto plazo, a largo plazo*)
- **Intelecto**
- **Pensamiento abstracto**
- **Capacidad para leer y escribir**
- **Nivel de conciencia**

CONOCIMIENTO INTERIOR/JUICIO

- **Conciencia de la enfermedad** (*conocimiento interior*)
- **Capacidad para tomar una decisión teniendo en cuenta los pros y contras de la acción**

Anexo J: Preguntas para valorar la ideación y plan suicida

A continuación se muestran algunas de las preguntas (APA 2003; NZGG, 2003) que una enfermera generalista o especialista puede utilizar para entrevistar a la persona con pensamientos, planes o conductas suicidas. Recuerde que estas son formas recomendadas de valorar los pensamientos y sentimientos respecto al suicidio. Siempre esté atento y evalúe tanto la comunicación verbal como la no verbal o las 'señales' de la persona. No es necesario realizar todas las preguntas. Aunque este listado de preguntas se presente de forma lineal, se pretende que se utilicen dentro de la valoración, como un proceso dentro de una conversación o discusión que fluye en el contexto de la relación enfermera-paciente. Estas preguntas requieren habilidades de comunicación eficaces que incluyen la escucha reflexiva.

Frecuentemente, una pregunta general sobre los pensamientos de la persona y sus sentimientos respecto a la vida, es un buen comienzo para entablar la conversación:

- *A veces las personas sienten que la vida no merece ser vivida. ¿Me puede decir cómo se siente acerca de su propia vida?*
- *¿Cuáles son los aspectos de su vida que la hacen digna de ser vivida?*
- *¿Cuáles son los aspectos que pueden hacerle sentir o pensar que su vida no vale la pena?*
- *¿Desea constantemente huir de su vida?*
- *¿Cómo podría suceder? ¿Qué podría hacer para lograrlo?*

Es importante continuar con las siguientes preguntas porque de hecho, son las que abordan la autolesión, el suicidio y la muerte. Incluso si las respuestas a las preguntas anteriores tienden a afirmar el valor que tiene para la persona su propia vida, esas respuestas pueden no ser coherentes o congruentes con la información de que usted dispone sobre la valoración de la persona, por lo que debe valorar la ideación y comportamiento suicida de forma más específica.

- *¿Piensa en su propia muerte o en la muerte?*
- *¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño o quitarse la vida?*
- *¿Actualmente piensa o se siente así?*

Si la persona expresa pensamientos de hacerse daño, y / o suicidarse, o incluso si parece ambivalente (por ejemplo, dice: "No lo sé" o "no me acuerdo" o "tal vez, no estoy seguro" o "a veces, pero en este momento no"), continúe con las siguientes preguntas, ya que la ambivalencia entre el deseo de vivir y el de morir es muy común en la ideación y comportamiento suicida y no necesariamente equivale a no tener esos pensamientos o comportamientos. Esté atento a las señales de la persona, ya que no es necesario formular todas las preguntas.

- *¿Cuándo comenzó a experimentar estos pensamientos y sentimientos?*
- *¿Qué pasó antes de que los tuviese?*
- *¿Hubo acontecimientos en su vida que los precedieran tales como una pérdida repentina o sentimientos de depresión?*
- *¿Con qué frecuencia ha tenido estos pensamientos y sentimientos?*
- *¿Estos pensamientos se entrometen en su mente y en sus actividades?*
- *¿Cómo son de fuertes?*

- *¿Puede describirlos?*
- *¿Puede dejar de tenerlos y distraerse con una actividad u otros pensamientos más positivos?*
- *¿Alguna vez ha actuado sobre estos pensamientos?*
- *¿Sus pensamientos le llevan a actuar según ellos?*
- *Si no ha actuado según estos, ¿cómo ha estado de cerca de ejecutarlos?*
- *¿Qué le ha impedido actuar según estos?*
- *¿Alguna vez ha empezado a actuar según sus pensamientos de autolesión o suicidio, pero se detuvo antes de hacerlo realmente? Por ejemplo, ¿ha tenido en las manos un bote de pastillas para tomárselas pero las ha dejado, o ha salido a un balcón para saltar, pero se ha detenido?*
- *¿Cree que podría actuar según estos pensamientos de autolesión o suicidio en el futuro?*
- *¿Qué podría ayudarle a actuar sobre ellos?*
- *Si usted se quita la vida, ¿qué se imagina que les pasaría después de su muerte a las personas que son importantes para usted?*
- *¿Tiene un plan para hacerse daño o quitarse la vida? Si es así, describa su plan.*
- *¿Tiene a su alcance los métodos para quitarse la vida, por ejemplo más cantidad de pastillas con o sin receta, cuchillos o la proximidad de un balcón, un puente o el metro?*
- *¿Ha hecho preparativos para su muerte escribiendo una nota, ha hecho el testamento, ha practicado el plan, ha puesto en orden sus asuntos económicos, o se ha escondido para que nadie descubra su plan?*
- *¿Le ha dicho a alguien que está pensando en quitarse la vida o tiene previsto hacerlo?*

Si una persona ha intentado suicidarse o se ha autoinfligido lesiones, hágale más preguntas para evaluar las circunstancias que envuelven el suceso (s).

- *¿Qué pasó en los intentos previos de hacerse daño o quitarse la vida? ¿Qué llevó hasta ese punto? ¿Fue el uso de alcohol u otras sustancias? ¿Qué método utilizó? En ocasiones las personas tienen varias razones para hacerse daño, además de querer morir. ¿Cuáles serían las razones para hacerse daño o suicidarse? ¿Qué nivel de gravedad tuvieron sus lesiones?*
- *¿Cuáles fueron sus pensamientos justo antes de hacerse daño?*
- *¿Qué resultado esperaba de su lesión o intento de suicidio? ¿Creyó que iba a morir? ¿Cuál creyó usted que sería la respuesta de los demás a su autolesión o suicidio?*
- *¿Había otras personas presentes cuando se hizo esto?*
- *¿Cómo consiguió ayuda después? ¿Buscó ayuda usted mismo o le ayudó alguien?*
- *¿Esperaba que alguien le descubriera? Si no, ¿le encontraron accidentalmente?*
- *¿Cómo se sintió después de su intento? ¿Sintió alivio o pesar por estar vivo?*
- *¿Ha recibido tratamiento después de su intento? ¿Recibió tratamiento médico y/o psiquiátrico, de urgencia? ¿Le valoraron en un servicio de urgencias? ¿Fue atendido en un servicio de valoración sin ingreso?*
- *¿Qué piensa y siente acerca de su vida ahora? Para usted ¿han cambiado las cosas? ¿Ve la vida de la misma forma o de forma diferente?*
- *¿Ha tratado en el pasado de hacerse daño o matarse? (Si es así, reformule las mismas preguntas para valorar las similitudes o las diferencias de las circunstancias y presentaciones).*

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Para personas con pensamientos o intentos repetidos de suicidio.

- *¿Cuántas veces ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?*
- *¿Cuándo ha sido la última vez?*
- *¿Cuáles han sido sus pensamientos y sentimientos en el momento en que se ha planteado suicidarse seriamente?*
- *¿Cuándo ha realizado el intento más serio de hacerse daño o suicidarse?*
- *¿Qué pasó justo antes de hacerlo y justo después?*

Valore los motivos para vivir o los factores de protección de esta persona.

- *¿Qué siente respecto al futuro?*
- *¿Qué cree que podría ayudarle a sentirse o pensar de forma positiva, optimista o esperanzada respecto a su futuro?*
- *¿Qué haría más (o menos) probable que usted trate de quitarse la vida?*
- *¿Qué ocurre en su vida que hace que desee morir o huir de ella?*
- *¿Qué ocurre en tu vida que te ayude a vivir?*
- *Si comienza a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida de nuevo, ¿qué haría para prevenirlo?*

A las personas con sicosis, pregúnteles acerca de las alucinaciones y las ideas delirantes.

- *¿Puede describir las voces que oye?*
- *¿Puede decirme si le habla una mujer o un hombre?*
- *¿Puede hacer parar las voces?*
- *¿Cuántas voces diferentes escucha?*
- *¿Oye las voces dentro de su mente o bien parecen provenir de fuera?*
- *¿Sabe de quienes son las voces? ¿Puede reconocerlas?*
- *¿Qué le dicen las voces? ¿Le dicen algo positivo, o le dicen cosas negativas que le hieren? ¿Le amenazan o amenazan a otra persona?*
- *¿Cómo se enfrenta a ellas? ¿Hace algo al respecto?*
- *¿Le ordenan realizar alguna cosa? Si es así, ¿qué tipo de cosas le indican que haga?*
- *¿Ha hecho alguna vez lo que le han pedido las voces? ¿Qué le llevó a obedecer a las voces? Si trató de resistirse a ellas, ¿qué le dificultó hacerlo?*
- *En alguna ocasión las voces le han ordenado hacerse daño o matarse? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué paso?*

Considere valorar la posibilidad de que el paciente pueda hacer daño a otras personas además de a sí mismo.

- *¿Tiene pensamientos respecto a hacer daño a otras personas?*
- *¿Hay otras personas que desea que mueran con usted?*
- *¿Hay otras personas que usted considera que no pueden seguir adelante sin usted?*

Anexo K: Ejemplos de instrumentos de valoración del riesgo de suicidio

Hay una amplia variedad de herramientas disponibles que podría ser útil en la evaluación del riesgo de suicidio. Herramientas puede variar basado en la población diana de pacientes, la duración de la evaluación y la aplicabilidad a los diferentes entornos clínicos o de investigación. Todas las herramientas tienen limitaciones y debe ser usado en conjunción con el juicio clínico. Los siguientes se proporcionan solamente como ejemplos y no constituyen una lista exhaustiva. Al lector se le recomienda hacer referencia a las fuentes originales para obtener más información sobre instrucciones para el uso apropiado.

Ejemplo 1: La escala SAD PERSONS para la valoración del riesgo de suicidio

Fuente: Patterson et al. (1983). Publicado con autorización.

Escala SAD PERSONS para la valoración del riesgo de suicidio

Sexo

Age ("Edad" en español)

Depresión

Previous Attempt ("Intentos previos")

Ethanol Abuse ("Consumo de alcohol")

Rational Thinking Loss ("Pérdida de raciocinio")

Social Supports Lacking ("Falta de soporte social")

Organized plan ("Plan organizado")

No spouse ("Sin pareja")

Sickness ("Enfermedad somática")

Cada ítem afirmativo cuenta un punto.

El rango de puntuación total varía de 0 (muy bajo riesgo) a 10 (muy alto riesgo).

Ejemplo 2: Valoración enfermera global del riesgo de suicidio (NGASR, por sus siglas en inglés)

Fuente: Cutcliffe & Barker (2004). Reproducido con autorización.

Valoración enfermera global del riesgo de suicidio (NGASR, por sus siglas en inglés)

Variable predictiva	Valor
Presencia / Influencia de la desesperanza	3
Suceso estresante reciente (p.e. pérdida del trabajo, preocupaciones económicas, pendiente de juicio)	1
Evidencia de creencias/voces persecutorias	1
Evidencia de depresión/pérdida de interés o pérdida del placer	3
Evidencia de abstinencia	1
Aviso de intención de suicidio	1
Evidencia de un plan para suicidarse	3
Historia familiar de problemas psiquiátricos graves o suicidio	1
Duelo reciente o ruptura de una relación	3
Antecedentes de psicosis	1
Viudo/a	1
Intento previo de suicidio	3
Historia de privación socioeconómica	1
Historia de consumo o abuso del alcohol	1
Presencia de enfermedad terminal	1
Total	

Niveles de riesgo y niveles del compromiso correspondiente sugerido:*

Puntuación de cinco o menor: Nivel bajo de riesgo. Nivel de compromiso correspondiente – Nivel cuatro

Puntuación entre seis y ocho: Nivel de compromiso correspondiente – Nivel tres

Puntuación entre nueve y once: Nivel de riesgo elevado. Nivel de compromiso correspondiente – Nivel dos

Puntuación de doce o mayor: Nivel de riesgo muy elevado. Nivel de compromiso correspondiente – Nivel uno

***Nota:**

Niveles de compromiso (Barker & Buchanan-Barker, 2005)

Nivel cuatro: Compromiso sobre una base diaria estructurada

Nivel tres: Compromiso formal por lo menos tres veces al día - mañana, tarde y noche

Nivel dos: Apoyo regular del equipo de enfermería durante el día o la noche (por ejemplo, aproximadamente cada 15 minutos, variando entre 10 y 20 minutos)

Nivel uno: Acceso constante a la enfermera u otro profesional de soporte

Ejemplo 3: Ejemplos de medidas utilizadas en los centros de práctica clínica y/o de investigación

Beck Depression Inventory

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck Hopelessness Scale

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Beck Scale for Suicide Ideation

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

Hamilton Depression Inventory

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Reasons for Living Inventory

Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.



Anexo L: Ejemplos de niveles de observación

Los cuatro niveles de observación	
Nivel I	Observación general: El personal debe saber en todo momento la ubicación de todos los pacientes, aunque no todos los pacientes precisan estar a la vista.
Nivel II	Observación intermitente: Debe comprobarse la localización del paciente cada 15 minutos. Este nivel es el adecuado cuando los pacientes no tienen un riesgo inmediato, sino tan sólo potencial.
Nivel III	A la vista: Se precisa cuando el paciente puede en cualquier momento hacerse daño a sí mismo o a los demás. En ese caso el paciente debe estar a la vista en todo momento, día y noche.
Nivel IV	Al alcance de la mano: Los pacientes que tienen el riesgo más elevado de hacerse daño a sí mismos o a otras personas, deben estar cerca del control de la enfermera en todo momento, incluyendo cuando el paciente vaya al lavabo.

Fuente: Reynolds, T., et al. (2005). Published with permission.

La observación en las unidades de hospitalización	
Existen tres niveles especiales de observación por encima del nivel básico requerido para todos los pacientes psiquiátricos.	
Al alcance	Sería para las personas en riesgo extremadamente elevado de suicidio que expresan activamente su intención. La persona puede haber llevado a cabo recientemente un acto de autoagresión deliberada, tener estados psicóticos impredecibles y / o ser impulsivo y agresivo. En este caso se precisa observación teniendo la persona al alcance por motivos de seguridad. En algunas ocasiones, se precisa más de una enfermera.
En la misma sala y a la vista	Sería para la persona con elevado riesgo de suicidio que expresa su intención de suicidio de forma activa, pero donde hay menos riesgo de conductas impulsivas de autolesión. Esta persona puede haberse autolesionado recientemente o haber tenido estados impredecibles de psicosis. Precisa una observación visual constante sobre una base 1 a 1, con la enfermera en la misma habitación y a la vista de la persona.
Observación frecuente (especificar el intervalo máximo en un rango de 10-20 minutos)	Sería para la persona que se considera que el riesgo de suicidio ha aumentado significativamente en comparación con el promedio de pacientes psiquiátricos ingresados, o donde el grado de riesgo es incierto. Se recomienda que se varíe la hora de la observación para que la persona no pueda predecir cuando se va a producir la siguiente observación.
Si una persona se valora que precisa observación según los niveles de descritos, de deben documentar de manera cuidadosa y sistemática todos los detalles. Las personas que se suicidan en los servicios de salud mental, en la mayoría de los casos han tenido un nivel de atención reducido antes de cometer el suicidio (es decir, se les ha juzgado como de bajo riesgo).	

Fuente: NZGG, (2003). Reproducido bajo autorización.

Anexo M: Intervenciones de postvención

Fuente: Beautrais (2004). Reproducido bajo autorización.

Las siguientes intervenciones se han descrito como potencialmente beneficiosas para proporcionar atención de apoyo en la postvención:

- La información sobre la forma, el momento y las circunstancias de la muerte.
- La oportunidad de ver el cuerpo.
- El apoyo emocional en la visualización del cuerpo.
- La información sobre los procedimientos e investigaciones oficiales, incluyendo una explicación de los procedimientos postmortem y la investigación judicial. La información por escrito relativa a estas cuestiones.
- Una copia de la nota o mensaje original de suicidio, según corresponda.
- Ayuda y asistencia informando a la familia y a otras personas de la muerte y las circunstancias de la muerte.
- Asistencia en la interpretación del informe de la autopsia.
- Un paquete de información escrita que incluya: el duelo y las estrategias de afrontamiento del duelo; el suicidio; los recursos disponibles; una lista de lectura; la información de contacto para grupos locales de ayuda al duelo, y duelo por suicidio; y otros asuntos relacionados.
- La información por escrito de cómo dar soporte a los niños afectados por el suicidio.
- Los consejos sobre cómo responder a las preguntas de los medios y las solicitudes de información acerca de la muerte.
- La derivación a un médico general para obtener información, apoyo, valoración y, tal vez, medicación.
- La información en relación a la investigación, incluyendo el propósito, el contexto y los protocolos asociados con el proceso y el apoyo social y emocional durante la investigación.
- La oportunidad de hablar de su experiencia sobre la muerte por suicidio con otras personas en la misma situación en el contexto de un grupo de apoyo de duelo por suicidio, para el caso que nos ocupa.
- Acceso a asesoramiento, terapia o psicoterapia profesional individual o grupal, según sea necesario, y sin que los costes sean una barrera.
- El apoyo de los líderes religiosos y el clero.
- El acceso, de una forma no estigmatizante, a la información factual del suicidio y las enfermedades mentales con las que el suicidio puede estar asociado.
- La información sobre cómo responder en los entornos sociales a las preguntas en relación a la muerte por suicidio en su familia.
- La información sobre cómo lidiar con el dolor y sobre cómo las demás familias han afrontado los años siguientes al suicidio.
- El acceso a la información sobre el impacto del suicidio en el funcionamiento familiar, cómo otras familias han afrontado el suicidio, y las estrategias para mejorar la comunicación familiar y el funcionamiento después del suicidio.
- Los consejos sobre cómo y qué decir a los niños acerca de la muerte por suicidio de un miembro cercano de la familia, y cómo protegerlos del riesgo de comportamiento suicida.
- Los vínculos con los servicios de duelo.
- El contacto de seguimiento, varias veces durante el primer año para reiterar las ofertas de apoyo y asistencia, y para proporcionar información.

Anexo N: Estrategias de intervención psicológica reflexiva breve para el personal

Fuente: Beautrais (2004). Reproducido bajo autorización.

En las instituciones en las que se ofrece la intervención psicológica breve "debriefing" al personal encargado del cuidado del paciente suicida, la enfermera debe asegurarse de las cuestiones que se indican a continuación:

- Deben utilizarse los planes actuales de respuesta a los incidentes traumáticos.
- Se deben considerar los servicios de un consultor externo con conocimientos y experiencia en el manejo de situaciones de muerte por suicidio.
- El personal debe tener información general y específica sobre la muerte por suicidio.
- El personal debe contar con la oportunidad de hablar sobre cómo el suicidio les ha afectado en un ambiente de soporte, así como se deben evaluar sus necesidades de ayuda.
- Se deben identificar los recursos y organizaciones relevantes en la comunidad y proporcionar información sobre cómo acceder al personal y a otras personas en situación de duelo.
- Se deben implantar procedimientos de gestión de riesgos para minimizar el riesgo de comportamiento suicida entre el personal, los pacientes u otras personas.
- Se deben utilizar procedimientos de valoración eficaces para identificar a las personas con riesgo elevado de duelo patológico y con riesgo de comportamiento suicida.
- Pueden proporcionarse grupos de apoyo dentro de las propias instituciones, incluyendo las unidades de salud mental, para que el personal con experiencia en muertes por suicidio de soporte a sus compañeros.
- Se debe ofrecer una reunión entre el personal y la familia del fallecido, y proporcionar un mediador.
- Se debe realizar una revisión de las circunstancias del suicidio, si se precisa.
- El trabajador, de manera individual, debe contar con acceso a una supervisión profesional.
- Al final de la intervención se debe realizar una entrevista reflexiva breve con todo el personal involucrado, y revisar el plan de respuesta a los incidentes traumáticos si es necesario.



Anexo O: Recursos educativos

El equipo de desarrollo ha realizado una compilación de recursos para aquellas enfermeras y pacientes que quieran saber más sobre la ideación y el comportamiento suicida. No pretende ser una lista completa. Pueden existir más recursos de los aquí indicados.

Revistas relevantes con revisión por pares:

Archives of Suicide Research – Taylor & Francis

Canadian Journal of Psychiatry – Canadian Psychiatric Association

Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention – Elsevier Science

International Journal of Mental Health Nursing – Blackwell Publishing

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing – Blackwell Publishing

Suicide and Life-threatening Behaviour – Guilford Publications, Inc.

Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal – BC Partners for Mental Health and Addictions Information

Capítulos de libro:

Murray, B. L. & Hauenstein, E. J. (2008). Chapter 37 – Self Harm and Suicidal Behaviour: Children, Adolescents, and Adults. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric nursing for Canadian practice* (p. 898-922). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Myslik, B. (2005). Chapter 24 – Suicide. In L. L. Stamler & L. Yiu (Eds.), *Community health nursing: A Canadian perspective* (p. 317-324). Toronto: Pearson Education Canada Inc.

Otras publicaciones:

Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (in press). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations Kirmayer, L. & Valaskakis, G. (Eds.), *The mental health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations, identity, and community*. University of British Columbia Press.

Government of British Columbia. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services and related documents*. [Online]. Disponible en:

<http://www.health.gov.bc.ca/mhd/suicide.html>

Government of Canada. (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada. [Online].

Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/>

Health Canada. (2002). *Suicide. A report on mental illness in Canada*. [Online]. Disponible en:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/>

Masecar, D. (2007). *What is working, what is hopeful... Supporting community-based suicide prevention strategies within indigenous communities (and any other community that is interested)*. Ottawa: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.

Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1995). *Choosing life: Special report on suicide among Aboriginal people*. Ottawa: Communication Group Publishing.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Ejemplos de modelos de intervención ante el suicidio:

ASIST: www.livingworks.net

Assessment and Planning Tool Kit for Suicide Prevention in First Nations Communities:

http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/NAHO_Suicide_Eng.pdf

Mental Health First Aid: <http://www.mhfa.com.au/>

Recursos en páginas web:

American Association of Suicidology: <http://www.suicidology.org/>

American Foundation for Suicide Prevention: <http://www.afsp.org/>

American Psychiatric Nurses Association: <http://www.apna.org/>

American Psychological Association: <http://www.apa.org/>

BC Partners for Mental Health and Addictions Information: <http://www.heretohelp.bc.ca>

Canadian Association for Suicide Prevention: <http://www.suicideprevention.ca/>

Centre for Suicide Prevention: <http://www.suicideinfo.ca/>

Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/>

International Academy of Suicide Research: <http://www.depts.ttu.edu/psy/iasronline//>

International Association for Suicide Prevention: <http://www.med.uio.no/iasp/>

Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit (Mheccu), University of British Columbia:

<http://www.mheccu.ubc.ca>

National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/>

Rethink: <http://www.rethink.org/>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): <http://www.samhsa.gov/>

Suicide Prevention Action Network: <http://www.spanusa.org/>

Suicide Prevention Education Awareness Knowledge (SPEAK): <http://www.speak-out.ca/>

Suicide Prevention Resource Center: <http://www.sprc.org/>

World Health Organization: <http://www.who.int>

Anexo P: Marco teórico ético para la toma de decisiones

Fuente: McDonald (2001). Reproducido bajo autorización.

Marco teórico ético para la toma de decisiones: Versión 6.0
Programa ético compartido (Enero de 2001)
por **Michael McDonald**[1]
Con comentarios de Paddy Rodney y Rosalie Starzomski[2]

1. Recopile la información e identifique el problema.

1.1. Esté alerta; sea sensible a las situaciones con carga moral.

Mire más allá de las cuestiones técnicas de su trabajo para ver la dimensión moral. Utilice sus recursos éticos para determinar los estándares morales relevantes [véase el apartado 3]. Utilice su intuición moral.

1.2. Identifique lo que sabe y lo que no sabe.

Mientras recopila la información, esté abierto a interpretaciones diferentes de los sucesos. Dentro de los límites de la confidencialidad del paciente e institucional, asegúrese de que tiene los puntos de vista de los pacientes y los familiares, así como de los profesionales de la salud y los gestores. Si bien la precisión y la minuciosidad son importantes, puede que el hecho de estar recopilando más información le haga dejar de lado opciones que son moralmente significativas. Por lo tanto, las decisiones deben tomarse antes de conocer toda la historia.

1.3. Indique de forma breve los máximos detalles sobre los hechos y circunstancias que pueda recopilar durante el tiempo que tenga disponible para tomar la decisión.

- ¿Qué decisiones se deben tomar?
- ¿Quiénes son los que toman las decisiones? Recuerde que puede haber más de una persona que tome las decisiones y sus interacciones pueden ser importantes.
- Esté alerta a posibles conflictos de interés reales o potenciales. Un conflicto de interés es “una situación en la cual una persona, tal como un trabajador público, un empleador o un profesional, tiene un interés privado o personal tal, que hace razonable pensar que pueda influir en el ejercicio objetivo de sus obligaciones”. Ello incluye conflictos de interés económico (p.e. favoritismo hacia un amigo o pariente). En algunas situaciones, se considera suficiente comunicar a todas las partes implicadas que usted está en una situación de conflicto de interés. En otros casos, es imprescindible desvincularse totalmente de la toma de decisiones.[3]

1.4. Considere el contexto de la toma de decisiones.

- Pregúntese a sí mismo por qué la decisión se está tomando en este contexto y en este momento.
- ¿Existen mejores contextos en los que tomar la decisión?
- ¿Las personas responsables de tomar la decisión son las idóneas?

Considere las preguntas que se formulan a continuación:

Cuestiones clínicas:

- ¿Cuál es la historia médica del paciente/diagnóstico/pronóstico?
- ¿El problema es agudo, crónico, crítico o reversible?
- ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
- ¿Cuáles son las probabilidades de tratamiento?
- ¿Cuáles son los planes en caso de fracaso en el plan terapéutico?
- ¿En definitiva, ¿cómo se va a beneficiar el paciente de la atención médica, enfermera o de otros cuidados o de evitar el daño?

Preferencias

- ¿Qué ha expresado el paciente en cuando a las preferencias de tratamiento?
- ¿Se ha informado al paciente de los beneficios y riesgos; los ha entendido, y ha dado su consentimiento?
- ¿El paciente es mentalmente capaz y legalmente competente? ¿Cuál es la evidencia de la incapacidad?
- ¿El paciente de forma previa ha expresado sus preferencias (p.e.voluntades anticipadas)?
- Si está incapacitado, ¿quién es el tutor más adecuado? ¿El tutor está usando los estándares correctos?
- ¿El paciente no puede o no quiere colaborar en el tratamiento? Si es así, ¿por qué?
- En definitiva, ¿se está respetando el derecho a decidir en la medida que marca la ética y la legislación?

Calidad de vida/muerte

- ¿Cuáles son las perspectivas, con y sin tratamiento, de que el paciente pueda volver a hacer una vida normal?
- ¿Existen sesgos que puedan causar prejuicios sobre la evaluación profesional de la calidad de vida del paciente?
- ¿Qué deficiencias físicas, mentales y sociales es probable que experimente el paciente si el tratamiento tiene éxito?
- ¿El estado presente o futuro del paciente podría dejarle en unas condiciones de vida consideradas indeseables por él / ella?
- ¿Existe algún plan y razón para renunciar al tratamiento?
- ¿Cuáles son los planes de confort y cuidado paliativo?

Características contextuales

- ¿En qué periodo de la vida se encuentra el paciente?
- ¿Existen cuestiones culturales o familiares que puedan influir en las decisiones sobre el tratamiento?
- ¿Existen cuestiones relacionadas con el personal sanitario (p.e. enfermera, médico) que puedan influir sobre las decisiones de tratamiento?
- ¿Existen factores religiosos o culturales?
- ¿Existe algún motivo que justifique romper la confidencialidad?
- ¿Existen problemas de asignación de recursos?
- ¿Cuáles son las implicaciones legales de las decisiones de tratamiento?
- ¿Existen intereses por parte de la investigación clínica o la docencia?

2. Especifique alternativas factibles.

Indique las opciones vivas en cada etapa de la toma de decisiones y para cada una de las personas que toma la decisión. A continuación, debe preguntarse cuáles son las consecuencias probables de cada una de las decisiones. Llegado este punto, recuerde que debe tener en cuenta las consecuencias buenas o malas, no sólo para usted mismo, su profesión, organización o pacientes, sino para todas las personas afectadas. Sea honesto respecto a su participación en los resultados concretos y anime a los demás a hacer lo mismo.

3. Utilice sus recursos éticos para identificar los factores morales significativos en cada alternativa.

3.1. Principios

Los siguientes son principios ampliamente aceptados en una forma u otra en las morales comunes de las comunidades y las organizaciones.

Autonomía: ¿Estamos explotando a los demás, tratándoles de forma paternalista o de otra forma sin su consentimiento libre e informado? ¿Se han hecho promesas?

No maleficiencia: ¿Puede esto dañar a los pacientes, a sus cuidadores o a otros miembros del público en general?

Beneficiencia: ¿Es esta una oportunidad de hacer el bien a los demás? Recuerde que se puede hacer el bien mediante la prevención o la eliminación del daño.

Justicia: ¿Estamos tratando a los demás de manera justa? ¿Tenemos los procedimientos justos? ¿Estamos simplemente produciendo resultados? ¿Estamos respetando tanto los derechos morales, como los derechos significativos?

Fidelidad: ¿Estamos siendo fieles a los roles institucionales y profesionales? ¿Estamos a la altura de las relaciones de confianza que tenemos con los demás?

3.2. Modelos morales

A veces se puede conseguir visión moral modelando el comportamiento propio según el de una persona de gran integridad moral.

3.3. Utilice fuentes éticamente informadas

Políticas y otros materiales, normas profesionales como políticas institucionales, precedentes legales y la sabiduría procedente de sus tradiciones religiosas o culturales.

3.4. Contexto

Son las características contextuales del caso que parecen importantes, tales como la historia de las relaciones con las distintas partes.

3.5. Juicios personales

Sus propios juicios, los de sus colegas y amigos de confianza o sus asesores pueden ser muy valiosos. Por supuesto, cuando se habla con otras personas sobre una decisión difícil, debe respetar la confidencialidad tanto del paciente como del empleador. La discusión con otras personas es particularmente importante cuando varias personas están involucradas en la toma de decisiones, como por ejemplo, su jefe, sus compañeros de trabajo, sus pacientes o sus socios. Su asociación profesional o científica puede proporcionarle asesoramiento confidencial. Los compañeros de trabajo experimentados pueden ser útiles. Muchas de las instituciones relacionadas con la salud tienen comités de ética o defensores del usuario para prestar asesoramiento. Hablar con un buen amigo o un consejero también le puede ayudar.

3.6. Procedimientos organizados para la consulta ética

Considere la posibilidad de presentar el caso formalmente en una reunión, un comité de ética, o a un consultor de ética.

Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

4. Proponga y pruebe las posibles soluciones.

4.1. Encuentre las mejores soluciones generales

Proponga una resolución o seleccione la mejor alternativa (s), considerando todas las cosas.

4.2. Realizar un análisis de sensibilidad

Considere su elección de forma crítica: ¿Qué factores tendrían que cambiar para llegar a alterar su decisión? Estos factores son éticamente fundamentales.

4.2. Considere el impacto en el desempeño ético de los demás

Piense en el efecto de cada opción en las opciones de las demás partes implicadas. ¿Estás haciendo que sea más fácil o más difícil para ellos hacer lo correcto? ¿Está dando un buen ejemplo?

4.3. ¿Una buena persona haría esto?

Pregúntese lo que una persona virtuosa - con integridad y experiencia - haría en estas circunstancias.

4.4. ¿Qué pasaría si todo el mundo en estas circunstancias hiciera esto?

Formule su elección como una máxima general para todos los casos similares.

4.5. ¿Esto permitirá mantener relaciones de confianza con los demás?

Si otros están a mi cuidado o que dependen de mí, es importante que siga mereciendo su confianza.

4.6. ¿Todavía le parece bien?

¿Usted y los otros responsables de la decisión todavía se sienten cómodos con la elección (s)? Si no existe consenso, revise el proceso. Recuerde que usted no está indicando "la" elección perfecta, sino una elección razonablemente buena dadas las circunstancias.

5. Elija su opción.

5.1. Vivir con ello

5.2. Aprenda de ello

Esto significa aceptar la responsabilidad derivada de su elección. También significa aceptar la posibilidad de estar equivocado o de que puedes tomar una decisión por debajo de lo que sería óptimo. El objetivo es realizar elegir la mejor opción con la información disponible, no tomar la opción perfecta. Aprenda de sus fallos y sus éxitos.

Notas adicionales: Este marco teórico se debe utilizar como una guía y no como una "receta". La toma de decisiones éticas es un proceso que dónde se realiza mejor es en los entornos de cuidado y compasión. Puede durar tiempo, y puede precisar de más de un encuentro con el paciente, la familia y los miembros del equipo.

Comparta libremente este marco teórico con quien quiera. Si lo reproduce o distribuye, por favor, comuníquese al autor. Se agradecerá cualquier comentario al respecto. Todos los comentarios y peticiones pueden enviarse al autor a: mcdonald@ethics.ubc.ca

[1] *The W. Maurice Young Centre for Applied Ethics, University of British Columbia*

[2] *School of Nursing, University of Victoria*

[3] See "Ethics and Conflict of Interest" by Michael McDonald at <http://www.ethics.ubc.ca/people/mcdonald/conflict.htm>

Anexo Q: Descripción de la Herramienta

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la *Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica* basadas en la evidencia disponible, perspectivas teóricas y consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación, en una institución de atención sanitaria, de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la "Herramienta" sigue los pasos siguientes para la implantación de la Guía:

Capítulo 1: Seleccionar la guía de práctica clínica.

Capítulo 2: Identificar, analizar e involucrar a las personas interesadas.

Capítulo 3: Valorar la adecuación del entorno.

Capítulo 4: Escoger las estrategias de implantación.

Capítulo 5: Evaluar el éxito.

Capítulo 6: ¿Cómo son los recursos de los que dispone?

Obtener resultados positivos al implantar las Guías en la práctica, y conseguir cambiar la práctica clínica, resulta una tarea extremadamente compleja. La "Herramienta" supone un recurso fundamental para gestionar este proceso. La "Herramienta" está disponible en www.rnao.org/bestpractices.

Anexo R: Lecturas adicionales propuestas por los revisores

Nomenclatura suicida

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 248-263.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours. Part 2: Suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 264-277.

Estigma

Raingruber, B. (2002). Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*, 201-207.

Recuperación

Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 233-240.

Barker, P. (2002). The Tidal Model: The Healing Potential of Metaphor Within a Patient's Narrative. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 40*(7), 42-50.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Brunner-Routledge.

Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 11*(4), 11-19.

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(3), 91-97.

Deegan, P. (2000). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist, 28*(1-3), 194-209.

Harding, C., & Zahniser, J. (1994). Empirical correction of 7 myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*(384), 140-146.

Jacobson, N. (2004). *In recovery: The making of mental health policy*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Esperanza

Byrne, C., Woodside, H., Landeen, J., Kirkpatrick, H., Bernardo, A., & Pawlick, J. (1994). The importance of relationships in fostering hope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32(9), 31-34.

Centre for Suicide Prevention. (2006). Fostering Hope in the Suicidal Client. SEIC Alert # 63, October 2006. [Online]. Disponible en: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert63.pdf>

Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 100-105.

Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.

Barreras del enfoque para la resolución de problemas

Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C., & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 294-301.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 421-431.

Notas:

Notas:

Notas:



Enero de 2009

Guía de buenas prácticas en enfermería

*Valoración y cuidado de los adultos
en riesgo de ideación y comportamiento suicida*



*Este programa está
financiado por el Gobierno de Ontario*

ISBN-13: 978-0-920166-91-8
ISBN-10: 0-920166-91-1



9 780920 166918



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario