



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con área de Énfasis en  
Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría**

**TESINA**

**Título:**

**Diagnóstico de Riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y  
formulación de plan de cuidados**

**PRESENTA:**

**Licenciada en Enfermería  
Laura Jacobo Jacobo**

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada  
con Énfasis en Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría**

**DIRECTORA DE TESINA  
MEyAS. Rita de Guadalupe Martínez Rocha**

**San Luis Potosí, S.L.; Febrero 2018**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**Título:**

Diagnóstico de Riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y formulación de plan de cuidados

**Tesis:**

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

**Presenta:**

Lic. Enf. Laura Jacobo Jacobo

**Directora:**

---

ME y AS. Rita de Guadalupe Martínez Rocha



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**Título:**

Diagnóstico de Riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y formulación de plan de cuidados

**Tesina:**

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

**Presenta:**

Lic.Enf. Laura Jacobo Jacobo

**Sinodales**

**Dra. Maribel Cruz Ortiz  
Presidente**

---

**Firma**

**Dra. Martha Landeros López  
Secretario**

---

**Firma**

**MEyAS Rita de Guadalupe  
Martínez Rocha  
Vocal**

---

**Firma**

## AGRADECIMIENTOS

### *Dedicado a:*

Mi familia, pacientes, a la Universidad, a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, amigos y compañeros por la inspiración, motivación y el apoyo incondicional que me brindaron para la culminación de este trabajo.

L.E. Laura Jacobo Jacobo

Es una locura pensar que las cosas cambien si las continuamos haciendo de la misma manera (Albert Einstein)

¡El que quiere suicidarse no quiere morir, quiere dejar de sufrir!

# Contenido

I. INTRODUCCION.....	1
I. OBJETIVOS.....	2
1.1.    General .....	2
1.2.    Específicos .....	2
II. JUSTIFICACION .....	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
IV. METODOLOGIA.....	8
4.1.    Aspectos ético legales .....	10
VI. MARCO TEORICO .....	11
6.1.    Historia del Suicidio .....	11
6.2.    Epidemiología .....	18
6.3.    Marcos Conceptuales de Enfermería: Teorías y modelos relacionados.....	27
6.4.    Proceso de Enfermería.....	30
6.5.    Valoración.....	30
6.5.1. Mitos y creencias acerca del suicidio .....	31
6.5.2. Patrones funcionales de salud. ....	34
6.5.3. Escalas de valoración del riesgo suicida.....	41
6.6.    Diagnóstico de Enfermería.....	42
6.6.1. Tipos de Diagnósticos Enfermeros.....	42
6.6.2. Teorías explicativas para fundamentar el diagnostico Riesgo de suicidio. ....	43
6.6.3. Etiquetas diagnosticas similares a Riesgo de Suicidio su diferenciación. ....	62
6.7.    Planeación. ....	66
6.7.1. Priorización .....	67
6.7.2. Objetivos del cuidado enfermero .....	67
6.7.3. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) .....	68
6.7.4. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) .....	71
6.7.5. Plan de Cuidados de Enfermería.....	73
6.7.6. Resultados de revisión de expedientes.....	74
6.7.    Ejecución. ....	100

6.8.1. Consideraciones en general por grupos de edad.....	100
6.8.2. Aspectos éticos legales de los cuidados.....	102
6.8. Evaluación.....	105
VII. CONCLUSIONES.....	107
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
IX. ANEXOS.....	117
X. GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA.....	1

## INDICE TABLAS

Tabla 1. Valoración por Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.....	37
Tabla 2. Modelos predominantes de comportamiento suicida.....	58
Tabla 3 Definiciones de etiquetas diagnosticas similares a Riesgo de Suicidio.....	62
Tabla 4. Factores de riesgo de “Riesgo de Suicidio” NANDA.....	65
Tabla 5. Resultados asociados con los factores de riesgo (NOC).....	70
Tabla 6. Principales de Intervenciones NIC en el riesgo suicida.....	72

## INDICE FIGURAS

Figura 1.IX´TAB.....	11
Figura 2.Anaxágoras.....	11
Figura 3. San Agustín de Hipona.....	13
Figura 4. Distribución mundial de la Tasa de suicidios.....	18
Figura 5 .Tasa de suicidio de 2014 a 2015 en México.....	23
Figura 6. Distribución porcentual de los fallecidos por sexo según grupo quinquenal de edad 1015.....	23
Figura 7. Distribución porcentual de las defunciones en la población de 15 a 29 años por sexo según de fallecido 2015.....	23
Figura 8. Tasa estandarizada de suicidio por entidad federativa 2014-2015.....	25
Figura 9. Mitos de los pacientes con “Riesgo de suicidio“.....	33
Figura 10.Cambios biológicos en el cerebro suicida (Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. ,2007).....	45
Figura 11. Efecto de la adversidad de la vida temprana en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Gustavo Turecki, 2014).....	47
Figura 12.Un posible correlato neurobiológico del suicidio (Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras 2008).....	48
Figura.13 El proceso suicida de tres pasos y las disfunciones cognitivas y neuroanatomías subyacentes.....	55

## RESUMEN

**Introducción:** Cada año se suicidan casi un millón de personas y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue, por ello es necesario formular planes específicos que guíen la acción en los distintos contextos en los que se proporcione el cuidado de enfermería, como lo son en las unidades de atención psiquiátrica donde es frecuente la conducta suicida como causa de internamiento. **Objetivo:** Realizar un análisis conceptual de los elementos teóricos del Diagnóstico de enfermería Riesgo de suicidio y la formulación de un plan de cuidados dentro del contexto de hospitalización psiquiátrica. **Metodología:** Estudio, descriptivo, documental, bietápico, la primera etapa revisión documental de la conducta suicida y la segunda revisión de los registros de enfermería, se obtuvo una muestra aleatoriamente de 33 expedientes clínicos de pacientes ingresados en el área de crisis de una unidad psiquiátrica durante el periodo abril-octubre de 2017. **Resultados:** De 33 expedientes revisados 54% presento un intento suicida el cual fue el motivo de internamiento, el método suicida más empleado fue la ingesta de medicamentos 15%, el diagnostico riesgo de suicidio fue encontrado sólo en 5 registros 15%, el factor de riesgo registrado con mayor frecuencia fue el de antecedentes de intentos suicidas. **Conclusiones:** El personal de enfermería requiere adquirir y actualizar sus conocimientos en el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC; el riesgo suicida está asociado a ciertos trastornos mentales, por lo que es necesario dirigir sus intervenciones hacia la detección oportuna y el control del riesgo.

**Palabras clave:** proceso de atención, riesgo de suicidio, plan de cuidado.

## ABSTRACT

**Introduction:** Every year almost one million people commit suicide and at least 20 people try to commit suicide for each one that achieves it, for this reason it is necessary to formulate specific plans that guide the action in the different contexts in which nursing care is provided, as they are in psychiatric care units where suicidal behavior is frequent as a cause of internment. **Objective:** To carry out a conceptual analysis of the theoretical elements of Nursing Diagnosis Suicide risk and the formulation of a care plan within the context of psychiatric hospitalization. **Methodology:** Study, descriptive, documentary, two-stage, the first stage document review of suicidal behavior and the second review of nursing records, a random sample of 33 clinical records of patients admitted to the crisis area of a psychiatric unit was obtained. During the period April-October 2017. **Results:** Of 33 records reviewed 54% presented a suicide attempt which was the reason for hospitalization, the most used suicide method was the intake of medications 15%, the diagnosis suicide risk was found only in 5 registers 15%, the risk factor recorded most frequently was the history of suicide attempts. **Conclusions:** The nursing staff needs to acquire and update their knowledge in the use of the NANDA-NIC-NOC taxonomy; Suicide risk is associated with certain mental disorders, so it is necessary to direct their interventions towards timely detection and risk control.

**Keywords:** attention process, suicide risk, care plans.

## **I. INTRODUCCION**

El suicidio representa en la actualidad un grave problema de salud pública, a nivel internacional, nacional, local su aumento es continuo y sostenido, se ha demostrado su amplia variedad multicausal, y su asociación en la gran cantidad de los casos con la patología psiquiátrica.

Dentro del ámbito hospitalario del área de la psiquiatría esto genera un gran reto para el personal de salud y en el presente trabajo a través de una revisión bibliográfica intencionada se pretende proporcionar los recursos para reforzar y retroalimentar el conocimiento del personal de enfermería mediante el proceso cuidado de enfermería (PCE) como herramienta básica para el cuidado.

La información fue recabada mediante una revisión detallada e integrándola en las diferentes etapas del proceso de atención contemplados desde la revisión de modelos y teorías de enfermería aplicadas en el área psiquiatría y salud mental, valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación, integrando las concepciones del suicidio a partir de su historia, epidemiología, mitos, fisiología, psicología, factores de riesgo, cuestiones éticas, centrándolas desde la perspectiva de enfermería y el lenguaje enfermero de NANDA, NOC y NIC.

Para llegar concretamente al plan de cuidados (PLACE) se realizó la revisión de expedientes tomando en consideración las notas de enfermería en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña del 01 de abril de 2017 al 30 de octubre de 2017, respecto al uso del diagnóstico Riesgo de suicidio. Cuyo resultado condujo a necesidad de mejorar los conocimientos de enfermería sobre la metodología NANDA, NOC y NIC, y se sustentó la necesidad de un plan de cuidados específico para el diagnóstico de riesgo de suicidio que guie la actuación de enfermería psiquiátrica y de salud mental.

## **I. OBJETIVOS**

### **1.1. General**

Realizar un análisis conceptual de los elementos teóricos del Diagnóstico de enfermería Riesgo de suicidio y la formulación de un plan de cuidados dentro del contexto de hospitalización psiquiátrica.

### **1.2. Específicos**

- Identificar las principales Teorías de enfermería que aporten elementos teóricos para el cuidado del paciente con el diagnóstico riesgo de suicidio.
- Integrar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales de la conducta suicida dentro de las etapas del PCE.
- Integrar los componentes (atributos y antecedentes) del diagnóstico riesgo de suicidio.
- Identificar los factores de riesgo suicida más prevalentes en la unidad de urgencias de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” mediante el análisis de los registros enfermeros.
- Actualizar el plan de atención de enfermería del Diagnóstico Riesgo de suicidio, identificar los principales factores de riesgo específicos del área de hospitalización mediante el análisis de los más prevalentes en los registros de enfermería.

## II. JUSTIFICACION

A nivel mundial, en el año 2015, fallecieron 788 000 personas debido al suicidio, representa cerca del 1,5% de todas las defunciones en el mundo, por lo que se clasificó entre las 20 principales causas de muerte en el 2015. Los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 hacia el objetivo global de reducir la tasa de suicidios en los países en un 10% para 2020 (“OMS | Prevención del suicidio”, 2014).

El suicidio está contemplado en las acciones de los objetivos del desarrollo sostenible agenda 2030, en el objetivo tres de salud y bienestar que se refiere a la atención a las enfermedades no transmisibles y salud mental, haciendo énfasis en las enfermedades mentales que conducen al suicidio. El banco mundial hace mención a la importancia de la salud mental como elemento importante en la agenda de desarrollo y señala a la depresión como el trastorno más común a nivel mundial que conduce al suicidio.

A pesar del impacto y evidencia de que la gran mayoría de las muertes por suicidio son evitables, los esfuerzos se han encaminado hacia la prevención: la prevalencia en el ámbito comunitario, el desarrollo de herramientas para la detección y atención en Informes, manuales y Guías de Práctica Clínica (OMS, 2014). Pero a menudo con intervenciones de bajo costo, el suicidio es una baja prioridad para gobiernos e instancias normativas del mundo (OMS, 2014), (Prevención de la conducta suicida, 2016), (“Detalles de la publicación | OPS, Mortalidad por suicidio en las Américas, Informe Regional, 2014”, 2014)

En México se observa un crecimiento sostenido, el observatorio mundial de la salud reportó en el año 2015 tasas de suicidio estandarizadas por edad de un total bruto de 5.0 por cada 100 000 habitantes, en comparación con el 2005 que fue de 4.3 y el 2000 de 3.7. (“GHO | By category | Suicide rates, crude - Data by country” 2017).

En este sentido el Plan Nacional de Desarrollo (PND) dentro de sus objetivos y estrategias es el contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en la evidencia científica (Presidencia de la República, 2017). Por otro lado el programa sectorial de salud menciona a la discapacidad entre ellas la mental, como un creciente problema de salud pública y sus estrategias son promover la detección y atención oportuna de los trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes y el programa de Salud Mental Nacional las estrategias son: Promover la detección oportuna del riesgo suicida en personas adultas, adultos mayores, en niñas, niños y adolescentes (Presidencia de la República 2017)(“Plan Nacional de Desarrollo y Plan Sectorial de Salud 2013-2018”) y la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 considera al suicidio como una urgencia psiquiátrica.

En el estado de San Luis Potosí pese a su alta prevalencia, la prevención y atención al suicidio se encuentra ausente en las políticas y estrategias del Programa Estatal de Desarrollo 2015-2021 y el Programa Sectorial de Salud.

El papel del profesional de enfermería ante la conducta suicida en una área hospitalaria se centra en el proceso de atención de enfermería y para esto utiliza un lenguaje universal mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC que juegan un papel preponderante durante la atención del paciente con conducta suicida, dado que es el personal de enfermería quien establece el primer contacto y mantiene una interacción constante mediante sus cuidados las 24 horas del día.

El presente trabajo surge de la necesidad de conocer si la situación señalada sobre el suicidio, como se refleja en la realidad de una atención psiquiátrica local y a partir de ello generar una propuesta de atención para brindar el cuidado a personas con el diagnóstico de enfermería de riesgo de suicidio sustentada teóricamente bajo la lógica de la triple taxonomía.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OPS (2014) ha reconocido al suicidio como un problema relevante de salud pública y en su más reciente Plan Estratégico (2014-2017) determinó que el suicidio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados. En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 40 segundos.

Se estima que por cada una de las 804 000 muertes, 25 más lo intentan. Lo adquiere relevancia dado que un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población (“Detalles de la publicación | OPS, Mortalidad por suicidio en las Américas, Informe Regional, 2014”).

A nivel mundial, los suicidios representan el 56% de todas las muertes violentas (50% entre hombres y 71% entre mujeres). En ese contexto los hombres tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1 , y por otro lado las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres.

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo; y es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial en el grupo de 15 a 29 años de edad(OMS, 2014)

La Organización Panamericana de la Salud en las Américas reporto que 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, fue de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009. Las tasas de suicidio ajustadas según la edad en la Región eran de 11,5 por 100.000 en los hombres, y de 3,0 por 100.000 entre las mujeres en el mismo periodo; el intento de suicidio se notifica con mayor frecuencia en las

mujeres(“Detalles de la publicación | OPS, Mortalidad por suicidio en las Américas, Informe Regional, 2014”, 2014).

En México el observatorio mundial de la salud reporta tasas de suicidio, estandarizado por edad de un total bruto en el 2015 por cada 100 000 habitantes una global de 5.0 (7.9 para hombres y 2.1 para mujeres), en el 2000 el bruto era de 3.7; para el 2005 de 4.3; en el 2010 de 4.4 y en el 2015 de 5.0, lo que muestra una tendencia a un crecimiento sostenido (OMS, 2017)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en el 2012 reporto que alrededor de 75% de los casos de intentos de suicidio presentaban antecedentes de algún trastorno psiquiátrico lo anterior cobra relevancia dado que es un aspecto considerado como uno de los factores de riesgo más fuertemente vinculados a la conducta suicida, en dicha encuesta menciona que en México por cada suicidio consumado ocurren aproximadamente 4 intentos fallidos, (J. M. C. Morales, 2001).

El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en el año 2013 el suicidio fue la tercera causa de muerte en los jóvenes entre 15 y 19 años sin distinción de sexo, y la cuarta en el grupo etario de 20 a 29 años.

El comportamiento de los suicidios en 2015 por entidad federativa, muestra que San Luis Potosí se encuentra dentro de las tasas medias de suicidios 6.2 por cada 100 mil habitantes, en ese mismo año se reportaron 164 defunciones, con una tendencia discreta al aumento con relación a los años anteriores.(Geografía (INEGI) 2017)

En San Luis Potosí, se cuenta con instituciones que brindan atención psiquiátrica una de ellas es la Clínica psiquiatría Dr. Everardo Neumann Peña que dentro de sus registros reportó con respecto a los ingresos hospitalarios en año 2016 un total de 1028 pacientes, de los cuales un 1.9 % presentaron un intento de suicidio, cabe señalar que existe un subregistro en los sistemas estadísticos de la institución, ya que por lo general se registra el diagnóstico

psiquiátrico y no la conducta suicida, al respecto es de enfatizar que la conducta suicida es frecuente en la depresión (“OMS | Suicidio”, 2017) la cual represento el 25% de la morbilidad hospitalaria en dicho año.

El suicidio impacta significativamente en la economía mundial ya que según los estudios de carga de enfermedad, las lesiones auto-infligidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio ocuparon en 2010 el 18.ª lugar, a nivel mundial, según los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y constituyen el 1,5% del total de AVAD.

A pesar de la gravedad del problema a nivel mundial, existen pocos estudios al respecto en América latina y en particular estudios sobre las magnitudes, los significados y las causalidades de este fenómeno (suicidio), así como en lo que respecta al cuidado de enfermería la producción científica acerca de la prevención y el cuidado hospitalario ha sido poco desarrollada, sin embargo es de mencionar que el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en coordinación con la Comisión Permanente de Enfermería publicó un catálogo de PLACES en el 2012, donde el riesgo de suicidio está incluido dentro de la área de neuropsiquiatría.

Con respecto al cuidado de la conducta suicida, la participación de enfermería se centrara en valorar el riesgo suicida al ingreso y durante la estancia hospitalaria, en el área hospitalaria de la clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña se hace uso del diagnóstico riesgo de suicidio incluido dentro del catálogo de planes de cuidados desarrollados institucionalmente por el personal de enfermería, sin embargo para su uso se requiere centrarse específicamente en las características de la población atendida.

El presente estudio ofrece una revisión documental en relación a la conducta suicida focalizada en el diagnóstico de riesgo de suicidio enmarcado en el proceso cuidado enfermero para establecer un plan de atención de enfermería.

#### **IV. METODOLOGIA**

Se trató de una investigación bietàpica, no experimental con enfoque descriptivo de corte transversal y diseño de propuesta de atención para dar respuesta a uno de los diagnósticos de enfermería identificados como de uso más prevalente.

En la primer etapa se identificaron las principales causas de internamiento en la unidad psiquiátrica en el área de urgencias, destacando el intento de suicidio, para proceder a detectar el diagnostico enfermero que favoreciera la prevención y atención integral de enfermería en el proceso de hospitalización, optando por el diagnóstico de “Riesgo de suicidio”, para posteriormente incorporar el contenido teórico de la conducta suicida como los factores fisiológicos, psicológicos, dentro de las etapas del Proceso de cuidados de enfermería, hacia el paciente con el diagnostico “Riesgo de suicidio”, mediante la selección de material documental cuyos criterios de selección fueron:

- Artículos de investigación científica, guías de práctica clínica, protocolos y manuales de atención; normas oficiales, libros y documentos.
- Medios electrónicos e impresos
- Publicaciones recientes de 5 años a la fecha (aunque para datos históricos se incluyeron referencias de más de 5 años).
- En idioma inglés y español.
- Preferentemente, centrados en la atención dentro del área de hospitalización psiquiátrica.

La revisión documental, llevó a la autora de la presente tesina a ofrecer como producto final un PLACE, cuyo sustento teórico se centrara en los factores de

riesgo, los criterios de resultado e intervenciones específicas del área hospitalaria.

En la segunda etapa se atendió la identificación del diagnóstico y el diseño del PLACE se recurrió a una revisión documental de los expedientes clínicos con la finalidad de identificar los factores de riesgo más frecuentemente utilizados en los registros enfermeros, así como criterios de resultados, indicadores e intervenciones y su congruencia teórica.

El universo estuvo constituido por la selección de los expedientes clínicos del periodo comprendido del 1º de abril al 30 de octubre de 2017 (ya que a partir de esta fecha se introdujo la metodología NANDA-NIC-NOC en los registros enfermeros de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”) de personas ingresadas en el área de intervención en crisis.

Criterios de inclusión:

- Se consideraron todos los expedientes de los usuarios que ingresaron al servicio de urgencias.
- Usuarios de cualquier sexo y edad.
- Con los siguientes diagnósticos: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastornos de personalidad y trastorno por abuso de sustancias, por ser los que tienen mayor correlación con la conducta suicida (Lorena Cecilia López Steinmetz, 2017)

Criterios de exclusión:

- Expedientes de usuarios que hayan ingresado al servicio de urgencias en la modalidad de observación ya que sólo cursan algunas horas y no cuentan con hoja de proceso cuidado enfermero.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 33 expedientes lo que representó el 41% de un total de 79 expedientes que cumplían los criterios de inclusión.

Se empleó el muestreo aleatorio simple para la selección.

Instrumento:

Se diseñó un formato para la recolección de datos Anexo 1, que comprendió tres apartados con un total de 36 ítems, 19 preguntas abiertas y preguntas 17 dicotómicas, el primer apartado que comprendió los datos generales con 9 preguntas abiertas, el segundo apartado se refirió a la conducta suicida conto de 4 preguntas abiertas y 6 preguntas dicotómicas y por último el tercer apartado referente al diagnóstico de enfermería conto 6 preguntas abiertas y 11 preguntas dicotómicas.

Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22.0. y se empleó la estadística descriptiva para su análisis correspondiente.

Productos previstos que productos se desprenden de esta tesina

1. Publicación de resultados a manera de tesina.
2. Difusión de plan de cuidados estandarizados en la clínica psiquiátrica.
3. Difusión de resultado en a manera de cartel.
4. Publicación de resultados en artículos de revista científica

#### **4.1. Aspectos ético legales**

Aspectos ético-legales: La presente tesina atendió los aspectos ético-legales contemplados en la Ley General de Salud, de acuerdo al Art. 17 de esta ley es un estudio sin riesgo; para la revisión de los expedientes clínicos se contó con la autorización del comité de ética e investigación de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (Anexo 2).

## VI. MARCO TEORICO

### 6.1. Historia del Suicidio

Es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia etimológicamente el término deriva de una contracción de sui (de sí mismo) y del radical cidium (muerte), de caedere, matar, 'darse muerte a sí mismo'. Esta palabra es de reciente creación, relativamente hablando, pues se debe al debate de Desfontaines en el siglo XVIII.(Salicrú Puigvert, 1924).



Figura. 1. IX'TAB



Figura. 2. Anaxágoras

Desde la más remota antigüedad, aparecen monumentos escritos que señalan la existencia del homicidio voluntario de sí mismo; siendo una ley universal constante (Salicrú Puigvert, 1924).El suicidio era aceptado en la mayoría de las sociedades primitivas antiguas y era valorado en función de los sistemas religiosos, filosóficos y sociales. (Cayon, 2015).

La historia refiere que los mayas veneraban IX'TAB. Figura.1 “La de la cuerda”. Conocida comúnmente como la Diosa del suicidio y de la horca, es una divinidad relacionada con la muerte del yo y se le representaba colgada del cuello por medio de una soga que llegaba hasta el cielo en la actitud de

haberse suicidado (“Ix Tab. La de la cuerda. Dioses Mayas. Revista La Sabiduría del Ser 43”, s/f).

En la Mesopotamia era asumido hasta el punto que, según un mito, el primer hombre fue modelado con barro y sangre del dios suicida bel. En el Egipto antiguo, los partidarios del suicidio llegaban a agruparse en asociaciones cuyos miembros buscaban las medidas más agradables para morir. (Cayon, 2015).

Las tribus africanas: rechazaban el suicidio, consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste. El suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería.

En china (1800 a. c.), se llevaba a cabo por lealtad y honor. En China, también se sabe del suicidio colectivo hay antecedente de quinientos filósofos de la escuela de Confucio, lo provocaron por el desespero que sufrieron al ver quemados por mandato del emperador sus libros sagrados.(Salicrú Puigvert, 1924).

Los galios, consideraban razonable el suicidio por vejez, por muerte de uno de los esposos, por muerte del jefe o por una enfermedad grave o dolorosa. Los celtas hispanos, los vikingos, los nórdicos: la vejez y la enfermedad eran causas razonables para cometerlo.

En la antigua Grecia, el suicidio era una ofensa contra el estado y a las personas que se suicidaron se les negaba el entierro en sitios comunitarios (Minois, 2001). El suicidio fue un hecho común entre los filósofos: Anaxágoras, tras ser injustamente encarcelado, cometió suicidio. (Salicrú Puigvert, 1924)  
Figura 2.

En Atenas el suicidio era considerado como un acto legítimo, una persona antes de herirse pedía al senado que se lo autorizase, haciendo valer las razones que le hacían la vida intolerable y su demanda era atendida favorablemente (Cayon, 2015). En la cultura del ejército imperial romano, las personas a veces recurrían al suicidio para escapar de la humillación o el abuso (Salicrú Puigvert, 1924).

Los suicidios colectivos parecen haber sido un hecho frecuente a través de la historia, en España hay algunos de carácter colectivo: la población de Numancia, España, 133a.c. prefirió morir después de un asedio de 15 meses, padecer hambre y enfermedades, antes que caer en manos de los romanos.(Salicrú Puigvert, 1924).



*Figura.3. San Agustín de Hipona*

Ya en la edad media hay una actitud rígida hacia el suicidio, era visto como un acto egoísta o criminal (Minois, 2001). A las personas que se suicidaron a menudo se les negó el entierro en el cementerio, sus propiedades fueron confiscadas y compartidas por la corona y los tribunales (MacDonald y Murphy, 1994).

Es un hecho inconcluso que a medida que se dejó sentir en la sociedad la influencia del cristianismo, disminuyó el número de suicidas. “En la Edad Media— dice un historiador al ser la Iglesia dueña de las almas, fueron sumamente raros los suicidios, a lo cual contribuyó la legislación que

declaraba infames a los suicidas y les negaba la sepultura eclesiástica». (Salicrú Puigvert, 1924).

Pasa a transformarse en un pecado mortal y a un delito al imponerse la concepción cristiana de la vida. Es castigado duramente por las leyes. Había dos posibles veredictos: -"felón de se": son los responsables de cometer un crimen contra sí mismo. -"non compus mentis": lunáticos. (Cayon, 2015)

Lunáticos o locura en el contexto medieval se refería a que todos los suicidios estaban motivados por fuerzas sobrenaturales como el "diablo" y esas fuerzas podían utilizarse como medio una enfermedad, muchas veces la melancolía y así lograr el suicidio. A quienes se determinaba el "felón de sé", o sea, en posesión de sus facultades, se les castigaba severamente: sus bienes eran confiscados, sus cuerpos mutilados, colocados en el cruce del camino y se les clavaba una estaca para impedir el movimiento (se pensaba que estas almas nunca descansaban y que continuarían molestando a los vivos)(Salicrú Puigvert, 1924).

San Agustín (354 a 430), Figura 3. "no matarás a nadie, ni a ti, ni a otro, ya que el que se mata así mismo, ¿no es acaso asesino del hombre?" Santo Tomás de Aquino (1224 -1274, Italia) no se puede disponer libremente de sí mismo "no se es libre de disponer sobre su vida y su muerte". Consideraba el suicidio como el más grave de los pecados. Tras la huella de Platón, Santo Tomás y San Agustín, se consideraba pecado mortal, así quedó plasmado en el concilio de Toledo del año 693, que establecía los castigos que debían aplicarse a los que habían intentado suicidarse, instituye la excomunión a quien lo realice. También en la iglesia católica existe el antecedente sobre haber canonizado a una suicida, Santa Pelagia, que se lanzó a un abismo para no ser abusada por unos asaltantes.(Salicrú Puigvert, 1924)

En el período de la edad media, en Europa (castilla, Aragón, Florencia, Francia, reino unido, Milán, Venecia y Portugal), degradaban el cadáver arrastrándolo por las calles cabeza abajo con una estaca atravesando el corazón y una piedra en la cabeza para inmovilizar el cuerpo para que el espíritu no regresara a dañar a los vivos: el alma del suicida era condenada por toda la eternidad.

La mayoría de los filósofos de los siglos XVII y XVIII condenaron el suicidio, pero algunos escritores reconocieron una conexión entre el suicidio y la melancolía u otras perturbaciones mentales graves (Minois, 2001)

Hasta la revolución francesa, 1789; siglos XVI, XVII y XVIII, en Europa occidental las iglesias cristianas sacralizaron la muerte, es decir, le dieron un carácter sagrado, integrándola en un sistema de ritos y creencias que la convertían en una etapa más del destino final de cada ser humano.

La influencia de la filosofía racionalista produjo también sus efectos deprimentes en casi todas las nacionalidades europeas, principalmente en Alemania y Francia. Y a fines del siglo XVIII, esta última nación, cuenta, entre sus personajes revolucionarios, un número bastante considerable de suicidas (Salicrú Puigvert, 1924).

Durante el romanticismo (siglo XVIII), el suicidio pierde parte de carácter peyorativo, se producen ciertas epidemias, que Ortega llama "mal del siglo". Fue en el año 1642, sir Thomas Brown describió al proceso de auto aniquilación como suicidio. A mediados del siglo XIX y durante algunos años después, el predominio del romanticismo da al suicidio un numeroso contingente de individuos contrariados en sus pasiones, amantes furiosos y doncellas abandonadas, no ya en el desamparo de la seducción cumplida, sino olvidadas por el objeto de sus amores.

«Si por su educación el hombre no ha fortalecido su alma con las creencias religiosas, con los preceptos de la moral, no cabe duda que estará más dispuesto a terminar voluntariamente su existencia, al momento que experimente algunos disgustos o algún revés de fortuna». (Esquirol en *Maladies mentales*, tom. I). Jean esquirol (Francia, 1772-1840), divide a los suicidas en tres categorías: el provocado por las pasiones, el producido por una enfermedad mental y el provocado por el tedio de vivir.(Salicrú Puigvert, 1924)

En 1735 François Desfontaines creador del término define al suicidio como el que se mata por sus propios deseos. Emile Durkheim (Francia, 1858-1917), advirtió "ningún otro hecho están rápidamente transmitido por contagio como el suicidio".

La novela de Goethe: "Leiden des jungen Werther" (Las penas del joven Werther), publicada en 1774. En ésta obra, el joven protagonista se suicida disparándose tras un amor infortunado. Poco después de la publicación del libro se informó acerca de varias personas que usaron el mismo método para suicidarse, de aquí proviene el término "efecto Werther".

Robert Burton (Inglaterra, 1577-1640): clama tolerancia en su tratado "anatomía de la melancolía", donde atribuía muchos suicidios a este trastorno. Humme (1711-1776), Schopenhauer (1788-1860), se muestran a favor otros, Kant (1724-1804) y Nietzsche (1844-1860), se muestran en contra. Descriminalización: menor severidad de las penas a los suicidas o a la eliminación del suicidio y su tentativa como delito.(Cayon, 2015)

Falret (1820), inicia el planteamiento médico al suicidio, que atribuye a un trastorno mental y Esquirol (1838) a una crisis afectiva. Según Sartre, Jasper, los existencialistas: el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana

y la forma de expresar el hombre su libertad, donde se observa que de nuevo aparece la muerte como solución.

La mayoría de las religiones consideran el suicidio como un pecado contra Dios, el judaísmo, el cristianismo, el islamismo, el hinduismo y el budismo condenan el suicidio. El término de “efecto Werther” acuñado por el sociólogo David Phillips en 1974, quien tras realizar un estudio entre 1947 y 1968 concluyó que el número de suicidios en Estados Unidos se incrementaba al mes siguiente de que el diario New York Times publicara en portada alguna noticia sobre suicidio.

En 1995, el Papa Juan II reafirmó la oposición de la Iglesia al suicidio, la eutanasia y el aborto como crímenes contra la vida, a diferencia del homicidio y el genocidio (Tondo y Baldessarini, 2001).

Desde el año 2004 la OMS ha señalado al suicidio como un problema de salud pública. Hoy en día el suicidio en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), es catalogado al mismo nivel que las causas externas de mortalidad y el homicidio en los códigos X60-X84. Recientemente en el DSM-V actualmente el Trastorno Depresivo Mayor incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.

El tema en si ha tenido una variedad de connotaciones, estilos y contextos que han evolucionado a la par con la historia de la humanidad lo cierto es que es una situación que se ha ido en aumento sostenido y el personal que este en contacto con las personas que lo están padeciendo como lo es Enfermería, deben tener una visión del panorama que ha tenido esta problemática a través de la historia, como parte de su capacitación para su atención, ya que las connotaciones que el suicidio ha adquirido a través de la historia anteriormente

descritas aún prevalecen en la actualidad y que pueden influir de manera significativa en la persona que lo padece.

## 6.2. Epidemiología

El suicidio a nivel mundial es una de las causas principales de muerte, más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que equivale una cada cuarenta segundos(OMS, 2014). Por cada suicidio se registran 20 intentos (Bertolote, 2009). En el año 2015 se calcula que fallecieron 788 000 personas debido al suicidio Figura 4.; muchas más cometieron intentos de suicidio, pero no fallecieron por esta causa. El suicidio representa cerca de 1,5% de todas las defunciones en el mundo, por lo que se clasifica entre las 20 principales causas de muerte en el 2015.(Salud, 2017)

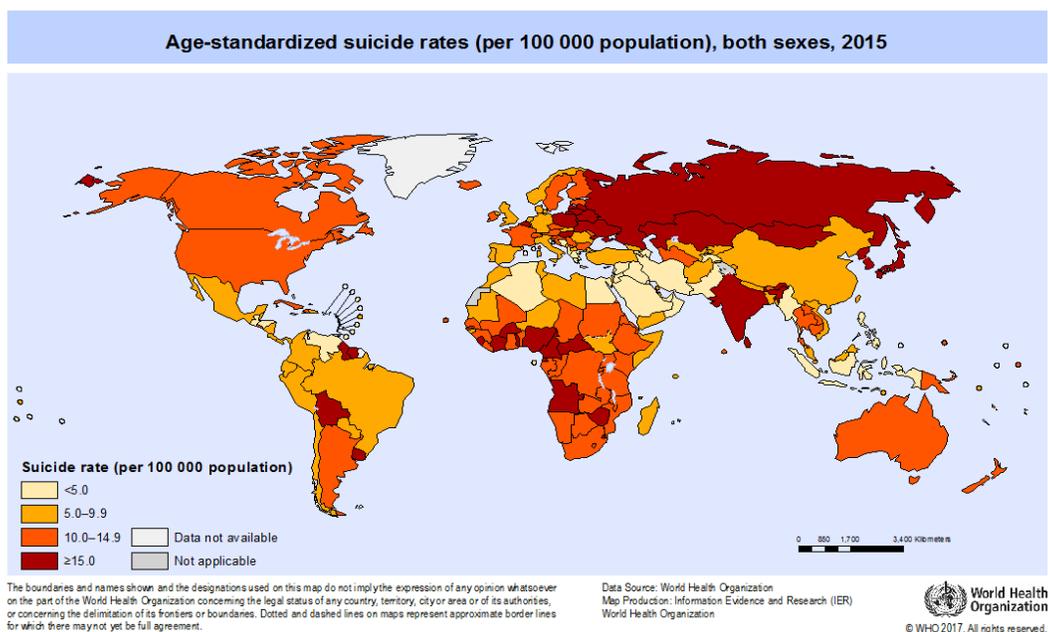


Figura 4.Tasa de suicidios (por 100 000 habitantes) 2015

Respecto a la edad y sexo, el observatorio mundial de la salud reporta en el 2015 por cada 100000 habitantes tasas de suicidio en bruto una global de 10.7, masculinos de 13.6 y femenino de 7.8. , con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más,

sucede tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En el año 2015 fue la segunda causa principal de muerte a nivel mundial en personas de edades comprendidas entre los 15 y 29 años.(OMS, 2014).

En cuanto a los intentos, más hombres cometen suicidio que las mujeres, sin embargo; más mujeres intentan suicidarse. Cada intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes.(Prevención de la conducta suicida, 2016).

En relación a la enfermedad mental, hay una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales, estas están presentes en más del 90% de todos los casos de suicidio Bertolotti y Fleischmann (2002) y más frecuente en la depresión (“OMS | Suicidio”, 2017). La presencia de trastornos mentales también es indicada como uno de los mayores predictores de intentos de suicidio (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010), se identifica en un 90-95% de suicidio consumado.(Martin, 2016) También se ha encontrado evidencia de que a mayor número de trastornos mentales comórbidos es mayor el riesgo de suicidio (Cardona, Yohanna, Villalba, & Esther, 2016).

De acuerdo a (Steinmetz, Cecilia, Steinmetz, & Cecilia, 2017) y (Cardona et al., 2016) Los trastornos mentales más frecuentemente asociados con intentos suicidas son:

- Trastornos del estado de ánimo (Beautrais, 2000; Bridge, Goldstein, & Brent, 2006), especialmente depresivos (Teti et al., 2014) aunque también bipolares (Baldessarini, Pompili, & Tondo, 2006)
- Trastornos relacionados con sustancias (Beautrais, 2000; Bridge et al., 2006; Teti et al., 2014)

- Trastornos de la personalidad, de ansiedad (Groholt & Ekeberg, 2009)
- Esquizofrenia (Haukka et al., 2008; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005)
- Trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa (Balhara & Verma, 2012; Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014; Rodríguez & Guerrero, 2005; Silva, Vicente, Saldivia, & Kohn, 2013; Soloff, Fabio, Kelly, Malone, & Mann, 2005).

Referente a los métodos empleados en el intento suicida, la mayoría de las personas que incurren en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de querer morir en el momento del acto y algunos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos. Las tasas, las características y los métodos del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos poblacionales y a través del tiempo. (Prevención de la conducta suicida, 2016).

Lamentablemente, los datos de nivel mundial sobre los métodos usados para el suicidio son muy limitados. La CIE-10 incluye los códigos X, que prevén causas externas de muerte, incluido el método de suicidio, pero muchos países no recopilan esa información. (OMS, 2014).

A nivel mundial la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más frecuentemente utilizados. En los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente, utilizado en el 18% de los suicidios. Mientras que en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en aquellos con una proporción alta de residentes rurales que trabajan en la agricultura de pequeña escala, es la intoxicación con plaguicidas. (OMS, 2014).

En la Región de las Américas, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud en el periodo comprendido de (2005- 2009) ocurren aproximadamente 65.000 muertes por suicidio cada año. En América Latina, las autolesiones ocupan el 18.<sup>a</sup> lugar y corresponden a 1,3% del total de AVAD (Institute for Metrics and Evaluation, 2013).

Con relación a la edad y sexo, la tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres). En América Latina y el Caribe las tasas en los hombres y en las mujeres fueron de 8,4 y 2,1 por 100.000, respectivamente (“Mortalidad por suicidio en las Américas; informe regional”, 2014) .Las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres y representan alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio.

La mayoría de los suicidios en la región se producen en personas de 25-44 años (36,8%) y 45-59 años (25,6%). Entre las personas de 60 años o más, solo se producían el 19,9% de los suicidios, sin embargo, las personas de 70 años o mayores presentaban una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en las Américas, es de mencionar que el mayor riesgo de suicidio de las personas de 70 años o mayores solo existía entre los hombres. Entre las mujeres, el riesgo de suicidio era variable y llegaba a un máximo en dos grupos de edad: entre los 20 y 24 años de edad y entre los 45 y 59. (“Mortalidad por suicidio en las Américas; informe regional”, 2014).

Con referente a los métodos empleados estos variaban según la edad, sexo, nivel de ingresos y por región. La asfixia, las armas de fuego y el envenenamiento (el uso de plaguicidas, en particular), fueron los principales mecanismos utilizados a nivel regional, en América Central, el Caribe hispano, México y en América del Sur, se daban con mayor frecuencia los suicidios por

asfixia. El método elegido para el suicidio variaba según el sexo, en los hombres, la asfixia fue el método de suicidio más utilizado generalmente en la Región, En las mujeres el envenenamiento y la asfixia fueron los métodos de suicidio más utilizados en la Región.

Los métodos de suicidio también variaban según la edad y la subregión, en general, las personas menores de 44 años tenían más probabilidades de suicidarse mediante la asfixia, mientras que las mayores de 45 años empleaban preferentemente las armas de fuego.

En México el suicidio sigue la misma dirección que a nivel mundial en relación al aumento de casos Figura 5, a nivel nacional en el 2015 se registraron 6 285 suicidios, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 mil habitantes. (INEGI estadística de mortalidad 2015).

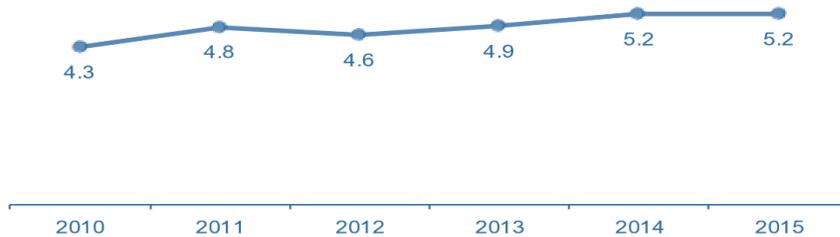


Figura 5. Tasa de suicidio de 2010 a 2015 en México (fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad. Bases de datos. CONAPO. Proyecciones de México 2010 a 2050)

Por sexo, la tasa de suicidio es de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2.0 por cada 100 mil mujeres, respecto a la edad en México los grupos riesgo de suicidio se suelen concentrar en edades jóvenes como se ilustra el en Figura 6.

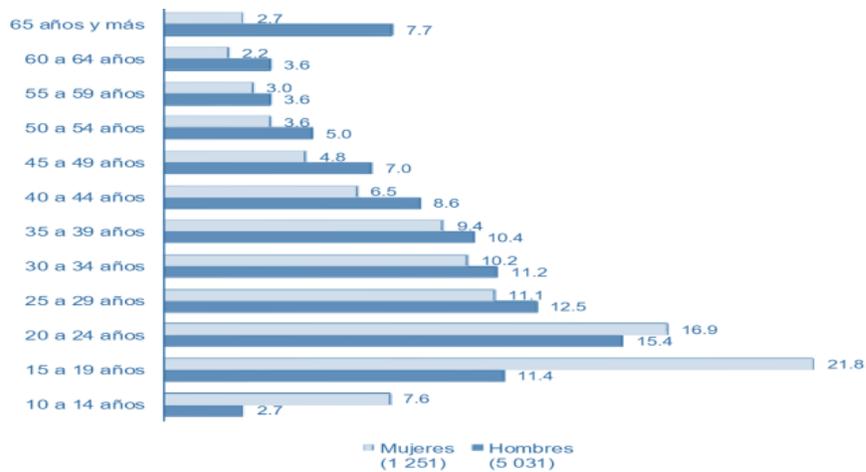


Figura 6. Distribución porcentual de los fallecidos por sexo según grupo quinquenal de edad 1015. (Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos)

En 2015 fallecieron 34 060 jóvenes de 15 a 29 años de edad, lo que en términos porcentuales representa 5.2% de las defunciones totales Figura. 7. De la cual se pudo observar que la tercera causa de muerte la ocupan lesiones autoinfligida intencionalmente.



Figura 7. Distribución porcentual de las defunciones en la población de 15 a 29 años por sexo según de fallecido. (Lista especial de tabulados. CIE-10. Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2015. Consulta interactiva de datos.)

Ya para el 2016 fallecieron 6 mil 370 suicidios en la república mexicana, en ese año se reportan murieron 5181 hombres, 1187 mujeres y se reportan 2

dentro de un rubro no especificado. (INEGI 2016) Suicidio figura entre las principales 20 causas de muerte en grupos de edad y sexo del fallecido, es reportada en el INEGI con el valor E54 que describe a la categoría para Lesiones autoinflingida intencionalmente (suicidios) 2015.

En cuanto a los intentos en México por cada suicidio consumado ocurren aproximadamente 4 intentos fallidos además del hecho que la tasa de intento suicida es 10 veces mayor que la de los suicidios (J. M. C. Morales, 2001). Respecto a la conducta suicida es decir cuando una persona atenta contra su vida pero no consigue consumir el suicidio la tasa es mucho más alta, es el 8 al 12 % de la población mexicana. En el 2015 INEGI reporta que con respecto a las características del acto suicida, ocho de cada 10 se cometieron en la vivienda particular (76.2%), y el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (79.3 por ciento).

De acuerdo con la escolaridad el nivel de instrucción que tenían las personas que cometieron suicidio, el mayor porcentaje correspondió a los que contaban con estudios de secundaria (32.4 por ciento) en el 2014. La distribución por sexo muestra que hay una mayor proporción de mujeres con educación media superior y superior que hombres en los mismos niveles educativos. En cuanto a la situación conyugal el en 2014, 47.8% de quienes cometen suicidio eran casados o unidos, seguido de los solteros 41.2 %.

Datos del INEGI 2014, mencionan que respecto a la condición de actividad en general, un importante porcentaje de la población que cometió suicidio registró no tener trabajo (32.3 por ciento). Por otro lado, la condición de actividad en el mercado laboral es una característica que varía entre el género masculino y femenino, ya que la mayoría de las mujeres que murieron por esta causa no trabajaban (70.9%), en tanto que la mayor parte de los hombres sí lo hacía (73.4 por ciento).

Respecto a la enfermedad mental, alrededor de 75% de los casos de intentos de suicidio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en el 2012 reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. El subregistro en México no es la excepción de pacientes que se quitaron la vida y no se documentaron en el certificado de defunción, no notificado en el ministerio público, no fue correctamente registrado.

En relación a la entidad federativa en el 2015 Figura 8. Geográficamente los estados que tuvieron mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1). Por su parte, Guerrero (2.1), Morelos (2.3) y Veracruz de Ignacio de la Llave (3.0), presentaron las tasas más bajas.

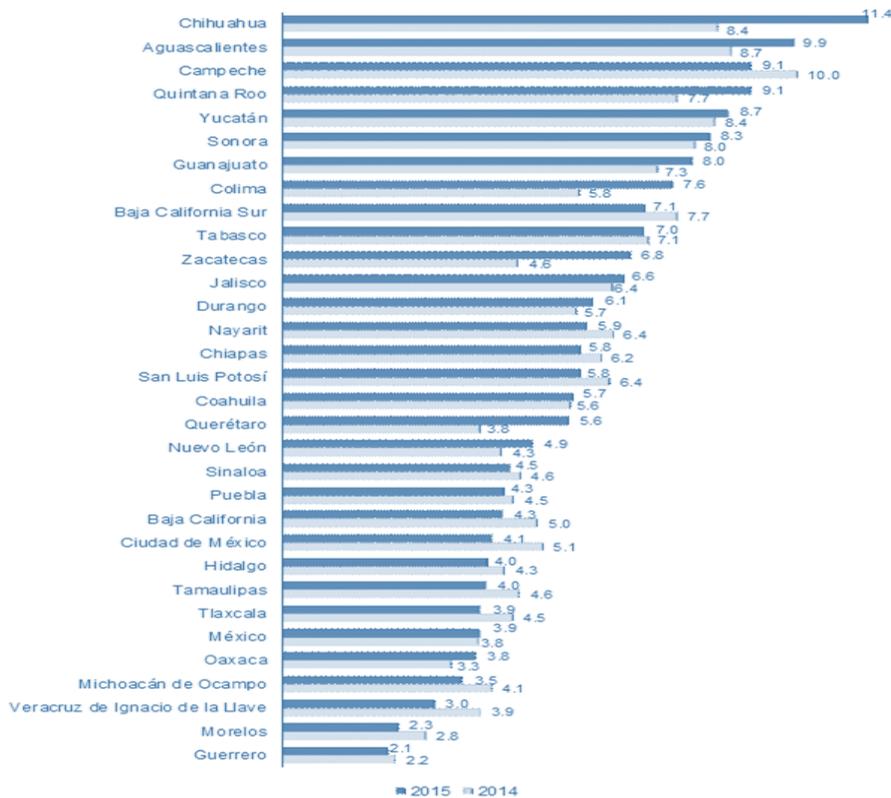


Figura 8. Tasa estandarizada de suicidio por entidad federativa 2014- 2015 (Fuente INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2014 y 2015. Base de datos)

En San Luis Potosí el comportamiento de los suicidios en 2015 por entidad federativa, muestra que San Luis Potosí se encuentra dentro de las tasas medias de suicidios 6.4 por cada 100 mil habitantes en ese mismo año se reportaron 164 defunciones, hombres fallecieron 139 y mujeres 25 por suicidio, en el año 2016 se reportaron 179 de las cuales hombres fueron 147 y mujeres 32.(Geografía (INEGI), s/f).

En el estado de San Luis Potosí, la Clínica psiquiatría Dr. Everardo Neumann Peña reportó los datos estadísticos obtenidos del censo de hospitalización respecto a los ingresos hospitalarios arrojan que dentro del periodo del año 2016 de 1028 pacientes, el registro del diagnóstico llevado a cabo se encontró que un 1.9 % están registrados con Intento de suicidio, registran una condición más intento sin embargo cabe señalar que existe un subregistro en los sistemas estadísticos de la institución que con lleva a desconocer con exactitud la magnitud del problema, es de enfatizar que la conducta suicida es frecuente en la depresión, la cual represento el 25% de la morbilidad hospitalaria en dicho año.

Enfermería se pudo dar cuenta de la importancia que implica la epidemiología como parte de los conocimientos adquiridos hacia el grupo de población que en nuestro proceso de cuidado se atendiendo, ya que nos ofrece evidencias muy exactas que dan pie a ir armando información para identificar el riesgo dentro del área de nuestra competencia.

### **6.3. Marcos Conceptuales de Enfermería: Teorías y modelos relacionados**

Enfermería fundamenta y sustenta su actuación a través de marcos o modelos conceptuales, estos se nutren de diferentes teorías: filosóficas, psicologías, sociales, culturales, antropológicas, existen diferentes propuestas de modelos conceptuales: Modelos y Teorías de enfermería, estas no son nuevas, sus antecedentes se remontan desde Florence Nightingale en 1859.

Las teorías de Enfermería es un conjunto de conceptos definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno y de designación específica de interrelaciones entre conceptos para obtener propuestas que describen, explican, predicen y/o controlan un fenómeno (Chin & Jacobs,1987).

La aplicación de los modelos y teorías de enfermería ayuda a mejorar el conocimiento disciplinar, dan sustento para mejorar la relación enfermera-paciente por encima de la tecnología y el exceso de trabajo, yendo más allá que el desarrollo de técnicas y procedimientos.

Melés A., 1997 sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica evitan que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud. Sugiere (Watson J 1999) sin un lenguaje propio somos invisibles.

Existen multitud de modelos y teorías enfermeras, sin embargo, no todos tienen la misma aplicabilidad cuando se trata de la práctica clínica en enfermería de salud mental. Se han encontrado pocos artículos, ponencias o libros cuyo objeto sea el cuidado de enfermería en personas con sufrimiento psíquico o enfermedad mental en los que se enuncien modelos y teorías de Enfermería usados en la práctica, por esto; se podría llegar a pensar que el cuidado se ha dado con el enfoque biomédico asistencialista.(López & Alexandra, 2015).

Los modelos o teorías aplicables en la práctica de la enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica representan a la enfermera como un instrumento terapéutico y la interacción cuya base es la comunicación como un elemento importante en los encuentros, que propician el crecimiento personal o trascendencia de los que participan en éste.

Las enfermeras en salud mental y psiquiatría al momento de abordar a una persona con conducta suicida y que presenta el “Riesgo de Suicidio” requiere de estos marcos contextuales de pensamientos (Anexo 3) que le ayuden a abordar al paciente, para relacionarse, comunicarse y proporcionar sus cuidados.

La enfermera que se encuentra ante una persona con una conducta suicida, por medio de las concepciones en enfermería (Anexo3), debe considerarlas como punto de partida en el cuidado y tener en cuenta que parten desde un enfoque humanista. Dado que la conducta suicida es multicausal y no solo biológica exige comprender a la apersona desde este punto de vista (marcos teóricos de enfermería), hay varias constantes de las teorías que permitirán a la enfermera el acercamiento hacia los pacientes, un de ellas es la de establecer la interacción y relación enfermera-paciente: “relación terapéutica” según Barker(1987) , “la relación enfermera-paciente se establece después de

cuatro fases que culminan en el establecimiento de la relación” Travelbee (1926-1973) “la enfermería como un proceso de interacción, en el cual se comparten información acerca de sus percepciones” King (1971).

Otro de los aspectos en común y que ayudaría por mucho a los pacientes con “Riesgo de suicidio” es la empatía donde los autores mencionan como crucial, “comprender la situación que vive la persona” Travelbee, “Ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a entender sus propios problemas” Peplau, “Las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada enfermo” Henderson, “enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro” Watson (1979).

Y como parte del objetivo que persigue enfermería y se puede direccionar para ayudar a este tipo de pacientes esta búsqueda del equilibrio para la recuperación : Dorothy “la enfermera (1980) puede utilizar la protección, el cuidado y la estimulación para mantener el equilibrio de las personas” , Travelbee “cuidar, ayudar y acompañar a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales”, Henderson “individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia”, Roy “La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación “.

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teorías del comportamiento humano, muy útiles cuando se trata de conductas suicidas ya que conlleva a tratar de entender los diversos factores que influyeron en la persona para comportarse de tal forma y con ello ayudaran a que por medio del cuidado de enfermería hacia el “Riesgo de suicidio” la persona con sufrimiento psíquico se le reconozca como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias.

#### **6.4. Proceso de Enfermería.**

Durante muchos años, el proceso de enfermería ha proporcionado un marco sistemático para la prestación de cuidados de enfermería. Es el medio de enfermería de cumplir con el requisito de una metodología científica para ser considerado una profesión.

Proceso de cuidado de Enfermería es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como toda metodología configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí: incluye la valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, establecimiento de resultados y evaluación, cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.

#### **6.5. Valoración.**

De acuerdo con (NANDA Internacional, Heather Herdman, & Shigemi Kamitsuru, 2015) la valoración incluye la recolección de información subjetiva, objetiva y una evaluación del historial clínico del paciente, la enfermera busca fortalezas para identificar oportunidades de promoción de salud y riesgos área donde la enfermera pueda prevenir o posponer posibles problemas. Las valoraciones se pueden basar en una teoría de enfermería o en un marco de evaluación estandarizada como el de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Valoración en el riesgo de suicidio es una de las situaciones que presentan con frecuencia en el área de urgencia psiquiátricas y puede ser complejo de abordar ya sea debido a las condiciones en la que se puede encontrar tanto

física como emocionalmente el paciente y a la ansiedad que pueda generar en quien realiza la entrevista.

Puede ser realizada por la Enfermera en el área de psiquiatría mediante un manejo apropiado que incluye indagar sobre los pensamientos o comportamientos suicidas, realizar una evaluación del riesgo, incluyendo aquellos potencialmente modificables e identificar factores protectores, este proceso debe ser individualizado y colaborativo, las intervenciones de enfermería serán parte importante y necesaria dentro de un plan terapéutico conjunto. Como parte de los siguientes puntos que se tocarán a continuación se deben considerar al realizar una valoración del riesgo suicida: como lo son los mitos que giran alrededor de la misma.

#### **6.5.1. Mitos y creencias acerca del suicidio**

De acuerdo a Goffman (1963), el estigma es un atributo profundamente devaluador que degrada y rebaja a la persona portadora. Asimismo, Crocker, Major, y Steele (1998) señalan que los individuos estigmatizados poseen (o creen poseer) algún atributo o características con una identidad social devaluada en un contexto social particular. De acuerdo a la literatura estos atributos se manifiestan en peligrosidad, debilidad de carácter, incapacidad o incompetencia, impredecibilidad de su carácter y reacciones, y la falta de control. Como consecuencia, estas creencias generan miedo, temor y desconfianza hacia las personas que padecen algún trastorno mental (Angermeyer, Schulze, & Dietrich, 2003; Corrigan, 2004).

Por otro lado los mitos son criterios culturalmente aceptados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, y se convierten en un freno para la atención.

El debate en curso sobre la nomenclatura del suicidio ha perpetuado el uso de términos múltiples para referirse a la misma conducta, frecuentemente con connotaciones peyorativas (por ejemplo, amenaza, gesto) y descriptores (por ejemplo, "manipulador", "hostil", "no serio") (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007) que forman parte del estigma al que están expuestos este tipo de pacientes. El estigma y los mitos sobre el suicidio, constituyen obstáculos para la prevención y atención de dicha conducta.

Culturalmente nos vemos influenciados por los mitos acerca del suicidio y que como personal se deben desmitificar, puesto que es el personal de salud quien debe contar con los conocimientos y no emitir juicios de valor y en el momento que sea necesario orientar, aclarar tales situaciones con los mismos miembros de salud y la familia o bien quien rodea a la persona afectada, algunos de los mitos más frecuentes y que el personal de salud debe clarificar son:



Figura 9. Mitos de los pacientes con "Riesgo de suicidio"(Anexo 4).

### **6.5.2. Patrones funcionales de salud.**

El estado de ánimo se refleja en la conducta y el habla del paciente. Cuando un paciente tiene un trastorno del estado de ánimo, es adecuado realizar una valoración del estado mental al ingreso para obtener información inicial. Después se pueden realizar valoraciones más breves de las partes pertinentes del estado mental, y después se pueden comparar con la valoración original para documentar el progreso del paciente. El profesional de enfermería también tiene la responsabilidad de valorar la respuesta del paciente al tratamiento farmacológico de cualquier trastorno del estado de ánimo (“Cuidados de enfermería en salud mental 2ED”, 2010).

La valoración del riesgo suicida es uno de los aspectos más difíciles en la práctica psiquiátrica, además de considerar que la conducta humana se encuentra influida por numerosos factores de índole biológica, psicológica social y también debido a la existencia de falsos positivos, negativa y a la ansiedad que genera en el evaluador.

Es parte de la atención realizada por la Enfermera (correspondiendo la evaluación clínica al psiquiatra y/o psicólogo), resaltando que en este tipo de pacientes los problemas encontrados serán de colaboración, por lo que será necesario abordarlos en conjunto y por parte de todo el equipo multidisciplinar, ya que las intervenciones de enfermería serán parte importante y necesaria dentro de un plan terapéutico conjunto.

La valoración de enfermería del paciente con tentativas suicidas ha de comprender una historia clínica detallada, para lo que puede ser necesario obtener información de los familiares. La valoración inicial debe centrarse en la gravedad del intento. Es necesario tener en cuenta la violencia del mismo. Valorar el estado mental en la ideación suicida, incluye información sobre el

estado de ánimo del paciente y si el paciente tiene psicosis (aumenta el riesgo de suicidio debido a una velicación anormal de la realidad).(Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009).

La principal prioridad es proteger al paciente de las lesiones que pueda ocasionar la conducta suicida, el objetivo principal del profesional de enfermería es establecer una relación de confianza, para que los resultados sean fructíferos. En la valoración de la conducta suicida no se puede dejar de pasar por alto las principales patologías psiquiátricas donde se puede presentar dicha conducta, como lo son los trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la personalidad, ansiedad, esquizofrenia, trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa.

De acuerdo a la NANDA 2015-2017, hay dos tipos de valoración:

- Generalizada: es el paso inicial de la recolecta de datos. Se valoran todos los once patrones funcionales de manera global. En el caso de pacientes con conducta suicida en el primer contacto puede resultar difícil realizar su recolección ya que dependerá mucho de la situación en la que se encuentre la persona.
- La focalizada es más centrada, lo que permite a la enfermera en profundizar en información que se identificó en el cribado inicial y buscar señales adicionales que puedan apoyar o refutar el diagnostico enfermero potencial. En el caso de la conducta suicida se centraran en los patrones que estén estrechamente más involucrados como los son:
  - El patrón percepción manejo de la salud
  - Autopercepción auto concepto
  - Tolerancia al estrés

En la Tabla 1 que le sigue a continuación se describe por patrones funcionales datos, respecto a la temática del suicidio, que como parte de la valoración son

datos fundamentales y valiosos dentro de la prevención (“PAHO/WHO IRIS | Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 - 2017-05”, s/f), se enuncian los aspectos a observar en el paciente y los que se puede preguntar, en algunos de los patrones se mencionan que escalas de valoración pueden apoyar para complementar información.

**Tabla 1. Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.**

**Patrones Funcionales de Salud**

**Percepción manejo de la salud.**

**Que se observara:** Desinterés por llevar unos estilos de vida saludable, o prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos. Desagrado por la vida, menciona argumentos como “para que vine al mundo, para que vivir, mejor me debería de morir está hablando de “pensamiento suicida”. Cualquier conducta autodestructiva, adicciones, anorexia, indica que alguien no quiere vivir, auto daño cutting acto de cortase (identificar si tiene una intención suicida o únicamente es un desplazamiento de una situación emocional dolorosa que no está el paciente atenderlo o hablar). Hay sentimiento de minusvalía personal, social. Descuido y desinterés personal. Uso y consumo de sustancias tóxicas: Alcohol, fármacos, y en general. Refieren Vivencias subjetivas de estar rodeado/a de problemas: familiares, laborales, etc. Pensamientos suicidas y los verbalice pero sin ninguna iniciativa hacia el acto.

**Que se valorara:** Ante una persona que tiene una idea suicida, se debe explorar si cuenta con un Plan Suicida a través de la siguientes preguntas cumpliendo el siguiente orden sin variarlo ¿Ha pensado en suicidarte o matarse?, ¿Cómo lo haría?, ¿Dónde lo haría?, ¿Cuándo lo haría?, ¿Para qué lo haría?, ¿Por qué lo haría?). La presencia, magnitud, y persistencia de la ideación suicida. Mientras más preciso sea el plan de suicidio de una persona, es decir, si deja instrucciones detalladas acerca de su última voluntad, si tiene un escenario específico en término de método, tiempo y lugar, mayor será el riesgo y mayor preocupación causará.

Indagar sobre

- La historia personal de intentos previos.
- La historia familiar de conducta suicida.
- Episodio de delirio o alucinación que haya ocasionado la conducta autolítica.
- Saber si fue un acto impulsivo o premeditado.
- Cambios vitales importantes. (Perdidas)
- Padecimientos psiquiátricos.
- Clasifique el riesgo
- Traumas: físicos, emocionales, sexuales.
- Lesiones ocasionadas por intentos actuales o previos.
- Identificar factores de riesgo
- Identificar factores protectores
- Identificar la letalidad

**Apoyos:**

- Anexo 5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRM)
- Anexo 6. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)
- Anexo No.7. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

### **Nutricional – metabólico:**

Que se observara: Apetito aumentado o disminuido. Pesó: aumentado o disminuido Falta de interés por los alimentos o aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas. Se produce anorexia (que significa pérdida del apetito, no confundir con la patología de igual denominación).

Que se valorara: Ha sentido que últimamente ha perdido el interés por lo alimentos, y ¿cuál es la intención? (si ha dejado de comer) lo que antes le agradaba ahora ya no le produce placer.

### **Eliminación.**

Que se observara: Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales, eliminación cutánea, puede estar alterada si los pensamientos sobre muerte y suicidio van asociado con ansiedad, por lo que aparece como respuesta sudoración profusa.

### **Actividad - ejercicio.**

Que se observara: Falta o bajo de interés por realizar actividades, tiende al aislamiento social. Pasividad. Ha perdido el ánimo para realiza las cosas. Cambió notable de habilidades o funciones, deterioro de habilidades rutinarias.

Que se valorara: ¿Ha tenido perdida de interés en actividades que antes disfrutaba?, ¿Siente disminución del ánimo para realizar las actividades cotidianamente?, ¿Se siente fatigado que no tiene la energía suficiente para llevar a cabo sus actividades diarias?

### **Sueño – descanso.**

Que se observara: Alteraciones del ritmo vigilia-sueño (en pacientes despiertos) e hipersomnia (en pacientes sedados), dificultad para conciliar y despertares frecuentes, facies de cansancio hipersomnia o insomnio, dejar de dormir (por la persistencia de ideas sobre la muerte y el suicidio). Las ideas suicidas se relacionan con tristeza, ansiedad inquietud depresión. Es frecuente el sueño intermitente e insomnio y el ansiedad, inquietud, depresión. Es frecuente el sueño intermitente, el insomnio y el despertar precoz. A menudo aparecen pesadillas.

Que se valorara: Problemas de sueño: conciliar, despertar temprano. Sueño interrumpido, invertido ¿Considera que sus problemas pueden ser por pensar en ideas que se relacionan con la tristeza? ¿Se siente descansado, después de dormir? ¿Siente que su sueño fue reparador?

### **Cognitivo – perceptual.**

**Que se observara:** Presenta alucinaciones auditivas (de mando), visuales. Presenta ideas delirantes (paranoides), pensamientos suicidas. Atención- orientación: se ven afectadas por la ideación persistente e intrusita del acto suicida. Memoria e inteligencia: Los problemas y dificultades de atención y la baja capacidad de concentración pueden llevar a problemas de memoria reciente. Reducción del rendimiento intelectual. Problemas de asertividad y dificultades para tomar decisiones. Aparece un deterioro cognitivo, la visión del mundo se estrecha hasta el punto de que se llega a distorsionar la realidad. Organización del pensamiento y del lenguaje: el contenido del pensamiento se caracteriza por ideas repetitivas de autolesión. En el curso puede observarse inhibición, en el lenguaje es escaso, tono de voz bajo y puede ser hostil. Hay lentitud de pensamiento, tienen una perspectiva negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Percepción distorsionada del entorno. Lo negativo aumenta y lo positivo se pasa por alto.

**Que se valorara:** Presenta alucinaciones auditivas (de mando), visuales. Presenta ideas delirantes (paranoides), pensamientos suicidas, percepción de sufrimiento y desesperanza.

#### **Apoyos:**

- Anexo 8. Mini mental

### **Autopercepción – auto concepto.**

**Que se observara:** Baja autoestima, insatisfacción personal, estado de abatimiento, labilidad afectiva-emocional, poca o nula expresividad de sentimientos. Auto concepto negativo, las evaluaciones de sí misma que realiza la persona pueden ser de percepción pesimista y negativa, acompañadas de sentimientos de inadecuación y rechazo, en algunas ocasiones puede pensar o expresar “que no vale la pena vivir, mejor sería estar muerto,”. Cambios radicales de conductas habituales (si hacia ejercicio lo deja de hacer, rendimientos escolar, relaciones personales, sociales). Puede haber alteración sobre el auto concepto y la distorsión negativa sobre sí mismo. Sentimientos respecto a su autoevaluación expresara minusvalía personal, inferioridad, inutilidad, tristeza, vergüenza, odio, se culpabilizan por todas las situaciones que se producen a su alrededor, impotencia y rabia. No valoran de igual forma los aspectos positivos.

**Que se valorara:** Valorar reactividad emocional, auto descripción personal, autoevaluación general y de competencia personal y sus sentimientos respecto a la autoevaluación. Evaluar emociones negativas de sí mismo, ¿Cómo se siente emocionalmente? ¿Cuál es su estado de ánimo habitual? ¿Se encuentra más triste o más alegre de lo habitual? ¿Se siente animado? ¿Tiene interés por proyectos nuevos? ¿Qué le hace sentirse triste en estos momentos? ¿Qué le hace sentir mejor o alegre? ¿Cómo se describe a sí mismo? ¿Se siente a gusto con sí mismo? ¿Qué cree que piensan los demás de usted? ¿Se siente una persona útil o todo lo contrario? ¿Qué sentimientos le generan la valoración que tiene de sí mismo? ¿Ha perdido la esperanza? ¿Alguna vez ha pensado que sería preferible morir a estar vivo? ¿Ha tenido ideas alguna vez de hacerse daño o quitarse la vida (si es afirmativo realizar las preguntas del patrón de percepción manejo de la salud)?

#### **Apoyos:**

- Anexo 9. Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)
- Anexo 10. Escala de depresión Geriátrica (GDS)

### **Rol – relaciones.**

**Que se observara:** Insatisfacción con su rol. Aislamiento social, Hostilidad problemas de relación con iguales. Abandono de las responsabilidades inherentes al estatus y a los roles sociales. Puede tener problemas familiares debido al aislamiento y por su visión negativista. Abandono de las amistades y/o distorsión en el sentido del concepto relacional, que promueve en bastantes ocasiones el alejamiento de los amigos y conocidos (“cuando nos vemos sólo cuenta penas, o reprocha que no le ayudamos”...). La persona hace una mala evaluación de sí misma. La autoestima baja y sentimientos de inutilidad y culpabilidad conducen a la amargura. Sienten impotencia para modificar esta situación.

**Que se valorara:** **Percepción del rol y responsabilidad. Cuenta con red de apoyo (familiar, amigos, vecinos), rendimientos escolar, social, laboral. Relaciones importantes rotas. (Amistad, sentimentales, amorosas).**

### **Sexualidad – reproducción.**

**Que se observara:** Manifestación de la pérdida del interés sexual. Anhedonia. Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil, etc.).

**Que se valorara:** **¿Ha presentado cambios respecto a su vida sexual? (satisfactorias, indiferencia)**

### **Adaptación – tolerancia al estrés.**

**Que se observara:** Bajo nivel de adaptación a la frustración. Solución inadecuada de los problemas. Expresiones de incapacidad para pedir ayuda. Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración. Incapacidad para tolerar situaciones de alto nivel de estímulos.

Ante los problemas reacciona con ansiedad, inquietud, desasosiego, etc. La persona se ve incapaz de resolverlos lo que provoca sentimientos de desesperanza, frustración y angustia. Tensión y estrés continua, miedo a perder el control.

**Que se valorara:** **Valorar la impulsividad ¿La situación que le paso fue en un momento de impulsividad (no lo pensó) o ya lo había planeado? ¿Cuál fue su intención? Estados de tensión ansiedad ¿Ha tenido ansiedad a raíz de su situación? ¿Qué sentimientos surgen cuando se siente así? ¿Qué soluciones le pasan por su cabeza cuando lo experimenta? , estrategias de adaptación, grado de incapacitación ¿Percibe falta de control de la situación?**

### **Apoys:**

- Anexo 11. Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)
- Anexo 12. Escala de impulsividad de Pluichik
- Anexo 13. Escala de estrés de Holmes-Rahe

### **Valores y creencias.**

**Que se observara:** La alteración sobre el auto concepto y la distorsión negativa sobre el entorno conducen a menudo a un manejo de la culpabilidad como valor básico de interpretación del entorno, que en personas religiosas es interpretado como castigo merecido por todo lo que se hace. En los pacientes depresivos tiende recordar el pasado en términos negativos y culpabilizantes, produciéndose un grado significativo de desesperanza. Sin esperanza para el futuro, Creer que las cosas nunca mejorarán, o que nada va a cambiar nunca.

**Que se valorara:** **Al indagar sobre qué era lo más importante en la vida, (considera que es su familia, la salud ) y qué papel tiene la religión en estos momentos, Consecución de objetivos, proyectos y expectativas de la vida.**

### 6.5.3. Escalas de valoración del riesgo suicida

En la valoración de las conductas suicidas, la enfermera se puede apoyar en la utilización de instrumentos psicométricos. A continuación se enuncian algunas escalas que pueden ser de utilidad. (“Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica + Cd-Rom”, s/f)

#### Ideación Suicida y riesgo de comportamiento Suicida

- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)
- Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale PSS)
- Escala InterSePT de Pensamientos Suicida (International Suicide Prevention Trail (InterSePT) Scales for Suicidal Thinking, ISST)
- Escala Columbia para evaluar el Riesgo de Suicidio. (Columbia-Suicide Severy Rating Scale, C-SSRS)
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)
- Escala de seguimiento suicida de Sheehan (Sheehan Suicidality Tracking Scale, Sheehan-STS)
- Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale)

#### Actos Suicidas

- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)
- Gravedad Medica de Tentativa Suicida (medical Damage Scale, MDS)

#### Constructos relacionados con el Suicidio

- Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)
- Escala de Riesgo de Violencia De Plutchik (RV)
- Inventario de razones para vivir (reasons for Living Inventory , RFL)
- Historia de Agresión de Brow-Goodwin (Brown-Goodwin Lefetime history of Aggression, BGLHA)
- Escala de acontecimientos vitales estresantes e Brugha(List of Threatening Experiences, LTE)

- Cuestionario de Acontecimientos traumáticos en la infancia- Forma Breve (Childhood Trauma Questionnaire- Short Form, CTQ-SF)
- Escala de Personalidad y acontecimientos vitales (Personality and life Events Scale- PLE).

## **6.6. Diagnóstico de Enfermería**

El Diagnóstico enfermero es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana a una condición de salud/proceso vital, o la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo, o comunidad. Proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena Conferencia de NANDA; corregido en 2009 y 2013)(NANDA Internacional et al., 2015).

### **6.6.1. Tipos de Diagnósticos Enfermeros**

- Diagnóstico enfermero Enfocado en el problema: juicio clínico respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/ proceso vital que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: Juicio clínico con respecto a la motivación o deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana. Estas respuestas se expresan mediante una disposición a mejorar las conductas de salud y pueden ser usadas en cualquier estado de salud. Pueden existir respuestas para la promoción de la salud en un individuo, familia, grupo o comunidad.
- Diagnostico enfermero de riesgo: un Juicio clínico con respecto a la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana indeseable a condiciones de salud/proceso vital.

- Síndrome: juicio clínico respecto a un conjunto de diagnósticos enfermeros que suceden juntos y es mejor abordarlos también en conjunto y con intervenciones.

Un Diagnostico enfermero normalmente contiene dos partes

Descriptor o modificador	Enfoque del diagnóstico o el concepto clave del diagnostico
Riesgo de	Suicidio

Las enfermeras hacen diagnósticos de problemas de salud, estados de riesgo y de disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos enfocados en el problema no deberán ser vistos con más importancia que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces el diagnóstico de riesgo puede ser el de mayor prioridad en un paciente (NANDA 2015-2017) como lo es en el caso del “Riesgo de Suicidio” que pasa a ser prioritario por el riesgo al que expone a la persona de perder la vida.

### **6.6.2. Teorías explicativas para fundamentar el diagnostico Riesgo de suicidio.**

En el diagnóstico de enfermería Riesgo de suicidio los siguientes sustentos teóricos que la enfermera puede considerar para su fundamentación:

El comportamiento suicida tiene una etiología multifactorial, en la que intervienen factores de tipo biológico, socio-ambiental y psicológico, de modo que cada uno de ellos tiene un peso específico, y posiblemente ninguno de ellos por separado podría ser suficiente para explicar, por sí solo, tales comportamientos.(S. Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga, & Taylor, 2016)

Serotonina: La serotonina es un neuromodulador importante asociado con una amplia gama de efectos fisiológicos en el sistema nervioso central. La creciente evidencia del mismo sugiere que las alteraciones en la señalización temprana de serotonina contribuyen a una serie de trastornos neuropsiquiátricos y del neurodesarrollo. Las anomalías en el sistema serotoninérgico han sido implicadas en el comportamiento suicida y el suicidio. Esto se basa en los estudios de 5HT y su metabolito, ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA) en el LCR y sangre de pacientes suicidas; estudios de subtipos de receptores 5HT en las plaquetas de pacientes con suicidio y en cerebros post mortem de víctimas de suicidio.(Pandey, 2013)

Los subtipos 5HT<sub>2A</sub> y 5HT<sub>1A</sub> son los que más se han estudiado en relación al suicidio. De ellos, sólo el primero tiene presencia en las fuentes periféricas. Varias investigaciones han encontrado en forma consistente que el número máximo de sitios de unión de los receptores 5HT<sub>2A</sub> se encuentra elevado significativamente en los pacientes deprimidos. Si se les divide entre suicidas y no suicidas el incremento es definitivamente mayor en los primeros. Estos mismos hallazgos con otros procedimientos se han corroborado también en pacientes suicidas con otro tipo de diagnóstico (esquizofrenia, bipolares, esquizoafectivos). Las diferencias más claras se han encontrado en los bipolares y en los esquizoafectivos.(“Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida.”, s/f)

Norepinefrina (NE): Los estudios de la función NE asociados con el comportamiento suicida se llevan a cabo determinando los niveles de NE o su metabolito-3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) -en el LCR o la orina de pacientes suicidas, la enzima tirosina hidroxilasa (TH), o los receptores para NE, principalmente receptores  $\alpha$ -adrenérgicos y receptores  $\beta$ -adrenérgicos en tejido periférico o el cerebro post mortem. Los estudios de pacientes suicidas sugieren niveles alterados de NE y MHPG en sujetos suicidas. Brown et al.

Informaron que los pacientes con suicidio tienen niveles significativamente más altos de LCR de NE y MHPG en comparación con los pacientes no suicidas. (Pandey, 2013)

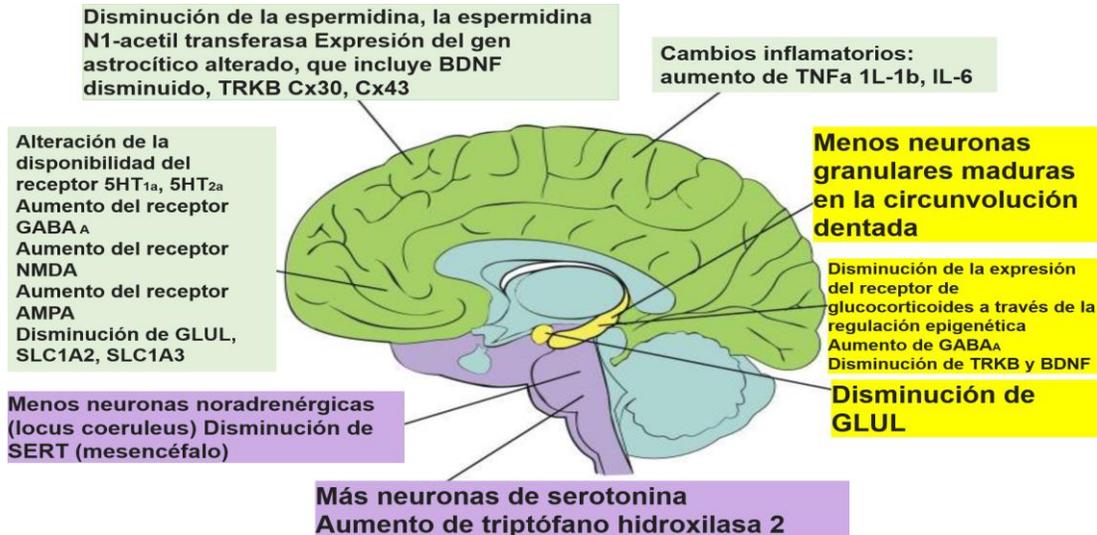


Figura 10. Cambios biológicos en el cerebro suicida (Turecki, G., & Brent, D. A., 2016).

Colesterol y suicidio: El colesterol es un componente central del sistema nervioso central, esencial para la estabilidad de la membrana celular y el correcto funcionamiento de la neurotransmisión. Se ha observado que el colesterol puede estar relacionado de alguna manera con comportamientos suicidas.

En conjunto, una posible utilidad en la evaluación de los niveles de colesterol sérico en un paciente activo puede ser la predicción de desarrollo de ideación suicida (J. Fritze, B. Schneider, and M. Lanczik, 1992). Por lo tanto, el control del colesterol puede resultar en una reducción de mortalidad por suicidio (D. De Berardis, C. M. V. Conti, N. Serroni et al. 2009). (De Berardis et al., 2012)

En 1992, Engelberg presentó una hipótesis que relacionaba el colesterol y el sistema serotoninérgico. Planteó la hipótesis de que un nivel reducido de colesterol sérico puede ir acompañado de cambios en la viscosidad y la

función de los receptores de serotonina y de los transportadores, al igual que la disminución de los precursores de la serotonina que pueden causar un aumento en la ideación suicida.

La mayoría de los estudios revisados sugieren una relación interesante entre los niveles de colesterol y la tendencia suicida, incluso si se necesita una nueva elucidación de un posible mecanismo fisiopatológico con respecto al colesterol y la tendencia suicida en estudios futuros.(De Berardis et al., 2012)

El estudio de Messaoud, A., Mensi, R., Mrad, A., Mhalla, A., Azizi, I., Amemou, B.,... Gaha, L. (2017). Mostró una disminución significativa en los niveles de colesterol en plasma en pacientes con suicidio. Este resultado respalda la hipótesis de la asociación del nivel bajo de colesterol en plasma y el comportamiento suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor.(Messaoud et al., 2017)

El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA) se activa por el estrés Figura No. 11. Tras la activación, el hipotálamo segrega hormona liberadora de corticotropina (CRH) y arginina vasopresina (AVP), que actúan sobre la glándula pituitaria anterior para desencadenar la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Esto estimula la corteza suprarrenal para producir cortisol, lo que aumenta el estado de alerta. La activación mediada por cortisol de los receptores de glucocorticoides en el hipocampo es una retroalimentación negativa sobre la actividad de HPA. El gen que codifica el receptor de glucocorticoides, NR3C1, está regulado negativamente en el hipocampo de individuos expuestos a ELA (adversidad de la vida temprana), lo que conduce a una inhibición ineficaz de la secreción de CRH y un HPA hiperactivo. Esta HPA hiperactiva puede estar asociada con el desarrollo de rasgos de ansiedad, que a su vez son mediadores del comportamiento suicida.(Turecki, 2014)

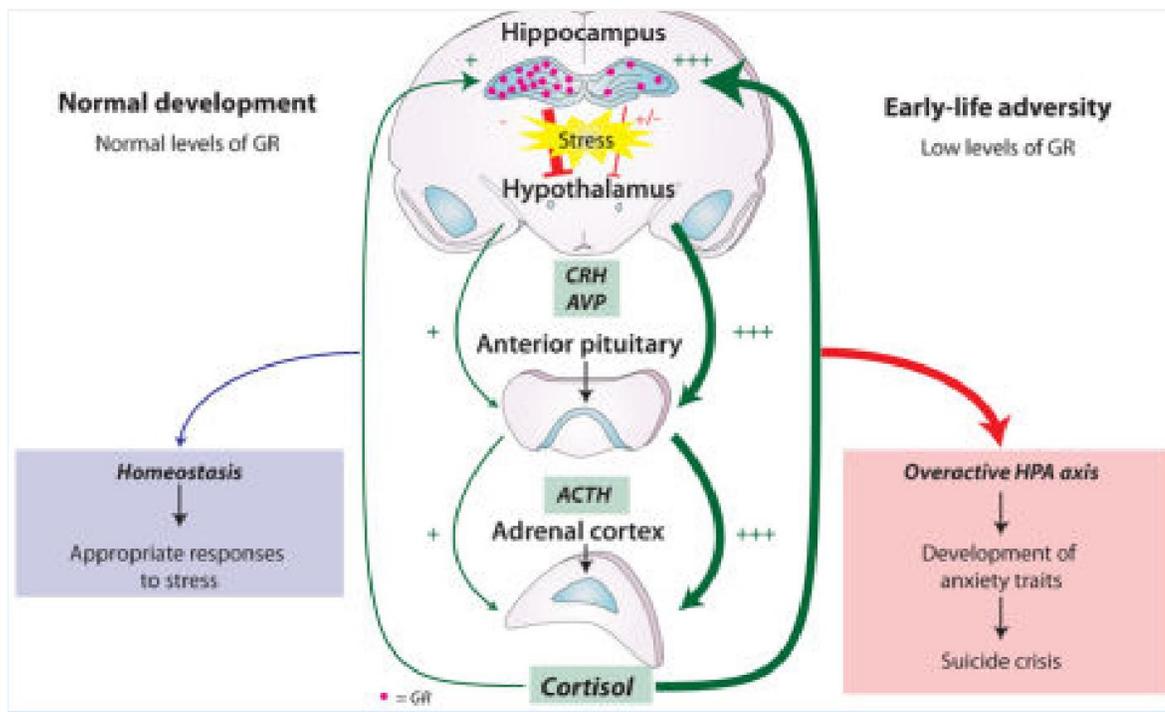


Figura 11. Efecto de la adversidad de la vida temprana en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Gustavo Turecki, 2014)

Eje Hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA): la depresión y el estrés son los principales factores de riesgo de suicidio. Se ha demostrado que la mayoría de los pacientes con depresión tienen concentraciones crecientes de cortisol en el plasma y Líquido cefalorraquídeo (LCR), aumento de la respuesta del cortisol a la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y un mecanismo de retroalimentación deficiente. (Pandey, 2013) El eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). Este sistema endócrino también ha sido utilizado para estudiar los aspectos biológicos del suicidio sobre todo en tejido post mortem. ("Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida.", s/f)

También existe una fuerte asociación entre la disfunción del eje HPA y el suicidio (Yerevanian et al, 2004). La liberación del factor liberador de corticotropina (CRF) del núcleo paraventricular (PVN) del hipotálamo provoca la liberación de ACTH de la hipófisis, que estimula la producción de

glucocorticoides (cortisol en humanos, corticosterona en animales) de las glándulas suprarrenales.

Los glucocorticoides regulan el eje HPA a través de un mecanismo de retroalimentación negativa mientras se unen a los receptores de glucocorticoides solubles en la hipófisis y el hipotálamo e inhiben la liberación de CRF y ACTH (Owens MJ, Nemeroff CB 1991). Con el fin de examinar si un eje HPA anormal en el suicidio está relacionado con cambios en la CRF y / o receptores corticoides alterados, algunos investigadores han examinado estos componentes del eje HPA en el cerebro postmortem de las víctimas de suicidio. (Nemeroff et al. 1988.) informaron una disminución significativa en el número de sitios de unión al receptor de CRF en la corteza frontal de las víctimas de suicidio en comparación con los controles. (Pandey, 2013)

### El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos

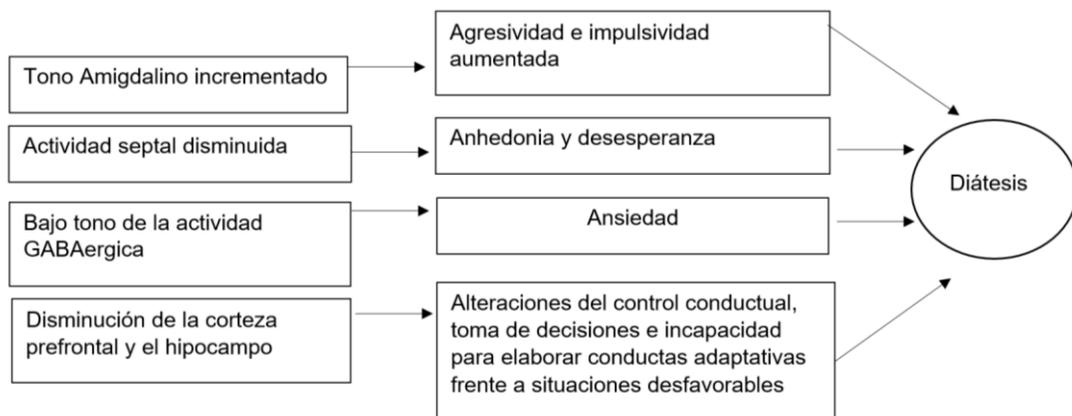


Figura 12. Un posible correlato neurobiológico del suicidio (Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras 2008)

Sistema neuroinmune (citoquinas): Las citocinas son moléculas de bajo peso molecular constituidas por 120-180 aminoácidos, que si bien están producidas básicamente por los leucocitos, algunas pueden también ser secretadas por otros muchos tipos celulares. Sus efectos biológicos son muy variados: no sólo participan en las respuestas inmunes, sino que algunas están implicadas en la

embriogénesis y otras juegan un papel clave en procesos neuroinmunes y neuroendocrinos además de que funcionan como reguladoras de actividades celulares tales como la diferenciación, la migración, la supervivencia y la muerte celular (“Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida.”, s/f). Estas pequeñas moléculas son secretadas por varias células y actúan como señales entre las células para regular la respuesta inmune a lesiones e infecciones. (Pandey, 2013)

Existe alguna evidencia directa e indirecta que sugiere una relación entre la desregulación inmune y el suicidio. (Steiner et al., 2008) han encontrado un aumento de la microgliosis en el cerebro post mortem de las víctimas de suicidio con trastornos afectivos y esquizofrenia en comparación con los sujetos de control normales. (Goodwin y Eaton, 2005) encontraron una asociación significativa entre el asma y el aumento de la ideación suicida y los intentos de suicidio entre los adultos de la comunidad.

Una anomalía en las citoquinas puede estar asociada con el comportamiento suicida es respaldada por un informe reciente de Tonelli et al., 2008, que encontró una expresión de ARNm aumentada de interleuquina (IL) -4 e IL-3 en la corteza prefrontal (PFC) de víctimas de suicidio femeninas e IL-13 en víctimas de suicidio masculino en comparación con sujetos de control normales. Lindqvist et al. 2009 han observado niveles aumentados de IL-6 en el LCR de los que intentan suicidarse. Existe una fuerte interacción entre las citocinas, los sistemas neuroendocrinos y serotoninérgicos, eso puede sugerir que las anomalías en estos sistemas observadas en el suicidio pueden estar relacionadas entre sí. (Pandey, 2013)

**Impulsividad:** Los actos suicidas están asociados con rasgos agresivos e impulsivos, que también están asociados con la disfunción. También se ha

encontrado que el comportamiento impulsivo-agresivo está asociado con el comportamiento suicida. (Pandey, 2013)

La impulsividad es uno de los factores de riesgo conductuales contemplados dentro del diagnóstico "Riesgo de suicidio" es considerado como un rasgo que caracteriza a las personas que están en riesgo de intentos de suicidio, independientemente del diagnóstico psiquiátrico según lo informado por Mann et al, 1999. Existen varios factores de riesgo que pueden ser responsables del desarrollo del rasgo impulsividad y la agresión en el suicidio.

La adversidad o el abuso infantil pueden ser uno de los factores que pueden conducir al desarrollo de la impulsividad, la agresión y el comportamiento suicida, según lo informado por Brodsky et al. 2001, Mann et al. 2002 informó que un rasgo impulsivo-agresivo más prolongado caracteriza a las personas en riesgo de intentos de suicidio independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Mann et al. Encontró que las personas con antecedentes de intento de suicidio exhibían una mayor agresividad e impulsividad durante su vida que los que no intentaban con la misma enfermedad psiquiátrica.

Estos estudios sugieren que un rasgo familiar conocido como comportamiento impulsivo-agresivo puede ser un factor de riesgo de suicidio (Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G 2006 - Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, Saiz-Ruiz J, de Leon J, 2005) en combinación con otros marcadores de suicidio, como anomalías serotoninérgicas.

También ha sido reportado por Mann et al. 2002, que el comportamiento impulsivo-agresivo y la agresión e impulsividad dirigidas externamente fueron altamente significativas para distinguir los intentos de suicidio del pasado de los que no lo intentaron. Los cambios relacionados con el estrés en el eje HPA

podrían ser marcadores de estado de comportamiento suicida y suicidio. Dado que el estrés es un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida, es posible que el estrés agudo y crónico pueda conducir a un cambio a largo plazo en la actividad del eje HPA. (Pandey, 2013)

Tanto el rasgo como los marcadores de estado pueden estar asociados con el suicidio. Los aspectos biológicos de los marcadores de rasgo pueden estar relacionados con anomalías en los mecanismos serotoninérgicos y los cambios relacionados con el estado pueden verse reflejados en los cambios en el sistema del eje HPA en el comportamiento suicida y suicida. (Pandey, 2013)

Dentro de los factores de riesgo psicológicos que maneja NANDA en el diagnóstico riesgo de Suicidio esta la historia familia de suicidio, así se tiene que en las observaciones de antecedentes familiares de suicidio sugieren la existencia de una vulnerabilidad genética al comportamiento suicida. La literatura de investigación confirma la existencia de una vulnerabilidad genética al comportamiento suicida. Los estudios de familia, gemelos y adopción han establecido una base genética para el comportamiento suicida (Zai et al., 2012)

La mayoría de los estudios han demostrado una mayor tasa de comportamiento suicida en familiares de víctimas o intentos de suicidio en comparación con familiares de controles no suicidas (Tsuang 1983; Pfeffer y cols., 1994, Malone y cols., 1995, Brent y cols., 1996; Johnson et al. 1998).

Cuatro estudios se han llevado a cabo en Dinamarca y Suecia, han proporcionado grandes conjuntos de datos para explorar la familiaridad del suicidio, en ellos todos los informes hay tasas mayores de suicidio en la descendencia de padres suicidas en comparación con la descendencia de

padres no suicidas (Agerbo et al., 2002; Qin et al., 2002, 2003; Runeson y Asberg, 2003).

Una de las investigaciones proporciona evidencia de que este aumento observado puede no deberse al duelo, ya que las tasas de suicidio de las personas que perdieron a sus padres por suicidio fueron más altas en comparación con las personas que perdieron a sus padres por homicidios o accidentes (Runeson y Asberg 2003). (Zai et al., 2012)

Brent et al. (1996) examinaron las víctimas suicidas adolescentes y compararon los controles no suicidas de las revisiones de los gráficos. Encontraron una mayor tasa de intentos de suicidio en familiares de primer grado de víctimas de suicidio en comparación con los controles no suicidas.

Lieb et al. (2005) llevaron a cabo un estudio prospectivo para examinar el riesgo de ideación suicida o intentos en los hijos de madres deprimidas que habían intentado suicidarse. Encontraron un aumento de más del 50% en el riesgo de ideación o intento suicida en relación con la descendencia cuyas madres nunca habían intentado suicidarse. De la discusión mencionada, los estudios familiares apoyan un componente genético del comportamiento suicida. Proporcionan evidencia de que la herencia del comportamiento suicida incluye el intento de suicidio y la finalización del suicidio. Además, muestran que la transmisión familiar puede ser independiente de la de los trastornos psiquiátricos a pesar del hecho de que la mayoría de los que intentan / completan el suicidio tienen diagnósticos neuropsiquiátricos subyacentes. (Zai et al., 2012)

Genética. Estudios recientes con personas que intentan suicidarse se han centrado en las variaciones genotípicas en el gen de la triptófano hidroxilasa, y los resultados indican una asociación significativa con el suicidio (Abbar et

al, 2001). Estos resultados sugieren una posible existencia de predisposición genética hacia el comportamiento suicida. Áreas cerebrales afectadas: En general, no hay un consenso de opinión sobre las imágenes estructurales del cerebro suicida.

Hipoperfusión prefrontal en un meta análisis, Desmyter y cols, confirman la tendencia a la en pacientes con intento de autoeliminación, tanto en condiciones de reposo como durante la estimulación cognitiva. Hiperintensidades blancas (especialmente sustancia blanca profunda y periventricular) y materia gris en el lóbulo frontal, temporal y / o parietal y volúmenes reducidos en el lóbulo frontal y temporal. En los estudios de resonancia magnética en sujetos con antecedentes de intento de suicidio, hay una tendencia hacia los hallazgos de volumen reducido de materia gris en el lóbulo frontal.

Evidencia de hiperintensidades de materia blanca y gris y reducción discreta de volumen en algunas regiones corticales y subcorticales, en los estudios de neuroimagen estructural, esto podría entenderse como una interrupción de las vías neuroanatómicas críticas que conduce a un mayor riesgo de intentos de suicidio. (Desmyter, van Heeringen, & Audenaert, 2011)

En 2001 Ahearn et al, estos autores demostraron hiperintensidades de materia gris en los ganglios basales que pueden estar especialmente asociadas con el riesgo de intentos de suicidio, compararon los hallazgos de la Resonancia Magnética en un grupo de pacientes deprimidos unipolares con y sin historial de intentos de suicidio. (Desmyter et al., 2011)

Perfusión disminuida en la corteza prefrontal de pacientes con suicidio, un hallazgo común en la neuroimagen funcional en condiciones de reposo. Durante la activación cognitiva, se han observado déficits de perfusión en la

corteza prefrontal. Se ha demostrado que los pacientes esquizofrénicos que tenían un historial de por vida de uno o más intentos de suicidio tenían volúmenes de sustancia blanca frontales inferiores significativamente mayores bilateralmente en comparación con pacientes esquizofrénicos sin antecedentes de tendencias suicidas.(Desmyter et al., 2011)

En un estudio de 51 niños con epilepsia (edad media de 9.8 años), Caplan et al.2010, examinó la relación entre la ideación suicida y los volúmenes frontotemporales, particularmente el volumen del giro frontal orbital. Los 11 sujetos con epilepsia y con ideación suicida tenían volúmenes de materia blanca del giro frontal orbital derecho significativamente más pequeños y volúmenes mayores de sustancia gris del lóbulo temporal izquierdo que los 40 niños sin pensamientos suicidas (Caplan et al., 2010).

Los estudios de imágenes estructurales en pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden arrojar luz sobre posibles correlatos neuroanatómicos de la conducta suicida ya que la tendencia suicida es un síntoma central del trastorno límite de la personalidad. En un estudio de RM de volumen pituitario y comportamiento parasuicida en adolescentes con trastorno de personalidad límite (TLP) de primera presentación, la edad y el número de conductas parasuicidas fueron predictores significativos del volumen de la glándula pituitaria.

Además, un estudio morfométrico realizado en sujetos con trastorno límite de la personalidad y controles sanos demostró que los sujetos límite tenían reducciones bilaterales significativas en las concentraciones de materia gris en la circunvolución cingulada ventral y varias regiones del lóbulo temporal medial, incluyendo el hipocampo, la amígdala, la circunvolución parahipocampal y uncus La disminución de la sustancia gris en la corteza

prefrontal y en la corteza temporal media puede mediar la desregulación del impulso y el afecto en el TLP (Soloff et al., 2008) (Desmyter et al., 2011)

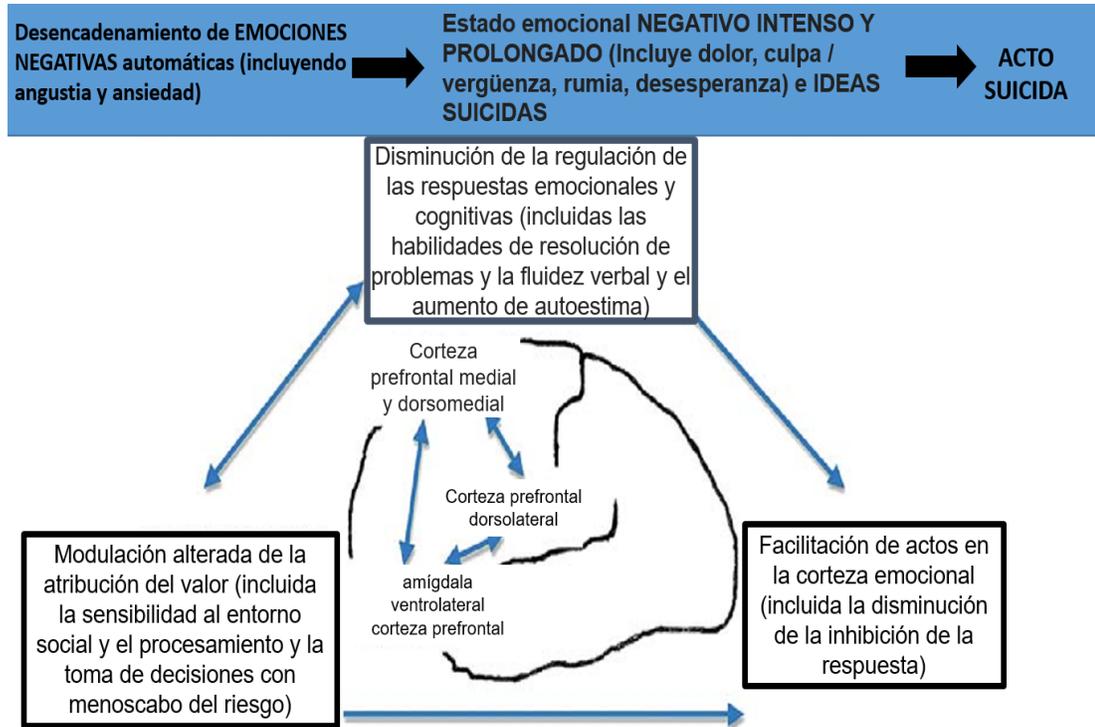


Figura.13. El proceso suicida de tres pasos y las disfunciones cognitivas y neuroanatómicas subyacentes.

En la figura 13, las alteraciones neuroanatomías pueden ser relacionadas tanto con la materia gris como con las pistas de fibra blanca. Aquí se presentan las principales regiones que subyacen a tres déficits cognitivos generales. (Fabrice Jollant , Natalia L. Lawrence , Emilie Olié , Sébastien Guillaume & Philippe Courtet, 2011)

Dentro de las Teorías sociológicas: Durkheim (1982) es uno de los autores principalmente citados, en su obra *Suicide*, considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, como realidades exteriores al individuo. De esta forma la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales. Es decir, no son los individuos los que se suicidan,

sino la misma sociedad a través de ciertos individuos. Hipotetiza que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el agónico y el fatalista.

En cuanto a las Teorías psicoanalíticas del suicidio: Freud y sus discípulos (Litman, 1967). Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud son: a) la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, b) la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y c) la asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Sullivan (1953) considera que los factores más importantes en la actividad destructiva son la angustia y la envidia. De esta forma, el principal factor del funcionamiento defectuoso de la personalidad es la angustia, que surge como resultado de personificaciones inadecuadas. Sullivan denominó «sistema antiansiedad» a la organización de la experiencia del individuo para escapar de la angustia, y «operaciones de seguridad» a las operaciones de este sistema, las cuales tienden a interferir con el crecimiento de la personalidad y la accesibilidad a nuevas experiencias.

Para Otto Rank (1959), la muerte auto iniciada es el resultado de un conflicto, dentro del ego, entre el miedo de vivir y el miedo de morir. Este conflicto produciría una estrategia basada en la negociación de la vida para la no-muerte: el individuo neurótico inhibe su vida y, así, se mata lentamente para evitar su muerte.

Jung (1959) postuló que, a fin de que la vida tenga sentido, debía haber un contacto mínimo entre el ego y el self. Sin embargo, surge el peligro porque el

self tiene a la vez un lado brillante y un lado oscuro; cuando prevalece el último, la muerte puede parecer más deseable que la vida. En el suicidio, la muerte se concibe claramente como la muerte del ego, que ha perdido contacto con el self y, por lo tanto, con el significado de la vida.

Sin embargo, a pesar de todas las teorías anteriores, la doctrina clásica psicoanalítica sobre el suicidio es la obra de Menninger (1972). Este afirmó de acuerdo con el concepto freudiano del instinto de muerte, que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores. Así mismo, atribuye el suicidio a causas inmediatas evidentes y reconocibles a simple vista: locura, enfermedad y ruina económica.

Menninger (1972) El mismo autor describió los tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir. Además, señala que en la práctica autodestructiva intervienen los derivados de tres elementos; el auto punitivo, el agresivo y el erótico.

Teorías Psicológicas: Tabla 2. Modelos predominantes de comportamiento suicida.

Modelo	Autor	Premisa básica
Modelo cúbico de suicidio	Shneidman (1985)	La combinación de presión (estrés), dolor (psique) y perturbación resulta en riesgo de suicidio
Modelo de diátesis-estrés-desesperanza del comportamiento suicida	Schotte and Clum (1987)	La vulnerabilidad cognitiva (por ejemplo, resolución de problemas sociales) explica la asociación entre el estrés y el riesgo de suicidio
El suicidio como escape de uno mismo	Baumeister (1990)	La principal motivación del suicidio es escapar de la autoconciencia dolorosa
Modelo clínico de comportamiento suicida	Mann and colleagues (1999)	Modelo de estrés-diátesis, donde el riesgo de suicidio es causado no solo por un trastorno psiquiátrico (estresor) sino también por una diátesis (es decir, tendencia a experimentar más ideación suicida o impulsividad)
Modo suicida como modelo cognitivo-conductual de la tendencia suicida	Rudd and colleagues (2001)	Basado en los diez principios de la teoría cognitiva, el modelo describe las características del sistema cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico asociadas con el desarrollo del riesgo de suicidio
Modelo de vuelo arrestado	Williams (2001)	El riesgo de suicidio aumenta cuando los sentimientos de derrota y atrapamiento son altos y el potencial de rescate (por ejemplo, apoyo social) es bajo
Modelo psicológico interpersonal	Joiner (2005)	El deseo suicida es causado por altos niveles de agobio y pertenencia frustrada; el deseo probablemente se traduzca en un comportamiento suicida cuando la capacidad es alta
Modelo cognitivo de comportamiento suicida Modelo de evaluación esquemática del suicidio	Johnson and colleagues (2008)	Un modelo de evaluación que propone que el riesgo es causado por la interacción entre los sesgos en el procesamiento de la información, el esquema y los sistemas de evaluación
Modelo cognitivo de comportamiento suicida	Wenzel and Beck (2008)	Modelo de diátesis-estrés con tres constructos principales: factores de vulnerabilidad disposicional, procesos cognitivos asociados con la perturbación psiquiátrica y procesos cognitivos asociados con actos suicidas
Teoría de activación diferencial de la tendencia suicida	Williams and colleagues (2008) <sup>18</sup>	Modelo de red asociativa, en el que la experiencia de ideación o comportamiento suicida durante un episodio depresivo aumenta la probabilidad de que reaparezca durante el episodio subsiguiente
Modelo motivacional-volitivo integrado de comportamiento suicida	O'Connor (2011)	Es un modelo de tensión-diátesis, especifica los componentes de las fases pre-motivacionales, motivacionales (ideación y formación intencional) y volitivas (en acción conductual) de la tendencia suicida.

(Rory C O'Connor, Matthew K Nock, 2014, Tabla adaptada de O'Connor)

(Joana Fornes Vives, 2011) describe en su libro de enfermería de salud mental y psiquiatría que la persona que tiene un comportamiento suicida sigue un proceso el cual se describe a continuación:

Fase ideativa. La persona tiene una idea que aparece y desaparece, como una ocurrencia. Siguen surgiendo vivencias que motivan la aparición de la idea. Toma consideración una mera expresión emocional.

Fase deliberativa. La persona considera la idea suicida, analiza los pros y los contras. La fase puede durar de semanas o meses, desde que la idea comienza a tener sentido hasta el acto de suicidarse. Lo que en un momento era una idea exagerada, una ocurrencia por el estado emocional, se hace plausible.

Fase decisiva. La persona ha evaluado todo lo relacionado con el suicidio y llega a la conclusión de que quiere suicidarse y toma la decisión de hacerlo. Después de tomar la drástica decisión y tras un largo periodo de angustia y dolor, entra en un periodo de calma y tranquilidad.

Fase dilatoria. Corresponde al periodo de calma, cuando la persona, una vez tranquilizada, ya está convencida de lo que va hacer. Esta fase es de duración variable, con ciertos hechos que la adelanten a la siguiente fase.

Fase operativa. A esta fase corresponde toda maniobra que hace la persona para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo al acto suicida, desde prever que va hacer con sus bienes hasta conductas para que no se den cuenta de sus intenciones, con el fin de que otros no intervengan en el acto. Lo prepara físicamente.

Fase ejecutiva. La persona ejecuta la acción concreta de suicidarse.

Por otro lado en un estudio llevado a cabo por (S. Morales et al., 2016) “Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida” arroja dentro de sus resultados descriptivos ¿Qué perciben que los pone en riesgo suicida? Las personas entrevistadas mostraron una visión de su riesgo suicida como un proceso, “que se viene arrastrando hace tiempo”. En este proceso ellos distinguen 1) factores de riesgo de largo plazo, que denominaron “predisponentes”; 2) factores del último año, que denominaron “precipitantes” y 3) un factor que desencadena la conducta suicida, que denominaron “desencadenante”.

Con lo que podemos distinguir entre el proceso mental por el cual la persona que tiene esta conducta atraviesa y los factores que de alguna manera contribuyen a que se lleve el fin deseado.

### **Terminología del Suicidio**

No hay definiciones claras asociadas a la conducta suicida. La dificultad de establecer la intención de autolesionarse ha obstaculizado los esfuerzos para simplificar la nomenclatura suicida históricamente heterogénea, pero los esfuerzos recientes, como los que resultan en el Algoritmo de Clasificación de Suicidio de Columbia Clasificación (C-CASA), han contribuido a la estandarización de la nomenclatura (Posner et al., 2007)

La variabilidad en la terminología tiene consecuencias que van más allá de la comunicación imprecisa, lo que limita la comparación de las tasas de prevalencia epidemiológica y obstaculiza los esfuerzos de prevención. Además, socava la validez de los análisis de riesgo-beneficio. (Nock et al., 2008)

El C-CASA es un sistema de clasificación que utiliza las definiciones de suicidalidad derivadas de los hallazgos empíricos sobre la fenomenología de la tendencia suicida y los factores predictivos y de riesgo identificados. Los criterios para un intento de suicidio incluyen tanto la conducta auto agresiva como la intención suicida (al menos alguna intención de suicidarse). La intención de morir augura un riesgo de suicidio futuro e intentos repetidos y puede obtenerse de manera confiable. La inclusión del intento en la definición de suicidio permite una distinción entre aquellos que se autolesionan en un intento de morir y aquellos que se autolesionan por razones puramente no suicidas (por ejemplo, para controlar el afecto). El C-CASA tiene ocho categorías que distinguen los eventos suicidas de los eventos no suicidas y los eventos indeterminados o potencialmente suicidas (Anexo 14) y el en área de glosario de este trabajo se muestran las diferentes terminologías utilizadas en el medio para referirse a la conducta suicida.

### 6.6.3. Etiquetas diagnosticas similares a Riesgo de Suicidio su diferenciación.

Cuando la enfermera tenga la intención de llevar a cabo un plan para el riesgo de suicidio se puede atravesar con complejidad de seleccionar la etiqueta que este más adecuado para las necesidad que presenta su paciente y más cuando se trata de na conducta suicida para lo cual NANDA tiene etiquetas que podrían prestarse a confusión como las siguientes Tabla 3.

Tabla 3. Definiciones de etiquetas diagnosticas similares a Riesgo de Suicidio

Diagnóstico	Definición
Desesperanza Código: 00124 Edición: 1986 Dominio: 6 Autopercepción Clase: 1 Auto concepto Necesidad: 11 Creencias/valores	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.
Automutilación Código: 00151 Edición: 2000 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia Necesidad: 9 Evitar peligros/seguridad Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés	Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión
Riesgo de Automutilación Código: 00139 Edición: 1992, 2000, 2013 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia Necesidad: 9 Evitar peligros/seguridad Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés	Vulnerable a una conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión
Riesgo de Violencia Autodirigida Código: 00140 Edición: 1994, 2013 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia Necesidad: 9 Evitar peligros/seguridad Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto	Vulnerable a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma
Riesgo de suicidio Código: 00150 Edición: 2000, 2013 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia Necesidad: 9 Evitar peligros/seguridad Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés	Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida

Para la enfermera uno de sus objetivos para estos casos es el de la valoración a profundidad la cual nos lleva a eliminar o descartar los potenciales diagnósticos que se están considerando y que pueden generar confusión en el momento de emplearlos como es en el caso de la conducta suicida, donde dentro de la NANDA existen varios diagnósticos en los que se puede dar tal confusión, por ello la valoración profunda o bien focalizada hace posible revisar la información que se haya obtenido y comparándola con lo que se sabe del diagnóstico, los datos de valoración deben dar apoyo al diagnóstico.

Cada diagnóstico enfermero tiene una etiqueta y una definición clara, es importante mencionar que simplemente tener una etiqueta o un lista de etiquetas no es suficiente. Es de vital importancia que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan con más frecuencia, y además de conocer los indicadores de diagnóstico, los datos que se usan para diagnosticar y para diferenciar un diagnóstico de otro, más aún cuando se trata de diagnósticos con características similares. NANDA-I 2015-2017.

De acuerdo con NANDA 2015-2017, una manera de empezar el proceso de diferenciación es mirar donde se encuentran los diagnósticos en la taxonomía, esto le da una idea de cómo se agrupan los diagnósticos en la amplia área de conocimientos de la enfermera (dominios) y las subcategorías, o grupo de diagnóstico con atributos similares (clase). La diferencia entre los diagnósticos de una misma clase puede apoyar la eliminación de alguno de los diagnósticos posibles dentro de aquellos que compartan atributos similares. Habrá que revisar si los diagnósticos comparten un enfoque similar y si uno puede inducir a otro.

En el área de salud mental y psiquiatría los intentos de suicidio se presentan como una urgencia hospitalaria con frecuencia, por ello a considerar dentro de la atención que se proporciona por parte de enfermería en los diagnósticos

propuestos por NANDA-I. De acuerdo a la NADA 2015-2017, “Riesgo de Suicidio” se define como: Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

En un diagnóstico de riesgo como en el de Riesgo de Suicidio, los factores de riesgo son influencias que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad antes de un evento no saludable (por ejemplo ambiental, psicológico, genético.) NANDA 2015-2017, este se puede valorar en los patrones percepción- manejo de la salud, autopercepción- autoconcepto, afrontamiento tolerancia al estrés. Dentro de la taxonomía II NANDA-I, se encuentra en el Dominio Seguridad Protección en la clase de violencia, con el código 00150.

La bibliografía además reporta otros factores de riesgo propios del área hospitalaria como lo son: asociados a la depresión, ansiedad (Trastornos psiquiátricos), percepción de no servir para nada, tristeza (Burgos V., et al 2017) , otro estudio Reyes y Alonso Roldan (2001) observaron predominio de depresión mayor, sentimiento de culpa y desesperanza, de soledad y minusvalía, seguido de descompensación situacional. Con lo que podemos apreciar que haciendo una comparación con los factores de riesgo que maneja NANDA estos van enfocados a los factores de riesgo conductuales, psicológicos, sociales y verbales. Tabla 4, se describe en el tercer rubro de dicha tabla los factores de riesgo que son susceptibles de ser verificables, por la enfermera.

Tabla 4. Factores de riesgo de “Riesgo de Suicidio”

Factores de riesgo NANDA	Factores modificables	Factores que se pueden dar durante su hospitalización
<p><b>Conductuales</b>                      Acumulación de medicinas                      Antecedentes de intentos suicidas                      Cambiar el testamento                      Cambios notables en el desempeño escolar                      Cambios notables en la actitud                      Cambios notables en la conducta                      Compra de un arma de fuego                      Donar las posesiones                      Hacer testamento                      Impulsividad                      Súbita recuperación eufórica de una depresión grave</p> <p><b>Demográficos</b>                      Divorcio                      Edad (p. ej., ancianidad, adultos jóvenes, adolescentes)                      Etnicidad (p. ej., blanco, nativo, americano)                      Sexo masculino                      Viudez</p> <p><b>Físicos</b>                      Dolor crónico                      Enfermedad física                      Enfermedad terminal</p> <p><b>Psicológicos</b>                      Abuso de sustancias                      Antecedentes de maltrato infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual)                      Culpa                      Historia familiar de suicidio                      Persona joven homosexual                      Trastorno psiquiátrico</p> <p><b>Situacionales</b>                      Acceso a armas                      Adolescentes que viven en entornos no tradicionales (p. ej., centros de internamiento juvenil, prisión, centro de reinserción social, casa comunitaria)                      Dificultades económicas                      Institucionalización                      Jubilación                      Pérdida de autonomía                      Pérdida de la independencia                      Traslado                      Vivir solo</p> <p><b>Sociales</b>                      Aislamiento social                      Alteración de la vida familiar                      Apoyo social insuficiente                      Desamparo                      Desesperanza                      Dificultades legales                      Duelo                      Pérdida de relación significativa                      Problemas disciplinarios                      Soledad                      Suicidios en grupo</p> <p><b>Verbales</b>                      Amenaza con matarse                      Expresa deseos de morir</p>	<p><b>Conductuales</b>                      Cambios notables en el desempeño escolar                      Cambios notables en la actitud                      Cambios notables en la conducta                      Impulsividad</p> <p><b>Psicológicos</b>                      Abuso de sustancias                      Culpa                      Trastorno psiquiátrico</p> <p><b>Situacionales</b>                      Pérdida de autonomía                      Pérdida de la independencia</p> <p><b>Sociales</b>                      Aislamiento social                      Alteración de la vida familiar                      Apoyo social insuficiente                      Desamparo                      Desesperanza                      Duelo                      Pérdida de relación significativa                      Problemas disciplinarios                      Soledad</p> <p><b>Verbales</b>                      Amenaza con matarse                      Expresa deseos de morir</p>	<p><b>Conductuales</b>                      Cambios notables en la actitud, conducta                      Impulsividad</p> <p><b>Psicológicos</b>                      Culpa                      Trastorno psiquiátrico</p> <p><b>Situacionales</b>                      Pérdida de autonomía</p> <p><b>Sociales</b>                      Apoyo social insuficiente                      Desamparo                      Desesperanza                      Soledad</p> <p><b>Verbales</b>                      Amenaza con matarse                      Expresa deseos de morir</p>

En la anterior Tabla 4, se hace una selección de los factores de riesgo que se presentan en el Riesgo de Suicidio en el primer recuadro se marcan todos los que menciona NANDA 2015-2017 y en el segundo los factores de riesgo que pueden ser modificables y por último se seleccionan los que corresponden al área hospitalaria como parte de los que la bibliografía menciona y en base a la revisión que realizo.

El diagnostico “Riesgo de Suicidio” en NANDA-I contiene varios factores de riesgo a considerar como los son: conductuales, demográficos, psicológicos, situacionales, sociales y verbales y cada uno contiene con especificidad cuales se pueden encontrar en la práctica, en el ámbito hospitalario dentro del análisis de la revisión de expedientes que se llevó a cabo se encontró en la misma que los factores reportados por parte de las enfermeras fueron: los conductuales (antecedentes de intentos suicidas, impulsividad), psicológicos(estado mental “Trastornos psiquiátrico” , abuso de sustancias), sociales (desesperanza) y verbales (Expresa ideas de morir).

### **6.7. Planeación.**

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

La enfermera en psiquiatría y salud mental desarrolla un plan que prescribe estrategias y alternativas para alcanzar los resultados esperados. El plan de atención se individualiza a los problemas, condiciones o necesidades de salud

mental del cliente y se desarrolla en colaboración con el cliente, los demás significativos y los miembros del equipo interdisciplinario, si es posible. Para este diagnóstico identificado, se seleccionan las intervenciones más apropiadas, basadas en la práctica e investigación de enfermería en salud mental / psiquiátrica actual. Educación del cliente y referencias necesarias están incluidas. Se determinan las prioridades para la entrega de cuidados de enfermería.

### **6.7.1. Priorización**

Algunas veces el diagnóstico de riesgo puede ser el de mayor prioridad en un paciente. NANDA 2015-2017. Una vez identificado el diagnóstico "Riesgo de Suicidio" se debe establecer prioridades entre otros, se deben identificar diagnósticos de alta prioridad (es decir, necesidades urgentes, diagnóstico con un alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) para que se puedan dirigir la atención a la resolución de estos problemas o disminuir su gravedad o el riesgo de ocurrencia (en el caso de diagnóstico de riesgo).

### **6.7.2. Objetivos del cuidado enfermero**

La determinación de objetivos (metas esperadas), se refiere al resultado que se espera de los cuidados de enfermera, lo que desea lograr con la persona y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería, estos derivarán de la primera parte del diagnóstico de enfermería.

- Componentes:

Para el fin de semana el paciente verbalizara los sentimientos que le llevan a tener conductas impulsivas

Sujeto ¿Quién se espera que logre el resultado? o ¿Qué parte del paciente se observara, para demostrar el beneficio esperado?

Verbo ¿Qué hará la persona (o que se observara) para demostrar el logro del resultado?

Use verbos: De acción que sean medibles y observables (acciones que pueda ver, oír, sentir y oler) explicar, decir, hacer una lista, demostrar, mostrar, comunicar, expresar, andar, aumentar y perder. No use verbos como saber, comprender, apreciar, sentir (no son medibles puesto que nadie puede leer la mente de otra persona para averiguar si sabe, comprende o aprecia)

Condición ¿Bajo qué circunstancias hará esto la persona? ¿Cómo?

Criterios de ejecuciones que medida tendrá que hacerlo la persona?

Momento ¿En qué momento tendrá que hacerlo la persona?

- También pueden entrar dentro del objetivo

Tiempo en los casos complejos exprese resultados a corto o largo plazo, (en una semana el usuario no presenta intento suicida) (en 4 semanas Alfredo verbaliza estrategias de control de impulsos y las pone en práctica).

Evidencias: para realizar formulaciones sumarias para guiar la evaluación “Evidenciado por...”

Los objetivos de enfermería estarán centrados en el caso de “Riesgo de Suicidio” en evitar un intento autolítico, controlar la conducta auto lesiva y suicida.

### **6.7.3. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)**

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)(Moorhead. Sue, 2013) es un sistema que se puede utilizar para elegir las medidas de los resultados relacionados con el diagnóstico enfermero, es de mencionar que este es previo a seleccionar las intervenciones (NIC) ya que los resultados deben ser

identificados antes de determinar las intervenciones. Las NOC han permitido medir el estado de las pacientes a lo largo del proceso de cuidados y ha facilitado conocer la mejoría de la respuesta de las pacientes que reciben las intervenciones enfermeras.

La enfermería en psiquiatría y salud mental identifica los resultados esperados para un plan individualizado para el paciente o para la situación los resultados esperados se derivan del diagnóstico. Deben ser mensurables e incluir una estimación de tiempo para el logro. Deben ser realistas para las capacidades del cliente.

Y los utilizados para Riesgo de Suicidio son:

Tabla 5. Resultados asociados con los factores de riesgo	
[1308] Adaptación a la discapacidad física	[1306] Dolor: respuesta psicológica adversa
[1311] Adaptación al traslado	[0006] Energía psicomotora
[1409] Autocontrol de la depresión	[1204] Equilibrio emocional
[1410] Autocontrol de la ira	[1201] Esperanza
[1405] Autocontrol de los impulsos	[2005] Estado de salud del estudiante
[1408] Autocontrol del impulso suicida	[2602] Funcionamiento de la familia
[3102] Autocontrol: enfermedad crónica	[1502] Habilidades de interacción social
[1205] Autoestima	[1207] Identidad sexual
[1614] Autonomía personal	[1503] Implicación social
[2002] Bienestar personal	[2603] Integridad de la familia
[1215] Conciencia de uno mismo	[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida
[1629] Conducta de abandono del consumo de alcohol	[1208] Nivel de depresión
[1630] Conducta de abandono del consumo de drogas	[1212] Nivel de estrés
[1862] Conocimiento: manejo del estrés	[2102] Nivel del dolor
[1407] Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas	[2503] Recuperación tras el abuso: económico
[1608] Control de síntomas	[2502] Recuperación tras el abuso: emocional
[1605] Control del dolor	[2504] Recuperación tras el abuso: físico
[1902] Control del riesgo	[2505] Recuperación tras el abuso: sexual
[1903] Control del riesgo: consumo de alcohol	[2514] Recuperación tras un abuso
[1904] Control del riesgo: consumo de drogas	[1309] Resiliencia personal
[0123] Desarrollo: adulto joven	[1304] Resolución de la aflicción
[0121] Desarrollo: adulto mayor	[1310] Resolución de la culpa
[0109] Desarrollo infantil: adolescencia	[2108] Severidad de la retirada de sustancias
[1206] Deseo de vivir	[1203] Severidad de la soledad
[1908] Detección del riesgo	[2003] Severidad del sufrimiento
[2101] Dolor: efectos nocivos	[1504] Soporte social

Es de mencionar que dado las implicaciones cognitivas que presenta el paciente en primer estancia una vez estando hospitalizado y de haber pasado por una crisis que implica un intento el paciente no puede por sí mismo, por estas implicaciones cognitivas anteriormente descritas hacerse cargo de su

cuidado directamente por eso el apoyo interdisciplinar e involucrar a los familiares en su cuidado, y las implicaciones al establecer un NOC en estos casos implicaría que la enfermera se enfocara en unos indicadores que ella pueda integrar- manejar y que dependiendo de la evolución del paciente valla integrando a este en los que el paciente pueda involucrarse.

#### **6.7.4. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)**

Los diagnósticos enfermeros se utilizan para planear las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. La intervención es cualquier tratamiento basado en un juicio clínico y razonamiento, que realiza la enfermera para mejorar los resultados del paciente. La Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulecheck M. Gloria, 2014) es una taxonomía exhaustiva basada en la evidencia de intervenciones que las enfermeras realizan en diferentes escenarios de cuidado.

Las enfermeras realizan intervenciones independientes e interdisciplinarias utilizando el conocimiento de enfermería. En el caso de intervenciones de enfermería dirigidas al “Riesgo Suicida” se enlistan en la Tabla 6 las siguientes las cuales están asociadas al factor de riesgo para lo cual habrá que seleccionarlas dependiendo de los criterios de resultado que se pretendan lograr con el paciente.

En el contexto psiquiátrico donde la enfermera se encuentra frente a una conducta suicida, debe ser muy precisa de utilizar las intervenciones propias de su área de competencia a fin de caracterizar el cuidado.

Tabla 6. Principales de NIC en el riesgo suicida

[5330] Control del estado de ánimo	[4510] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
[6340] Prevención del suicidio	[6402] Apoyo en la protección contra abusos: niños
[4420] Acuerdo con el paciente	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo
[5240] Asesoramiento	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo
[7380] Asistencia para los recursos financieros	[5350] Disminución del estrés por traslado
[4640] Ayuda para el control del enfado	[4340] Entrenamiento de la asertividad
[5310] Dar esperanza	[7100] Estimulación de la integridad familiar
[5820] Disminución de la ansiedad	[5290] Facilitar el duelo
[5624] Enseñanza: sexualidad	[5280] Facilitar el perdón
[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad
[4380] Establecer límites	[7110] Fomentar la implicación familiar
[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	[2380] Manejo de la medicación
[5430] Grupo de apoyo	[6510] Manejo de las alucinaciones
[6610] Identificación de riesgos	[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales
[6160] Intervención en caso de crisis	[5390] Potenciación de la autoconciencia
[6486] Manejo ambiental: seguridad	[5400] Potenciación de la autoestima
[4354] Manejo de la conducta: autolesión	[5100] Potenciación de la socialización
[6450] Manejo de las ideas delirantes	[5370] Potenciación de roles
[1400] Manejo del dolor	[4700] Reestructuración cognitiva
[5230] Mejorar el afrontamiento	[7150] Terapia familiar
[4360] Modificación de la conducta	
[5340] Presencia	
[6420] Restricción de zonas de movimiento	
[5880] Técnica de relajación	
[5450] Terapia de grupo	

### **6.7.5. Plan de Cuidados de Enfermería.**

Según Griffith-Kenney y Christensen, el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/ cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”, es un documento resumen de la planeación que se pretende llevar a cabo con el paciente.

De acuerdo a la revisión realizada se planteó un plan de cuidados que involucra los factores de riesgo más frecuentemente utilizados en el área clínica sobre factores de riesgo modificables y donde enfermería puede actuar dentro del contexto hospitalario psiquiátrico y de estos se sugiere criterios de resultado e indicadores así como intervenciones que tengan congruencia y secuencia desde los factores de riesgo seleccionados. Este plan de atención tiene su origen de la revisión de expedientes clínicos que se señalan en el apartado de metodología y cuyos resultados son los que se mencionan en el siguiente apartado.

### 6.7.6. Resultados de revisión de expedientes.

En este apartado se describe la segunda etapa de la tesina que comprende la búsqueda del diagnóstico de enfermería “Riesgo de suicidó” para establecer un PLACE que contenga las características que se encuentran dentro del contexto del campo de enfermería psiquiátrica. El análisis y resultados de la revisión de expedientes del diagnóstico “Riesgo de Suicidio” en las notas de Enfermería se describen en los párrafos siguientes obtenidos a partir de la revisión de 33 expedientes.

La Tabla 1, presentan las distribución de variables demográficas por edad y sexo; el promedio de edad del grupo se encuentra entre los 19 a 29 años para ambos sexos, lo que denota una población joven, en edad reproductiva y productiva, también se puede observar que el sexo que más predominó fue el sexo femenino, la importancia que tiene respecto a la temática del suicidio es en relación a los factores de riesgo suicida que se reportan en las investigaciones donde a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años, en México se ha mantenido elevada, estadísticamente también se ha demostrado mayor tendencia a intentos suicidas más por mujeres en comparación con los hombres por lo que también es un dato a considerarse como parte de un factor de riesgo también.

**Tabla 1. Edad en grupos y sexo**

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
13 a 18	5	15	2	6	7	21
19 a 29	9	28	4	12	13	40
30 a 39	6	18	1	3	7	21
40 a 49	1	3	2	6	3	9
50 a 58	1	3	2	6	3	9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa, datos obtenidos de la revisión de expedientes de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017

Otra de las variables demográficas fue la de procedencia en la que se encontró que en primera instancia la mayoría provenían de la capital del estado San Luis Potosí y el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, seguido por otros municipios como: Rio Verde, Tamazunchale, cd Valles, Santa María del Rio, Villa de Arriaga, Villa de Reyes, también de procedencia foránea (Querétaro, Zacatecas).

Respecto a la ocupación se obtuvo que la mayoría se encontraba inactivos, sin embargo es importante resaltar que de las personas señaladas como inactivas, es decir que no contaban con algún empleo remunerado, un 18% lo abarcan las mujeres que se dedica a labores del hogar; según el INEGI los suicidios ocurridos y registrados en 2014, un importante porcentaje de la población que cometió suicidio registró no tener trabajo (32.3 por ciento), con esto se puede considerar a la actividad como factor protector para el riesgo suicida y por otro lado el desarrollar una actividad tiene impacto sobre la salud mental.

En cuanto al Diagnóstico Psiquiátrico el cual está representado en la Tabla 2, se puede observar que la mayor prevalencia la ocuparon los trastornos de estado del humor o la afectividad con un 67% (Código CIE-10: F33.0 F32.1 F32.2 F33.1 F34.1), seguido por trastorno de la personalidad emocionalmente inestable con un 15 % (Código CIE-10: F60.3) y los trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de sustancia psicoactivas con un 6%(Código CIE-10: F19.0). En el riesgo suicida, uno de los trastornos más frecuentemente asociados con este comportamiento es la depresión, ya que se calcula que el riesgo de suicidio para toda la vida es de un 4% entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo.(OMS, 2014).

**Tabla 2. Diagnostico psiquiátrico**

<b>Trastorno mental</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Trastornos del humor (afectivos)	22	67
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	5	15
Trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de sustancia psicoactivas	2	6
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	2	6
Trastornos mentales orgánicos	1	3
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia	1	3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

La comorbilidad psiquiatría es otro de los aspectos que se contempló en esta revisión, de la cual es importante señalar que el riesgo de comportamientos suicidas aumenta con la comorbilidad; las personas con más de un trastorno mental tienen riesgos significativamente mayores (OMS, 2014) , en la Tabla 3, el 46 % de los pacientes no tuvo ninguna comorbilidad psiquiátrica, mientras que más de la mitad si la tenían y representa el 54 %. Siendo el trastorno afectivo el diagnóstico más frecuente con 21% y el trastorno de personalidad con 18%, cabe mencionar que hay estudios que mencionan que existe una importante relación entre la conducta suicida y los trastornos de personalidad, en especial el trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association,2013)(S. Morales et al., 2017), de la comorbilidad psiquiátrica que le sigue fue el trastorno relacionado con sustancias con 9 % y por último los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con 6.0 %.

**Tabla 3. Comorbilidad Psiquiátrica**

<b>Trastorno Mental</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin comorbilidad	15	46
Trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de sustancia psicoactivas	3	9
Trastornos del humor (afectivos)	7	21
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	6	18
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	2	6
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

Dentro de la comorbilidad médica Tabla 4, se encontró que solo el 48% la presenta, mientras un 52% no tiene comorbilidad médica, y la que más se reporta es el sobrepeso y obesidad con un 21%, seguido por la epilepsia con 9%, VIH con 6% y también con un 6% dentro de una comorbilidad relacionada con el riesgo de suicida está Historia personal de lesión autoinflingida intencionalmente (CIE10: el Z91.5).

**Tabla 4. Comorbilidad medica**

<b>Diagnostico medico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin comorbilidad médica	17	52
Epilepsia	3	9
Hipertensión	1	3
Hipogonadismo- hipotrofico	1	3
Obesidad, sobrepeso	7	21
VIH	2	6
Historia personal de lesión autoinflingida intencionalmente	2	6
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de la CPDENP 01 de abril a 31de octubre de 2017.

En relación a los antecedentes suicidas como se puede observar en la Tabla No. 5, se encontró que más de la mitad de los expedientes revisados un 82% de los pacientes presentaron antecedentes de suicidio, donde el 67% representa al antecedente individual de haber cometido un intento suicida previo (se ha observado que personas después de haber realizado un intento de suicidio se encuentran 50 veces más expuestas a morir por suicidio dentro del año siguiente) (Ryan, Nielssen, Paton & Large, 2010)(S. Morales et al., 2017) ; el 12 % tuvo algún antecedente tanto familiar como individual de intentos suicidas, lo que implicaría que el riesgo aumenta y solo un 3 % con antecedente exclusivamente familiar, (tener antecedentes familiares de suicidio consumado se asocia con un riesgo de suicidio hasta cuatro veces mayor) (Runeson & Åsberg, 2003) . Es de destacar entonces, que los antecedentes de intentos suicidas son un aspecto muy relevante a contemplar por parte de la enfermera al momento de la valoración como factor de riesgo individual, dado que la presencia de la conducta suicida previa es quizás el mejor indicador de que un individuo tiene un alto riesgo de suicidio.(OMS, 2014).

**Tabla 5. Antecedentes de intentos suicidas**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin antecedente	6	18
Familiares	1	3
Individuales	22	67
Ambos	4	12
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la revisión de expedientes (UPIC) de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

Con relación al parentesco, de los datos revisados solo el 15% tiene antecedentes familiares de intentos suicidas, de los cuales el parentesco con hermanos fue el que más prevaleció con un 9 %, seguido de papa con un 3% y mama con el mismo porcentaje.

En cuanto al método suicida empleado, este dato fue obtenido de la historia clínica de los pacientes, el 54% presentó un intento suicida y fue el motivo por el cual se ingresó, en la Tabla 6 respecto a los métodos que se mencionan, se puede observar una variación en los mismos, tanto en hombres como en mujeres, en el caso de los hombres un 9% optó por el ahorcamiento, este método ha sido reportado como más utilizado estadísticamente con mayor frecuencia en este grupo (“Detalles de la publicación | OPS, Mortalidad por suicidio en las Américas, Informe Regional, 2014”, 2014) en comparación con las mujeres que emplearon como método mayoritario la ingesta de medicamentos, aunque es esta revisión el porcentaje de mujeres con intento de ahorcamiento fue del 3%. La mayoría de las personas que incurren en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de querer morir en el momento del acto, y algunos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos (OMS, 2014).

**Tabla 6. Métodos suicidas y género**

	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
<b>Métodos suicidas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin intento suicida	10	31	5	15	15	46
Ingesta de medicamentos	4	12	1	3	5	15
Ahorcamiento	1	3	3	9	4	12
Flebotomía	3	9	0	0	3	9
Saltar al vacío	3	9	1	3	4	12
Envenenamiento	1	3	0	0	1	3
Arma blanca	0	0	1	3	1	3
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la revisión de expedientes (UPIC) de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

Es de mencionar que, para el caso de aquellos usuarios que no presentaron intento suicida, se encontraron otros datos en las historias clínicas sugerentes de riesgo suicida tales como: iniciar con la despedida, idea suicida persistente,

amenaza con quitarse la vida, rumiación suicida, empezó a dejar de comer. Estos datos son importantes dentro de la valoración del riesgo.

**Tabla 7. Diagnóstico de Enfermería reportado en la hoja de plan de cuidados de enfermería al ingreso del paciente**

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Con Diagnostico de Riesgo de Suicidio	5	15
Con otro Diagnóstico	10	30
Sin Diagnóstico	18	55
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de los registros de Enfermería UPIC de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

El diagnóstico precoz a través de las valoraciones de enfermería y de los factores de riesgo es la mejor herramienta para la prevención del acto suicida (“Intervención de enfermería en pacientes con riesgo suicida en el Hospital Universitario Infanta Leonor - Documentos - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid”). Del Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de Suicidio” se presentó en un 15%, como se describe en la Tabla 7, en este apartado es de mencionar que el 85 % que no lo registran se observó en las revisiones de las notas fue porque registraron otro diagnóstico de enfermería 30% o bien no hay diagnóstico 55% en las notas iniciales, y de los que no registraron diagnóstico de enfermería al ingreso del paciente el 24% la tenían en notas subsecuentes del turno que le seguía en las 24 horas posterior a su ingreso del registro de un diagnóstico de enfermería.

Un dato importante a señalar es que los registros de enfermería con la metodología NANDA, NIC, NOC se iniciaron a partir del 01 de abril de 2017, a pesar de que se registraba otro diagnóstico o solo la nota de evolución el riesgo no pasa desapercibido hubo notas que describían en la valoración la presencia o ausencia de ideación o planeación, se registran como continuidad a sus cuidados notas como “no refiere idea suicida, no presenta ideación

suicida, niega idea suicida, se vigila por autolesionismo o por riesgo de suicidio” en los pacientes que ingresaron precisamente por haber presentado un acto suicida y por otro lado también se puede deducir que el diagnóstico de riesgo de suicidio dentro de la valoración que la enfermera realiza no lo considero prioritario.

Por lo que hubo varias situaciones quizás por las que la enfermera no empleo el diagnóstico, sin embargo si identifica que es de su competencia el valorar e intervenir en quienes presentaron el acto y tiene el antecedente.

Dentro de la información recolectada se contempló otros diagnósticos reportados Tabla 8, de los cuales fueron registrados al ingreso del paciente, de los cuales en la tabla se puede observar que hay gran variedad de los mismos, justificable en base a las necesidades detectadas en el momento, el único que coincide en frecuencia es el de control de impulsos ineficaz y el de trastorno de percepción sensorial con 6% respectivamente.

**Tabla 8. Otro diagnostico empleado por el personal de enfermería**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Aflicción crónica	1	3
Baja autoestima situacional	1	3
Control de impulsos ineficaz	2	6
Deterioro de la regulación del edo. animo	1	3
Riesgo de violencia dirigida a otros	1	3
Síndrome post trauma postviolacion	1	3
Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud	1	3
Trastorno de la percepción sensorial	2	6
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>30</b>

Fuente: Datos obtenidos de los registros de Enfermería UPIC de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

Del 15% que corresponde a 5 expedientes que registraron el diagnóstico “Riesgo de Suicidio”, también se revisaron los factores de riesgo mencionados en la Tabla 9, como se puede observar hay gran variedad en el uso de un factor de riesgo y varios factores de riesgo identificados por el personal de enfermería y el único que es en común entre todos es el de Antecedentes de intentos suicidas reportado en 3 ocasiones pero con diferente connotación no aplicada a NANDA (historia de intentos previos, intentos de suicidios previos), por lo que sería necesario unificar el registro de uno o varios factores de riesgo y recordar que estos mantienen mucha relación directa para la selección de los criterios de resultado NOC, NIC y centrarse también en los tiempo para llevar a cabo el proceso en su totalidad.

**Tabla 9. Factores de riesgo**

<b>Numero de Factores de riesgo</b>	<b>Factores de riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
2	Estado mental, evento traumático.	1	3
2	Expresa ideas de morir, abuso de sustancias.	1	3
3	Historia de intentos previos, impulsividad, desesperanza.	1	3
1	Historia de Intentos previos.	1	3
2	Intentos de suicidios previos e impulsividad	1	3
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>15</b>

Fuente: Datos obtenidos de los registros de Enfermería UPIC de la CPDENP 01 de abril a 31 de octubre de 2017.

Es de señalar que existió concordancia con los factores de riesgo del diagnóstico de un turno a otro donde hubo seguimiento al mismo, en este caso sólo se presentó en un registro.

Del total de expedientes donde sí se registró el diagnóstico riesgo de suicidio en relación a los factores de riesgo seleccionados con los criterios de resultado NOC y sus indicadores, se basó en la observación del factor de riesgo

identificado, en el caso de antecedentes de intentos suicidas es un factor de riesgo no modificable de acciones de enfermería al igual que el evento traumático, pero si a considerar como parte del riesgo, en el caso de: impulsividad, expresa deseos de morir, desesperanza, estado mental son factores de riesgo donde sí se puede establecer criterios dado la factibilidad de modificarse una vez que la enfermera los aborda, se obtuvo que en solo el 9% si hubo esa concordancia. Es de notar es que el uso de escalas para los indicadores fue limitado en unos no se registra o bien están incompletas ya que solo registran la puntuación inicial.

Los diagnósticos de enfermería guían a las intervenciones las cuales son importantes para ayudar a la persona a llevar a una calidad de vida. En relación con las NIC, encontradas en las notas donde hacen mención al diagnóstico riesgo de suicidio, la concordancia continúa en relación a los criterios de resultado y su selección de los indicadores, en un 9%, sin embargo se sigue enunciado la NIC como tal sin especificar qué actividades y en algunos se escribe el código NIC y en otros casos no.

Otro aspecto a contemplar dentro de la recolección de datos en la revisión es si los pacientes ingresados habían cometido Intentos suicidas ocurridos durante su hospitalización sin que se presentara ningún evento.

**PLACE “RIESGO DE SUICIDIO”**

Patrón: 10 <i>Afrontamiento/ tolerancia del estrés</i>	Dominio: 11 <i>Seguridad/ Protección</i>	Clase: 3 <i>Violencia</i>	Criterios de resultado		NOC	
			Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
<p>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</p> <p>Riesgo de suicidio: Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida</p> <p><b>Verbales</b> Amenaza con matarse Expresa deseos de morir</p>			<p>[1408] Autocontrol del impulso suicida: Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.</p>	<p>Expresa sentimientos, Verbaliza ideas de suicidio, si existente. Verbaliza control de impulsos, Revela planes de suicidio si existen. No intenta suicidarse Expresa esperanza No intenta causarse lesiones graves.</p>	<p>Escala m 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e <u>idealmente aumentarla.</u></p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
			<p>[1206] Deseo de vivir: Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir.</p>	<p>Expresión de determinación de vivir. Expresión de esperanza. Optimismo Sensación de control. Pensamientos suicidas. Interés por su propia enfermedad Interés por el propio tratamiento.</p>	<p>Escala a 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p>	

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[6340] Prevención del suicidio: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.</li> <li>• Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio.</li> <li>• Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, adicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).</li> <li>• Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo, si procede.</li> <li>• Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que el paciente no se guarda la medicación en la boca para más adelante intentar una sobredosis.</li> <li>• Proporcionar pequeñas cantidades de las medicaciones prescritas que pueden ser letales a los pacientes de riesgo, con el fin de reducir la oportunidad de suicidarse, según corresponda.</li> <li>• Implicar al paciente en la planificación de su propio tratamiento, según corresponda.</li> <li>• Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda.</li> <li>• Acordar con el paciente (verbalmente o por escrito), que no se "autolesionará" durante un período especificado de tiempo, volviéndolo a acordar a intervalos de tiempo especificados, según corresponda.</li> <li>• Colocar al paciente en el entorno menos restrictivo posible que permita el nivel necesario de observación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos. Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad a los otros cuidadores.</li> <li>• Iniciar las precauciones contra el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.</li> <li>• Continuar una valoración regular del riesgo de suicidio (como mínimo a diario) para ajustar adecuadamente las precauciones contra él.</li> <li>• Buscar si en el paciente recientemente hospitalizado y entre sus pertenencias personales hay armas/armas potenciales durante el procedimiento de admisión del paciente, según corresponda.</li> <li>• Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.</li> <li>• Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas con llave y sean irrompibles, según corresponda.</li> <li>• Limitar el uso de armas potenciales por el paciente (objetos afilados y similares a cuerdas).</li> <li>• Observar al paciente durante el uso de instrumentos/armas potenciales (maquinilla de afeitarse).</li> <li>• Utilizar intervenciones protectoras (restricciones de zonas, separación, barreras físicas), si el paciente carece de control para evitar lesionarse, según sea necesario.</li> <li>• Asignar al paciente hospitalizado una habitación situada cerca del control de enfermería para facilitar la observación, según corresponda.</li> </ul>

- Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad.
- Identificar las necesidades de seguridad inmediatas al negociar un contrato de no autolesión o seguridad.
- Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos acerca del contrato.
- Vigilar si el individuo presenta signos de incongruencia que puedan indicar falta de acuerdo para cumplir el contrato.
- Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide, cuando el contrato es de no autolesión o de seguridad (p. ej., aumentar la observación, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionarse).
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.
- Utilizar una forma de hablar directa y sin prejuicios para hablar sobre el suicidio.
- Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
- Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suicidio manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.
- Discutir planes para afrontar a las ideas suicidas en el futuro (p. ej., factores precipitantes, con quién contactar, dónde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión).
- Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo (p. ej., sacerdote, familia, proveedores de cuidados).
- Aumentar la vigilancia de los pacientes hospitalizados en los momentos en que se sabe que la cantidad de personal es inferior (reuniones de enfermería, cambió de turno, horas de comer del personal, durante la noche, fin de semana, momentos de caos en la unidad de enfermería).
- Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos (poner un cuidador).
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio de estado de ánimo o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.
- Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de seguridad al paciente/familia/allegados (propósito, duración, expectativas conductuales y consecuencias de la conducta).
- Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñanza sobre la enfermedad/medicación, reconocimiento del aumento del riesgo de suicidio, planificación del paciente para enfrentarse a los pensamientos de autolesión, recursos comunitarios).
- Remitir al paciente a un especialista de cuidados de salud mental (psiquiatra o enfermera experimentada en salud mental/psiquiátrica) para la evaluación y el tratamiento de la ideación y conducta suicida, según sea necesario.
- Consultar con el equipo terapéutico antes de modificar las precauciones contra el suicidio.

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[4354] Manejo de la conducta: autolesión: Ayudar al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s).</li> <li>• Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta al paciente.</li> <li>• Retirar los objetos peligrosos del entorno del paciente.</li> <li>• Utilizar, sujeciones que limiten la movilidad y la capacidad de iniciar autolesiones.</li> <li>• Disponer vigilancia continua del paciente y de su entorno.</li> <li>• Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.</li> <li>• Instruir al paciente en estrategias de afrontamiento (entrenamiento asertivo, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), según corresponda.</li> <li>• Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión.</li> <li>• Establecer un trato con el paciente, si resulta oportuno, "para que no se autolesione".</li> <li>• Animar al paciente a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse.</li> <li>• Enseñar y reforzar al paciente conductas de afrontamientos eficaces, así como una forma adecuada de expresar los sentimientos.</li> <li>• Administrar medicamentos, según corresponda, para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación.</li> <li>• Al tratar con conductas de peligro de autolesión, el enfoque debe ser sereno y no punitivo.</li> <li>• Evitar dar un refuerzo positivo a la conducta de autolesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar las consecuencias predeterminadas si el paciente se involucra en conductas de autolesión.</li> <li>• Colocar al paciente en un entorno más protector (restricción de zona y aislamiento) si aumentan los impulsos/conductas de autolesión.</li> <li>• Ayudar al paciente, según sea el nivel de función cognitiva, a identificar y asumir la responsabilidad de las consecuencias de su conducta (que se vende él mismo las heridas autoinfligidas).</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las situaciones y sentimientos desencadenantes que provoquen la conducta de autolesión.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las estrategias de afrontamiento más apropiadas que pudieran utilizarse y sus consecuencias.</li> <li>• Observar si se producen efectos secundarios derivados de la utilización de fármacos en el paciente y los resultados esperados.</li> <li>• Proporcionar a la familia/allegados directrices sobre el control de la conducta de autolesión fuera del entorno asistencial.</li> <li>• Proporcionar al paciente/allegados información sobre la enfermedad si la conducta de autolesión tiene una base de patológica (trastornos de personalidad límite o autismo).</li> <li>• Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/tentativas de suicidio.</li> </ul>

Patrón: 10 Afrontamiento/ tolerancia del estrés	Dominio: 11 Seguridad/ Protección	Clase: 3 Violencia	Criterios de resultado NOC			
			Indicador (NOC)	Resultado	Escala de medición	Puntuación diana
<p><b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b></p> <p>Riesgo de suicidio: Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida</p> <p>Factor de riesgo:</p> <p><b>Conductuales</b> Cambios notables en la actitud, conducta Impulsividad</p>			<p>[1408] Autocontrol del impulso suicida: Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.</p>	<p>Expresa sentimientos. Verbaliza ideas de suicidio si existente. Revela planes de suicidio si existen. No intenta suicidarse. Verbaliza control de impulsos Mantiene el autocontrol sin supervisión.</p>	<p>Escala m 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
			<p>[1405] Autocontrol de los impulsos: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.</p>	<p>Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas. Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás. Verbaliza control de los impulsos.</p>		<p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e <u>idealmente aumentarla.</u></p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.</li><li>• Utilizar un plan de modificación de la conducta que sea apropiado para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.</li><li>• Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficios.</li><li>• Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.</li><li>• Ayudar al paciente a evaluar el resultado del curso de acción elegido.</li><li>• Proporcionar un refuerzo positivo (alabar y recompensar) de los resultados satisfactorios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Animar al paciente a recompensar a sí mismo por los resultados satisfactorios.</li><li>• Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes.</li><li>• Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas (juego de rol) dentro del ambiente terapéutico.</li><li>• Proporcionar modelos que muestren los pasos de la estrategia de solución de problemas en el contexto de situaciones que tengan sentido para el paciente.</li><li>• Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.</li></ul>

Patrón: 10 Afrontamiento/ tolerancia del estrés	Dominio: 11 Seguridad/ Protección	Clase: 3 Violencia	Criterios de resultado		NOC	
			Indicador (NOC)	Resultado	Escala de medición	Puntuación diana
<p><b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b></p> <p>Riesgo de suicidio: Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida</p> <p>Factor de riesgo:</p> <p><b>Psicológicos</b> Culpa Trastorno psiquiátrico</p> <p><b>Situacionales</b> Pérdida de autonomía</p>			<p>1310] Resolución de la culpa: Acciones personales para ajustar pensamientos intensos y frecuentes, sentimientos y comportamientos debidos a una autoculpabilización real o sentida.</p>	<p>Expresa las causas de la culpa, Identifica y comparte los sentimientos de culpa, Identifica la culpa como una reacción común, Identifica los pensamientos irracionales, Utiliza estrategias para disminuir la culpa Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces, Expresa menor preocupación por la culpa.</p>	<p>Escala m 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</u></p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
			<p>[1208] Nivel de depresión: Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.</p>	<p>Estado de ánimo deprimido, Pérdida de interés por actividades, Ausencia de placer con actividades, Expresión de culpa, Culpabilidad excesiva, inapropiada o excesiva, Expresión de sentimientos de indiferencia, Tristeza, Crisis de llanto, Soledad, Baja autoestima, Irritabilidad, Escasa higiene/cuidado personal, Disminución del apetito,</p>	<p>Escala n 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>	
			<p>1614] Autonomía personal: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p>	<p>Afirma las preferencias personales, Participa en las decisiones de los cuidados de salud, Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.</p>	<p>Escala m 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado</p>	

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa: Ayudar a una persona a afrontar los sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.</li><li>• Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.</li><li>• Ayudar al paciente/familiares a identificar su comportamiento en la situación de culpa.</li><li>• Ayudar al paciente/familia a entender que la culpa es una reacción común a trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes.</li><li>• Utilizar una prueba de realidad para ayudar al paciente/familia a identificar posibles creencias irracionales.</li><li>• Ayudar al paciente/familia a identificar proyecciones destructivas de sentimientos hacia otras personas que comparten la responsabilidad de la situación.</li><li>• Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar el consejo genético, según corresponda.</li><li>• Derivar al paciente/familia al grupo adecuado de trauma, abuso, duelo, enfermedad, cuidador o supervivientes en busca de educación y apoyo.</li><li>• Facilitar el apoyo espiritual, según corresponda.</li><li>• Enseñar al paciente a utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y de sustitución del pensamiento, junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.</li><li>• Dirigir al paciente por los pasos del auto perdón cuando la propia culpa es válida.</li><li>• Ayudar al paciente/familia a identificar las opciones de prevención, restitución, expiación y resolución, según corresponda.</li></ul>

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[5400] Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.</li> <li>• Determinar el locus de control del paciente.</li> <li>• Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</li> <li>• Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</li> <li>• Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.</li> <li>• Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>• Abstenerse de realizar críticas negativas.</li> <li>• Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.</li> <li>• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> <li>• Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</li> <li>• Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.</li> <li>• Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</li> <li>• Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de compañeros sobre los sentimientos de su autovalía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar los logros de éxitos anteriores.</li> <li>• Explorar las razones de la autocrítica o culpa.</li> <li>• Animar al paciente a evaluar su propia conducta.</li> <li>• Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</li> <li>• Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.</li> <li>• Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, sexo y edad en la autoestima.</li> <li>• Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos.</li> <li>• Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.</li> <li>• Enseñar a los padres a reconocer los logros de sus hijos.</li> <li>• Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.</li> <li>• Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.</li> <li>• Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</li> <li>• Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</li> </ul>

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[5310] Dar esperanza: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>• Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.</li> <li>• Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.</li> <li>• Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.</li> <li>• Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.</li> <li>• Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.</li> <li>• Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.</li> <li>• Evitar disfrazar la verdad.</li> <li>• Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.</li> <li>• Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia.</li> <li>• Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear una revisión guiada de la vida y/o la reminiscencia, según corresponda.</li> <li>• Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.</li> <li>• Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.</li> <li>• Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.</li> <li>• Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).</li> <li>• Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.</li> <li>• Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.</li> </ul>

Patrón: 10 Afrontamiento/ tolerancia del estrés	Dominio: 11 Seguridad/ Protección	Clase: 3 Violencia	Criterios de resultado NOC			
			Indicador (NOC)	Resultado	Escala de medición	Puntuación diana
<p><b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b></p> <p>Riesgo de suicidio: Vulnerable a una lesión autoinflingida que pone en peligro la vida</p> <p><b>Sociales</b> Apoyo social insuficiente Desamparo Desesperanza Soledad</p>			<p>[1504] Soporte social: Ayuda fiable de los demás.</p>	<p>Refiere relaciones de confianza, Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita, Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas, Refiere una red social de ayuda, Refiere una red social estable</p>	<p>Escala f 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
			<p>[1201] Esperanza: Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</p>	<p>Expresión de una orientación futura positiva, Expresión de ganas de vivir, Expresión de razones para vivir, Expresión de significado de la vida, Demostración de entusiasmo por la vida, Establecimiento de objetivos</p>	<p>Escala m 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</u></p>
			<p>[1203] Severidad de la soledad: Gravedad de los signos y síntomas emocionales, sociales o existenciales de aislamiento.</p>	<p>Sensación de desesperanza, de no pertenencia, de pérdida debido a la separación de otra persona, de no ser comprendido de ser excluido, Dificultad para superar la separación, Fluctuaciones en el estado de ánimo, Falta de asertividad</p>		<p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[5100] Potenciación de la socialización: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas.</li> <li>• Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> <li>• Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</li> <li>• Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</li> <li>• Fomentar el compartir problemas comunes con los demás.</li> <li>• Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.</li> <li>• Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.</li> <li>• Fomentar el respeto de los derechos de los demás.</li> <li>• Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.</li> <li>• Permitir que se prueben los límites interpersonales.</li> <li>• Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades.</li> <li>• Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.</li> <li>• Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.</li> <li>• Enfrentar al paciente con sus trastornos del juicio, cuando corresponda.</li> <li>• Solicitar y esperar comunicaciones verbales.</li> <li>• Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.</li> <li>• Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.</li> <li>• Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.</li> <li>• Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.</li> <li>• Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.</li> <li>• Facilitar el uso de ayudas para déficits sensoriales como gafas y audífonos.</li> <li>• Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.</li> <li>• Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias.</li> </ul>

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[7100] Estimulación de la integridad Familiar: Favorecer la cohesión y unidad familiar.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar a los miembros de la familia.</li> <li>• Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.</li> <li>• Determinar la comprensión familiar de la dolencia.</li> <li>• Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrealistas de culpa o responsabilidad, si está justificado.</li> <li>• Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.</li> <li>• Comprobar las relaciones familiares actuales.</li> <li>• Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia.</li> <li>• Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.</li> <li>• Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.</li> <li>• Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso.</li> <li>• Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.</li> <li>• Proporcionar intimidad a la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a los miembros de la familia de que la utilización de expresiones típicas de afecto en un entorno hospitalario es segura y aceptable.</li> <li>• Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.</li> <li>• Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de éste.</li> <li>• Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.</li> <li>• Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.</li> <li>• Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.</li> <li>• Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado.</li> <li>• Facilitar las visitas familiares.</li> <li>• Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares.</li> <li>• Remitir a terapia familiar, si es preciso.</li> <li>• Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.</li> </ul>

Intervenciones de enfermería (NIC)	
[5310] Dar esperanza: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>• Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.</li> <li>• Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.</li> <li>• Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.</li> <li>• Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.</li> <li>• Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.</li> <li>• Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.</li> <li>• Evitar disfrazar la verdad.</li> <li>• Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.</li> <li>• Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia.</li> <li>• Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear una revisión guiada de la vida y/o la reminiscencia, según corresponda.</li> <li>• Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.</li> <li>• Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.</li> <li>• Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.</li> <li>• Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).</li> <li>• Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.</li> <li>• Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.</li> </ul>

Referencias bibliográficas y electrónicas:

- NANDA Internacional, Heather Herdman, & Shigemi Kamitsuru. (2015). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2015-2017 (Tercera Edición). Elsevier.
- Moorhead. Sue. (2013). Clasificación de resultados de Enfermería NOC (5ta ed.). ELSEVIER.
- Bulechek M. Gloria. (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (6ta ed.). ELSEVIER.
- Comisión Permanente de Enfermería. (2011, enero). Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Secretaria de salud.
- NNNConsult. [www.nnnconsult.com.creativaplus.uaslp.mx](http://www.nnnconsult.com.creativaplus.uaslp.mx)

Participantes:

- L.E. Laura Jacobo Jacobo
- MEyAs. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

## **6.7. Ejecución.**

Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados (PLACE) para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación. Durante esta etapa en que se pone en contacto con el paciente directamente para llevar el cuidado hay que tener ciertas consideraciones de acuerdo a los diferentes grupos de edad en donde se puede presentar esta conducta ya que dependiendo de la etapa de ciclo vital que este cursando con la información anteriormente descrita nos puede dar pauta sobre ciertas consideraciones específicas a contemplar y de tener cuidado por el riesgo que implica.

### **6.8.1. Consideraciones en general por grupos de edad.**

Infancia: algunos factores que favorecen el suicidio en niños son los antecedentes en los padres, los ambientes familiares caóticos, condiciones de maltrato, la reacción de sentimientos de desintegración interna, manipulación estas condiciones se pueden presentar en la forma de regaños por los fracasos escolares, castigos de los padres o situaciones de confusión extrema, de los sentimientos y el deseo de reunirse con un pariente fallecido. Para entender la muerte como el suicidio en los niños es necesario considerar su etapa de desarrollo y su concepto de la muerte. Una forma de detectar riesgo de suicidio en los niños es identificar la naturaleza de sus dibujos y de sus relaciones afectivas con sus padres (relación afectiva y reconocimiento de logros del menor). Desde el segundo hasta el sexto año de vida, la independencia y la movilidad del niño se incrementan, el infante explora el medio y su curiosidad excede su habilidad para detectar riesgos, por lo que la supervisión del adulto y la garantía de un ambiente seguro son fundamentales. Algunos estudios indican que el riesgo es mayor en niños de familiar con problemas de abuso y consumo de sustancias. (Fernando Quintanar, 2007a)

En adolescentes de acuerdo a un estudio llevado por Simón A, Sanchis F., 2010 en una investigación sobre el perfil personal de los adolescentes con ideas suicidas en España, los autores descubrieron que tienen tendencia a la introversión, muestran dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amigos porque no confían en la amistad de los otros. Al mismo tiempo que son vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se enfrentan a situaciones difíciles, llegando a negarse al placer, intensificando aspectos negativos de su vida. En la línea de las preocupaciones que expresan se sienten inseguros consigo mismos, desanimados, confundidos con su identidad y no se aceptan. Han sufrido situaciones violentas, de abusos, de estrés en la familia y la falta de comunicación y afecto, situaciones que les ha llevado a la no aceptación de su ser y del entorno. Son jóvenes que consumen alcohol, drogas o fuman en exceso. También muestran impulsividad/tensión e indecisión. El humor deprimido está presente y piensan en la propia muerte o en lesionarse como salida a sus situaciones de dolor (Cabodevilla & Cordellat, 2010)

Entre las características de personalidad de los adolescentes suicidas se ha detectado impulsividad, dificultad para manejar la agresión y aislamiento social. Al estudiar la relación entre personalidad y tendencia de antecedentes de violencia familiar, abandono, abuso sexual y adicciones, Brezo, Paris y Tureckis conformaron tres constelaciones en la personalidad del adolescente suicida que se correlacionan con esta tendencia. La primera se caracteriza por agresividad e impulsividad combinada con una hipersensibilidad a eventos de vida menores; la segunda, por narcisismo y perfeccionismo e incapacidad de tolerar el más mínimo fracaso con una estructura de personalidad esquizoide subyacente y, la tercera, por desesperanza con una depresión subyacente.(Cabodevilla & Cordellat, 2010)

En la edad adulta, las características a considerar varían mucho de las necesidades percibidas por el individuo tanto en hombres como en mujeres sus expectativas de vida, logros alcanzados, establecimiento o formalización de relaciones sociales y sentimentales, la presencia de hijos, u incursión laboral, es un grupo donde recae mayor responsabilidad social, son los que tiene mayor participación laboral. (Fernando Quintanar, 2007)

Pacientes mayores las circunstancias particulares de la etapa final de la vida, con sus pérdidas, aislamiento, deterioro cognitivo, favorecen la generación de situaciones desencadenantes. Este contexto debe ser tenido particularmente en cuenta al tratar a este grupo de pacientes.

Es de gran importancia la valoración individual continua de manera particular considerando la etapa de ciclo de vida que este cursando por las diferentes circunstancia y contextos que se pueden presentar y estar sensibles como personal a ellos parte de la responsabilidad profesional para poder interaccionar y establecer la comunicación necesaria evitar el riesgo y ayudar en futuros intentos.

### **6.8.2. Aspectos éticos legales de los cuidados**

A nivel internacional la Joint Commission International (JCI) trabaja para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en la comunidad internacional a través de la provisión de educación, publicaciones, consultas y servicios de evaluación. Ha publicado información adicional sobre la evaluación del riesgo de suicidio en alertas de eventos de centinela:

- Suicidios en pacientes hospitalizados: recomendaciones para la prevención
- Detectar y tratar la idea de suicidio en todos los entornos
- Suicidios en pacientes hospitalizados: recomendaciones para la prevención

-Un informe de seguimiento sobre la prevención del suicidio: enfoque en las unidades médicas / quirúrgicas y el departamento de emergencias.

En este tipo de eventos centinela destaca las recomendaciones para la evaluación, la evaluación de riesgos, la seguridad, el tratamiento, el alta y la atención de seguimiento para las personas en riesgo de suicidio, pone a disposición una serie de recursos y prácticas que están disponibles para el campo de la atención médica en apoyo de estas recomendaciones uno de ellos el Sentinel Event Alert Issue 56: detección y tratamiento de ideación suicida en todos los entornos, través de esta alerta, The Joint Commission tiene como objetivo ayudar a toda la atención de la salud organizaciones que brindan atención tanto para pacientes internados como para pacientes ambulatorios para identificar y tratar a las personas con ideación suicida.

En México recientemente en el boletín del centro colaborador de calidad y seguridad en el paciente-CONAMED-OPS en la edición septiembre-octubre 2017, se menciona la importancia de hacer hincapié en los protocolos a seguir con respecto al diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida rescata que para dar consistencia y continuidad a largo plazo a las orientaciones de política por lo que se encuentra sustentada su atención en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Además, en la Ley General de Salud en el Artículo 2° refiere que dentro de las finalidades del derecho a la protección de la salud se encuentran el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. Como una herramienta auxiliar a la Ley General de Salud en México, la Norma Oficial Mexicana para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica NOM-025-SSA2-2014 tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Menciona que resulta necesario hacer mayor énfasis en

disminuir el estigma entorno al suicidio y fortalecer la estructura del sistema de salud para cubrir las necesidades de estos ciudadanos que requieren de una atención que integral (CONAMED-OPS, 2017).

La comisión permanente de enfermería en el lineamiento general para la elaboración de Planes de Cuidados de enfermería señala que como parte del programa: “Calidad de los servicios de enfermería y seguridad de los pacientes. Una prioridad para enfermería” que han impulsado las instituciones sanitarias, educativas y de organización profesional, se tiene como propósito contribuir en la disminución de eventos adversos, así como también dentro de los dichos proyectos una de las vertientes señala la calidad técnica y seguridad del paciente. Se encarga de los aspectos relacionados con los servicios efectivos, seguros y eficientes otorgados por los profesionales de la salud, que atañen a la seguridad de los pacientes e incluyen la mejora continua de los servicios de salud, la reducción de eventos adversos, la aplicación de la medicina basada en la evidencia y la estandarización de los cuidados de enfermería. ;(Comisión Permanente de Enfermería, 2011)

Con lo que respecta a la competencia de enfermería en relación a la seguridad del paciente, hacia este tipo de circunstancias tiene un peso importante que puede conducir a problemas éticos legales. La NOM-025-SSA2-2014 este apartado corresponde al punto 5.7.7 en el que se establece que el personal que labora en las unidades para la prestación de servicios médico-psiquiátricos tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios. Actualmente en la NOM-025-SSA2-2014 Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-psiquiátrica este apartado corresponde al 5.3.10.4 que menciona las actividades en el Área de Enfermería enfocadas a la seguridad como lo son en su incisos: a) cuidado integral con base a las necesidades de bienestar o

conservación de la vida y necesidades de curación; c) manejo de urgencias; e) manejo de seguridad del usuario (DOF - Diario Oficial de la Federación, s/f)

Las repercusiones medico legales a los que puede hacerse acreedor el personal de enfermería hacia este grupo de pacientes (conducta suicida) al infringir en los lineamientos señalados con anterioridad puede dar lugar: violaciones a los Derechos Humanos, demandas de responsabilidad profesional.

### **6.8. Evaluación.**

Es la última etapa del proceso cuidado enfermero se evalúa el progreso hacia el logro de los resultados esperados. Durante el paso de evaluación, la enfermera mide el éxito de las intervenciones para cumplir los criterios de resultado. La respuesta del cliente al tratamiento está documentada, validando el uso del proceso de enfermería en la prestación de la atención. Los diagnósticos, los resultados y el plan de atención se revisan y revisan a medida que la evaluación determina la necesidad. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

La evaluación de las acciones de enfermería está dirigida al logro de los resultados establecidos. Parte del proceso de evaluación es la reevaluación continua para garantizar que las acciones seleccionadas sean apropiadas y los objetivos y resultados sean realistas. Se realizan modificaciones al plan de cuidado a medida que se determina la necesidad

Al final debe haber una evolución de cada paso del proceso de enfermería, al igual cuando se halla implementado el cuidado, se deben hacer preguntas constantes como:

¿Qué datos pudieron haber pasado por alto?

¿Se está haciendo un juicio adecuado?

¿Estoy segura de este diagnóstico?

¿Necesito consultar a alguien más?

¿Son adecuados los resultados establecidos dados los recursos disponibles y la realidad del paciente?

¿La intervención está basada en la evidencia o en la tradición?

¿En el proceso los NOC serán utilizados para evaluar los criterios de resultados centrados en el paciente en base a la etiqueta diagnóstica y la intervención?

En la evaluación del Riesgo de Suicidio se realizara en base a los NOC planteados y comparando las puntuaciones de los mismos, si se mantuvieron o bien se avanzó en las mismas, si se cumplió en objetivo de enfermería establecido como parte del plan de cuidados centrado en que no se presente la conducta suicida y proporcionar el bienestar que el paciente necesita.

## VII. CONCLUSIONES

- Existe evidencia científica de que el riesgo suicida está asociado a los trastornos mentales, por lo que el personal de enfermería del área psiquiátrica requiere dirigir sus intervenciones hacia la detección oportuna y el control del riesgo.
- El suicidio puede ser prevenible siempre que existan intervenciones específicas, interdisciplinarias e intersectoriales dirigidas a la promoción de la salud mental, identificación de factores de riesgo y la atención oportuna.
- Existe concordancia entre los factores de riesgo suicida reportados en la literatura y lo observado en la práctica clínica, sin embargo existe dificultad para su detección y evidencia en los registros enfermeros.
- El personal de enfermería requiere adquirir y actualizar sus conocimientos en el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC a través de la capacitación continua así como la presentación y discusión de casos clínicos.
- Actualmente las políticas de evaluación de la calidad de la atención exigen el registro del proceso cuidado enfermero, por lo que es necesaria su vinculación entre la formación y la práctica profesional, lo que implica una estrecha coordinación entre la academia y las instituciones de salud.
- Para el personal de enfermería es imprescindible contar con herramientas prácticas que favorezcan la detección oportuna del riesgo suicida, agilice su registro y privilegie la ejecución y continuidad de las intervenciones, el plan de cuidados estandarizado contribuye al logro de dicho objetivo.
- La presente tesina contribuye a reunir evidencia de la práctica del proceso cuidado enfermero y la atención a la conducta suicida, de

manera que es posible la continuidad de la investigación en relación a profundizar en los aspectos epidemiológicos que caracterizan este fenómeno, así como también ofrece la oportunidad de desarrollar proyectos que favorezcan el diseño de algoritmos de atención, intervenciones basadas en la evidencia científica y el diseño de plan de alta focalizada en la prevención del riesgo suicida entre otros.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alligood, Martha, & Tomey Marriner. (2011). *Modelos y teorías de enfermería*. (2011a ed.). Elsevier MOSBY.

Banco de Instrumentos Basicos para la Practica de la Psiquiatria Clinica + Cd-Rom. (s/f). Recuperado el 16 de enero de 2018, a partir de <http://www.axon.es/Axon/LibroFicha.asp?Libro=101236>

Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida. (s/f). Recuperado el 16 de enero de 2018, a partir de <https://psiquiatria.com/sin-categoria/bases-biologicas-del-suicidio-y-la-conducta-suicida/>

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(4), 386–395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>

Bulecheck M. Gloria. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC* (6ta ed.). ELSEVIER.

Cabodevilla, A. S., & Cordellat, F. S. (2010). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 28(3), 443–455.

- Cardona, B., Yohanna, E., Villalba, M., & Esther, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 9(2), 179–201.  
<https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Cayon, A. (2015, septiembre 30). Regional Conference on Mental Health - Santiago de Chile 13-15 October 2015 | PAHO WHO. Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11304%3Aregional-conference-on-mental-health-santiago-de-chile-13-15-october-2015&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=0&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11304%3Aregional-conference-on-mental-health-santiago-de-chile-13-15-october-2015&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=0&lang=fr)
- Comisión Permanente de Enfermería. (2011, enero). Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Secretaria de salud.
- CONAMED-OPS. (2017, octubre). Boletín del centro colaborador de calidad y seguridad en el paciente, 2(14), 28–30.
- Cuidados de enfermería en salud mental 2ED. (2010). Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de <https://pearson.es/espa%C3%B1a/TiendaOnline/cuidados-de-enfermeria-en-salud-mental-2ed>
- De Berardis, D., Marini, S., Piersanti, M., Cavuto, M., Perna, G., Valchera, A., ... Di Giannantonio, M. (2012). The Relationships between Cholesterol and Suicide: An Update [Research article].  
<https://doi.org/10.5402/2012/387901>

Desmyter, S., van Heeringen, C., & Audenaert, K. (2011). Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(4), 796–808. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.12.026>

Detalles de la publicación | OPS, Mortalidad por suicidio en las Américas, Informe Regional, 2014. (2014, octubre 21). Recuperado el 18 de enero de 2018, a partir de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=27709&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27709&Itemid=270&lang=es)

DOF - Diario Oficial de la Federación. (s/f). NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. Recuperado el 19 de febrero de 2018, a partir de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015)

Fernando Quintanar. (2007a). *Comportamiento suicida: Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. PAX MEXICO.

Fernando Quintanar. (2007b). *Comportamientos suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. (1a ed.). Pax Mexico.

Geografía (INEGI), I. N. de E. y. (s/f). Mapas. Climatológicos. Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de [http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=75ada3fe-1e52-41b3-bf27-4cda26e957a7&db=Mortalidad&px=Mortalidad\\_7](http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=75ada3fe-1e52-41b3-bf27-4cda26e957a7&db=Mortalidad&px=Mortalidad_7)

Guibert Reyes, W. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS.

*Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 149–154.

Intervención de enfermería en pacientes con riesgo suicida en el Hospital Universitario Infanta Leonor - Documentos - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (s/f). Recuperado el 18 de enero de 2018, a partir de <http://www.codem.es/documentos-2/intervencion-de-enfermeria-en-pacientes-con-riesgo-suicida-en-hospital-universitario-infanta-leonor>

Ix Tab. La de la cuerda. Dioses Mayas. Revista La Sabiduría del Ser 43. (s/f).

Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de

[http://www.samaelgnosis.net/revista/ser43/ix\\_tab.html](http://www.samaelgnosis.net/revista/ser43/ix_tab.html)

Joana Fornes Vives. (2011). *Enfermería de salud mental y psiquiatría*

*Valoración y cuidados*. (Segunda edición). Panamericana.

López, G., & Alexandra, M. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *rev. cuid. (Bucaramanga. 2010)*, 1108–1120.

Lorena Cecilia López Steinmetz. (2017, junio). FACTORES

PSICOPATOLÓGICOS DE RIESGO EN INTENTOS DE SUICIDIO.

Recuperado el 13 de febrero de 2018, a partir de

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212017000100089](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212017000100089)

Martin, G. H. (2016). Reseña del libro “La depresión y otros trastornos

psiquiátricos. Documento de postura”. María Elena Medina Mora, Elsa

Josefina Sarti Gutiérrez, Tania Real Quintanar. Academia Nacional de Medicina, Colección de Aniversario. Ciudad de México, México 2016.  
*Salud Mental*, 39(6), 321–322.

Messaoud, A., Mensi, R., Mrad, A., Mhalla, A., Azizi, I., Amemou, B., ...

Gaha, L. (2017). Is low total cholesterol levels associated with suicide attempt in depressive patients? *Annals of General Psychiatry*, 16, 20.  
<https://doi.org/10.1186/s12991-017-0144-4>

Moorhead. Sue. (2013). *Clasificación de resultados de Enfermería NOC* (5ta ed.). ELSEVIER.

Morales, J. M. C. (2001). Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Psiquiátrico “Villahermosa”. *Salud en Tabasco*, 7(1), 363–365.

Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M. de la P., Armijo, I., Fischman, R., ... Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psykhe*, 26(1).  
<https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.939>

Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Zuloaga, F., & Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV(3), 245–258.

Mortalidad por suicidio en las Americas; informe regional. (2014). OPS-OMS.  
Recuperado a partir de

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&i](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&i)

d=10114:2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-  
americas&Itemid=1926&lang=es

NANDA Internacional, Heather Herdman, & Shigemi Kamitsuru. (2015).

*Diagnosticos Enfermeros Definiciones y clasificacion 2015-2017*

(Tercera Edicion). Elsevier.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S.

(2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1),

133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

OMS. (2006). Prevención del suicidio recurso para consejeros. Recuperado a

partir de

[http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf)

OMS. (2014). OMS | Prevención del suicidio. Recuperado el 15 de enero de

2018, a partir de [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)

[prevention/world\\_report\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)

OMS. (2016). Preventing suicide A community engagement toolkit Pilot

version 1.0. Recuperado a partir de

[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/)

[prevention/community\\_engagement\\_toolkit\\_pilot/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/)

OMS. (2017, mayo 17). GHO | By category | Suicide rates, crude - Data by

country. Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>

OMS | Suicidio. (2017). Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de

<http://www.who.int/topics/suicide/es/>

PAHO/WHO IRIS | Guía de intervención mhGAP para los trastornos

mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 - 2017-05. (s/f).

Recuperado el 6 de febrero de 2018, a partir de

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior.

*Bipolar disorders*, 15(5), 524–541. <https://doi.org/10.1111/bdi.12089>

Pérez Barrero, Sergio A. (2005, septiembre). Los mitos sobre el suicidio. La

importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,

XXXIV(núm. 3), 386–394.

Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007).

Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA):

Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk

Analysis of Antidepressants. *The American journal of psychiatry*,

164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.7.1035>

Presidencia de la República. (s/f). Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.

Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de

[http://www.gob.mx/presidencia/acciones-y-programas/plan-nacional-](http://www.gob.mx/presidencia/acciones-y-programas/plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018-78557)

[de-desarrollo-2013-2018-78557](http://www.gob.mx/presidencia/acciones-y-programas/plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018-78557)

*Prevención de la conducta suicida*. (2016). OPS. Recuperado a partir de

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31167>

Salicrú Puigvert, C. (1924). Análisis del suicidio : monografía sobre el suicidio

sus causas y remedios. Recuperado a partir de

<http://www.cervantesvirtual.com/obra/analisis-del-suicidio--monografia-sobre-el-suicidio-sus-causas-y-remedios/>

Salud, O. P. de la. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes.

Estimaciones sanitarias mundiales. *PAHO/WHO Institutional Repository*. Recuperado a partir de

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006>

Steinmetz, L., Cecilia, L., Steinmetz, L., & Cecilia, L. (2017). FACTORES PSICOPATOLÓGICOS DE RIESGO EN INTENTOS DE SUICIDIO.

*Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89–100.

<https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1350>

Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature*

*Reviews. Neuroscience*, 15(12), 802–816.

<https://doi.org/10.1038/nrn3839>

WHO | Preventing suicide: a community engagement toolkit Pilot version 1.0.

(s/f). Recuperado el 15 de enero de 2018, a partir de

[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/)

[prevention/community\\_engagement\\_toolkit\\_pilot/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/)

Zai, C. C., de Luca, V., Strauss, J., Tong, R. P., Sakinofsky, I., & Kennedy, J.

L. (2012). Genetic Factors and Suicidal Behavior. En Y. Dwivedi (Ed.),

*The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC

Press/Taylor & Francis. Recuperado a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107191/>

## IX. ANEXOS

### Anexo 1

#### Primera sección Formato de recolección de datos Sociodemográficos

No. de registro	Edad	sexo	Diagnóstico de egreso	Comorbilidad psiquiátrica	Enfermedad medica	Estado civil	Ocupación	Procedencia

Segunda sección datos relacionados a la conducta suicida y Diagnostico de enfermería

No. de registro	Motivo de ingreso	Si fue por intento Método de intento	Antecedente de Intentos previos individuales		Antecedentes familiares		Tipo de parentesco	Si cuenta con Valoración inicial de enfermería		Si en valoración inicial reporta conducta de antecedente el riesgo suicida		Diagnóstico de enfermería al ingreso		Diagnóstico de enfermería reportado	Intentos suicidas en hospitalización	
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
			Si	No	Si	No		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No

Tercera sección Diagnóstico de Enfermería "Riesgo de suicidio" en la hoja de registro de enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Si	No								
Está bien elaborado el diagnóstico En base a NANDA-I 2015-2017										
Palabra de enlace la adecuada r/c Relacionado con f/r Factor de riesgo m/p manifestado por										
Factor de riesgo identificado es en base a NANDA-I 2015-2017										
Si cual										
No cual										
Criterio es relacionado con el diagnostico seleccionado y factor de riesgo en base a los criterios NOC										
Si cuenta con NOC cuantos menciona										
De los Criterios cuantos indicadores señala										
Esta reportada la escala de evaluación										
Las intervenciones de Enfermería están relacionadas con el indicador señalado										
Cuantos NIC está empleando										
Cuales NIC										
Reporta las actividades										
Notas subsecuentes que dé continuidad al diagnostico										
Coinciden los factores de riesgo en notas subsecuentes										
Coinciden los criterios de resultado										
Coinciden los Intervenciones										

## Anexo 2.

### Autorización para revisión de expedientes



SERVICIOS  
DE SALUD

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA  
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION  
MEMORÁNDUM No. 4018/17

Expediente: 2S.3

ASUNTO: Autorización a Protocolo de Investigación.

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.

29 NOV 2017

LIC. ENF. LAURA JACOBO JACOBO.  
P R E S E N T E.-

El Comité de Ética en Investigación, en sesión extraordinaria el 24 de noviembre le informa la autorización de su solicitud a Protocolo de Investigación "Proceso de Cuidado Enfermero para el paciente con "riesgo de Suicidio" en una Unidad Psiquiátrica" con registro CEI-CPDENP-17-01.

Se le comunica la necesidad de realizar informe trimestral hasta concluir el proyecto y enviar a los correos siguientes hazeldayanira@hotmail.com, o cpsi.neumann.capacitacion@gmail.com

Referencia: Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta edición 2015  
Diario Oficial. Lunes 11 de Enero de 2016.

ATENTAMENTE  
LA PRESIDENTA

L.E. HAZEL DEYANIRA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ

c.c.p.- Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez. -Directora. - Clínica.  
c.c.p.- Dra. Laura Elena Pérez Ramos -Jefa de Educación e Investigación en Salud-Clinica  
c.c.p.- Archivo y Minutario.  
hdgh\*

**DIRECTO**

### Anexo 3.

#### Modelos y teorías aplicados a la salud mental y psiquiatría

Modelo	CONCEPTOS PARADIGMATICOS			Salud
	Enfermería	Persona	Entorno	
Virginia Henderson (1939)	«Las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada enfermo para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado...»lo que confiere un campo de responsabilidades propio, los cuidados de la salud.	Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad.  Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente. Tiene Unas necesidades básicas que cubrir para supervivencia necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.	Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. La salud puede verse afectada por factores: • Físicos: aire, temperatura, sol, etc. • Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e Inteligencia.	La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow: Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura) dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).
Teoría psicodinámica de Peplau (1952)	Se define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades”. “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.	Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.	Manera implícita como “las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas”, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias. “Sin embargo, las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal”. Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda	Peplau define la salud como “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

(Alligood, Martha & Tomey Marriner, 2011)

### Modelos y teorías aplicados a la salud mental y psiquiatría

Modelo	CONCEPTOS PARADIGMATICOS			Salud
	Enfermería	Persona	Entorno	
Jean Watson (1979)	La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. "Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.	Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como "un ser en el mundo", como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.	Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).	De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la "unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)". Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
Callista Roy (1981)	Es "una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación".	Las personas son sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano no se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general". "Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno".	Es el conjunto de "todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales" La meta de Enfermería es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.	"La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno".

(Alligood, Martha & Tomey Marriner, 2011)

### Modelos y teorías aplicados a la salud mental y psiquiatría

Modelo	CONCEPTOS PARADIGMATICOS			Salud
	Enfermería	Persona	Entorno	
Doroty Johnson (1969)	Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.	Es un sistema abierto, interrelacionado. Se esfuerza constantemente en mantener el equilibrio mediante la adaptación al entorno.	Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona.	Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona
Imogene King (1971)	En esa definición se dice que es un proceso de reacción, acción e interacción; en el que el paciente y la enfermera comparten información.	Yo : En si este significado dice que el yo de una persona es la suma de todo lo que puede considerarse suyo, es todo lo que caracteriza a una persona y la hace ser el mismo, tanto interior como exterior.	Para King es esencial que las enfermas conozcan la relación que tienen las personas con su entorno para llevar una buena salud, y saber que este entorno cambia constantemente. Además de esto dice que todos los seres humanos perciben el mundo como una persona en su totalidad cuando hacen transacciones con los individuos y con las cosas en el entorno (King, 1982, p.141).	La salud según la teorista es el estado dinámico del ciclo vital, y la enfermedad es la que interfiere en este; "básicamente dice que es un equilibrio entre el estrés interno y externo, mediante el uso óptimo que tenga cada persona ara el máximo rendimiento en la vida diaria.
Dorothea Orem (1971)	Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.	Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.	Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo,	La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

(Alligood, Martha & Tomey Marriner, 2011)

## Anexo 4. Mitos acerca del Suicidio

Mito	Hecho
Quienes hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo.  Criterio equivocado, ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.	Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción. Todo el que se suicida expresó lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
El que se quiere matar no lo dice  Criterio equivocado, pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	Criterio equivocado, pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. De cada diez personas que se suicidan, nueve hablan claramente de sus intenciones. Todo el que se suicida expresa previamente sus intenciones.
Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.  Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa.	La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.
El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso  Criterio equivocado que limita las acciones preventivas, ya que si sucede de esta manera es imposible pronosticarlo y, por lo tanto, prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.	Toda persona, antes de cometer un suicidio, presenta una serie de síntomas que han sido definidos como el Síndrome Presuicidal. Este síndrome consiste en constricción de sentimientos y el intelecto, existencia de ideas suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar que se lleven a cabo sus propósitos.
El suicida está decidido a morir.  Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por lo tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	Por el contrario, los suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. Alguien puede actuar impulsivamente al beber plaguicidas, por ejemplo, y morir unos pocos días después, aunque hubiera preferido seguir viviendo. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio. El principal deseo de la mayoría de los suicidas no es específicamente morir, sino poner fin a su dolor, el cual les parece insoportable e interminable.
Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo. Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.  Criterio equivocado que intenta justificar, en algunos casos, la sobreprotección hacia el individuo y el estigma o rechazo por temor a que se repita.	El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.
Solo las personas con trastornos mentales son suicidas.  Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.	El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no son afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

Diagnóstico de Riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y formulación de plan de cuidados

<p>Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo o al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.</p> <p>Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.</p>	<p>Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.</p> <p>Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos de suicidio.</p>
<p>El que intenta el suicidio es un cobarde.</p> <p>Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio al equiparlo con una cualidad negativa de la personalidad.</p>	<p>Los que intentan el suicidio no son ni cobardes ni valientes sino personas que sufren.</p>
<p>El que intenta el suicidio es un valiente</p> <p>Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.</p>	<p>Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.</p>
<p>Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren. Si de verdad se hubiera querido matar, habría utilizado un método más agresivo.</p> <p>Éste es un criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en aquellos que no están capacitados para abordarlos.</p>	<p>Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y vivir. La elección del método dependerá de la disponibilidad. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado de delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el código Penal vigente.</p>
<p>Los niños no se suicidan.</p>	<p>Después de que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.</p>
<p>Si se reta a un suicida, éste no lo intenta.</p> <p>Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y que desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad.</p>	<p>Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.</p>
<p>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio</p> <p>Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.</p>	<p>los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema</p>
<p>Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.</p>	<p>Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. La persona cuando mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo</p>
<p>Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo llamar la atención.</p> <p>Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde.</p> <p>Criterio equivocado, porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan</p>	<p>Son personas a las cuales les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.</p>

Diagnóstico de Riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y formulación de plan de cuidados

<p>El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.</p> <p>Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.</p>	<p>Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo después de los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo</p>
<p>El acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.</p> <p>Equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.</p>	<p>Si el sentido común hace que otros puedan asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.</p>
<p>Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.</p> <p>Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un feudo de los psiquiatras.</p>	<p>Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.</p>
<p>Los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás.</p> <p>Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.</p>	<p>El homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio, en cambio, es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto se vierten contra sí mismo. Incluso el suicidio se consideró el homicidio de sí mismo.</p>
<p>Todo el que se suicida estaba deprimido</p> <p>Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a los estrictos hallazgos.</p>	<p>Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.</p>

(Guibert Reyes, 2002),(Pérez Barrero, Sergio A, 2005), (OMS, 2006).

## **Anexo 5.**

### **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRM)**

#### **DATOS:**

- La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- Plutchick R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

#### **DESCRIPCIÓN:**

- La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son.
- Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio.
- Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- Es un instrumento auto-aplicado
- Población diana: Población general, trastorno de la personalidad antisocial y tipo límite.
- Se trata de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO.

#### **INSTRUCCIONES:**

- Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor contesté cada pregunta simplemente con un SI o NO

#### **INTERPRETACIÓN:**

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.
- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos.
- El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.

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

## **Anexo 6.**

### **Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)**

#### **DATOS:**

- Autores A. T. Beck, D. Schuyler, I. Hermán.
- Referencia Development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.
- Evalúa Características de la tentativa suicida
- N.º de ítems 20.
- Administración Heteroaplicada.

#### **DESCRIPCIÓN:**

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas: Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8). Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15). Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- Es un instrumento heteroaplicado.

#### **INSTRUCCIONES:**

- Puede llenarse con lápiz y papel o en computador.
- Entréguele al examinado la hoja de evaluación y un lápiz para responder, y dígame: aquí tienes una hoja con 20 preguntas; marca la respuesta que más se adecue a sus características, demostrando sinceridad.
- Las instrucciones dadas al examinado deben ser claras y precisas, para evitar respuestas ambiguas.
- El instrumento heteroaplicada.
- Establecer con el examinado un buen rapport y motivarlo a que despliegue el asegurar la fidelidad de los resultados.

#### **INTERPRETACIÓN**

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

<b>I. Circunstancias objetivas</b>
1. Aislamiento 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. Medición del tiempo 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. Preparación activa del intento 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. Nota suicida 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
<b>II. Autoinformé</b>
9. Propósito supuesto del intento 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. Concepción de la letalidad del método 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal

2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. Seriedad del intento 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida
13. Actitud hacia el vivir/morir 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. Concepción de la capacidad de salvamento médico 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. Grado de premeditación 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
<b>III. Circunstancias subjetivas</b>
16. Reacción frente al intento 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. Preconcepciones de la muerte 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. Número de intentos de suicidio previos 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. Relación entre ingesta de alcohol e intento 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento) 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

**Anexo 7.**  
**Escala de Ideación Suicida de Beck**  
**(Scale for Suicide Ideation, SSI)**

**DATOS:**

- Autor: A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman
- Consta de 19 reactivos
- Tipo de instrumento: Entrevista semi-estructurada.

**DESCRIPCIÓN:**

- Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos.
- La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols., 1979).
- La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada, que se califican de 0 a 2, donde 0 corresponde a de moderado a fuerte, 1 a débil y 2 a ninguno.
- Se evalúan tres factores: deseo suicida activo, deseo suicida pasivo y preparación del acto suicida.
- Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.
- La escala se llena con base en las respuestas obtenidas en una entrevista semiestructurada.

**INSTRUCCIONES:**

- Lee cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

**INTERPRETACIÓN:**

- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

<p>1. Deseo de vivir                  0. Moderado a fuerte                  1. Débil                  2. Ninguno</p>
<p>2. Deseo de morir                  0. Ninguno                  1. Débil                  2. Moderado a fuerte</p>
<p>3. Razones para vivir/morir                  0. Porque seguir viviendo vale más que morir                  1. Aproximadamente iguales                  2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo</p>
<p>4. Deseo de intentar activamente el suicidio                  0. Ninguno                  1. Débil                  2. Moderado a fuerte</p>
<p>5. Deseos pasivos de suicidio                  0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida                  1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad                  2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida</p>
<p>6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)                  0. Breve, períodos pasajeros                  1. Por amplios períodos de tiempo                  2. Continuo (crónico) o casi continuo</p>
<p>7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)                  0. Raro, ocasional                  1. Intermitente                  2. Persistente o continuo</p>
<p>8. Actitud hacia la ideación/deseo                  0. Rechazo                  1. Ambivalente, indiferente                  2. Aceptación</p>
<p>9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out                  0. Tiene sentido del control                  1. Inseguro                  2. No tiene sentido del control</p>
<p>10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)                  0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo                  1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo                  2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos</p>
<p>11. Razones para el intento contemplado                  0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse                  1. Combinación de 0 y 2                  2. Escapar ,solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta</p>
<p>12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)                  0. No considerado                  1. Considerado ,pero detalles no calculados                  2. Detalles calculados/bien formulados</p>

<p>13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</p> <p>0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad</p> <p>1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa</p> <p>2. Método y oportunidad accesibles</p> <p>2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto</p>
<p>14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</p> <p>0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente</p> <p>1. Inseguridad sobre su valor</p> <p>2. Seguro de su valor, capacidad</p>
<p>15. Expectativas/espera del intento actual</p> <p>0. No</p> <p>1. Incierto</p> <p>2. Sí</p>
<p>16. Preparación actual para el intento contemplado</p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Parcial (p.ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)</p> <p>2. Completa (p.ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)</p>
<p>17. Nota suicida</p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada</p> <p>2. Nota terminada</p>
<p>18. Actos finales en anticipación de la muerte (p.ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos</p> <p>2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales</p>
<p>19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado</p> <p>0. Reveló las ideas abiertamente</p> <p>1. Frenó lo que estaba expresando</p> <p>2. Intentó engañar, ocultar, mentir</p>

## **Anexo 8.** **Mini-Mental State Exam (MMSE)**

### **DATOS:**

- Referencia: Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198
- Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas.

### **DESCRIPCIÓN:**

- El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11.
- Tipo de instrumento: test
- Objetivo: Detección de trastornos cognitivos.
- Evalúa brevemente el estado mental y permite observar la progresión del estado cognitivo, evalúa las siguientes áreas: orientación en espacio, en el tiempo, codificación, atención y concentración, recuerdo, lenguaje y construcción verbal.

### **INSTRUCCIONES:**

- El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones el clínico puede administrar al paciente en 5-15 min, con base en las siguientes indicaciones; téngase en cuenta que los responsables del instrumento, tanto en su versión original como en su adaptación española, advierten que el profesional debe ajustarse en la mayor medida posible a estas consignas, procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto.
- Las indicaciones en negrita deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias y las respuestas esperables a algunos ítems. La exploración debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Si este padece alguna limitación de tipo visual y auditivo, debe ponerse y/o ajustar la prótesis que utilice para corregirla (gafas, audífono). Marque con un círculo el 0 si la respuesta es incorrecta, y el 1 si la respuesta es correcta. Puede comenzar la exploración formulando alguna pregunta introductoria, como la siguiente:

### **INTERPRETACIÓN:**

- Es necesario diferenciar entre pacientes de edad superior a 65 años y los de edad igual o inferior a 65. - Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal. - Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal.
- La puntuación total del MEC se calcula sumando todas las puntuaciones parciales en cada una de las 11 secciones. La puntuación máxima que puede obtenerse es de 30 puntos; a menor puntuación, mayor será la alteración.
- Normal: 27-30; Daño cognitivo medio: 21-26; Daño cognitivo moderado: 11-20; Daño cognitivo severo: 0-10; Si la persona evaluada tiene una calificación menor 27 puntos, significa que la persona presenta un probable deterioro cognoscitivo.
- Cuando se hayan omitido ítems por la imposibilidad de ser administrados, se calculará una puntuación ponderada, aplicando una sencilla regla de tres;

veámoslo con un ejemplo: un paciente sufre ceguera total y, por lo tanto, no puede responder a los ítems de nominación, lectura, escritura y dibujo, con lo que sólo podrá conseguir un máximo de 25 puntos. Si obtiene una puntuación final de 21, se realizará la corrección pertinente:  $21 \times 30 / 25 = 25,2$ , y después se redondeará al entero más próximo, resultando la puntuación total corregida en 25 puntos, que se deberá interpretar como una puntuación normal sobre 30.

### Mini mental

Nombre:

Fecha de

evaluación:

Sabe leer: SI NO Sabe escribir: SI NO

Escolaridad: No. Registro:

<b>1. ORIENTACIÓN</b> Tiempo ¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1 Total:		Lugar ¿En dónde estamos ahora? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué colonia? 0-1 ¿En qué ciudad? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1 Total:	
<b>2. MEMORIA</b> <b>Le voy a decir 3 objetos. Cuando yo Termine quiero que por favor usted los repita:</b> Papel 0-1 Bicicleta 0-1 Cuchara 0-1 Total:			
<b>3. ATENCION Y CALCULO</b> <b>Le voy a pedir que reste una cantidad a partir de 100</b>			
<b>Escolaridad mayor a 8 años</b> <b>A 100 menos 7</b> 93 0-1 86 0-1 79 0-1 72 0-1 65 0-1 Total:		<b>Escolaridad menor de 8 años</b> <b>B reste de 3 3n 3 a partir de 20</b> 17 0-1 14 0-1 11 0-1 8 0-1 5 0-1 Total:	
<b>4. MEMORIA DIFERIDA</b> <b>Dígame los 3 objetos que le mencione al principio</b> Papel 0-1 Bicicleta 0-1 Cuchara 0-1 Total:			
<b>5. LENGUAJE</b>			

Muestre el reloj y diga <b>¿Qué es esto?</b>	<b>0-1</b>
Muestre el lápiz y diga <b>¿Qué es esto?</b>	<b>0-1</b>
Total:	
6.-Repetición de una frase <b>(Ahora le voy a pedir que repita esta frase, solo la pueda repetir una sola vez “NI NO, NI SI, NI PERO”</b>	
	<b>0-1</b> Total:
7. COMPRESION	
<b>Tome este papel con la mano derecha</b>	<b>0-1</b>
<b>Dóblelo a la mitad y déjelo en el suelo</b>	<b>0-1</b>
Total:	
8. COMPRESION ESCRITA	
<b>Muestre la orden en la hoja de atrás CIERRE LOS OJOS</b>	<b>0-1</b>
9. ESCRITURA DE UNA FRASE	
<b>Quiero una frase que tenga sentido (espacio atrás de la hoja)</b>	<b>0-1</b>
10.PRAXIAS	
<b>COPIA DE UN DIBUJO (copie por favor tal como está , atrás de la hoja)</b>	
	0-1
TOTAL PUNTAJE	

8. CIERRE LOS OJOS

9. ESCRIBA UNA FRASE

---

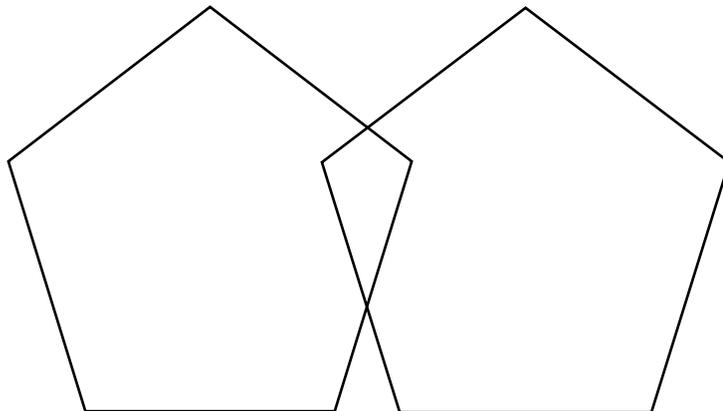


---



---

10. COPIA DE UN DIBUJO: **Ahora le voy a pedir que copie este dibujo** (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo) muestre al entrevistador el dibujo con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.



## **Anexo 9.**

### **Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)**

#### **DATOS:**

- Autor: M. Hamilton
- Referencia: A rating scale for depression. J Neurol Neuosurg Psychiatr 1960;23:56-62
- La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960.
- Evalúa: la gravedad del cuadro depresivo.

#### **DESCRIPCIÓN:**

- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada.
- Diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

#### **INSTRUCCIONES:**

- Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos
- Tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos
- Se debe aplicar como complemento a la entrevista realizada al paciente. Se informa al paciente sobre la intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como intensidad de los síntomas). Hamilton sugiere que, para aumentar la fiabilidad de las evaluaciones, estén presentes dos evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio

#### **INTERPRETACIÓN:**

- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.
- Se recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23

0	Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)
1	- Ausente
2	- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
3	- Estas sensaciones las relata espontáneamente
4	- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
4	- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a
0	Sentimientos de culpa
1	- Ausente
2	- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
3	- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
4	- Siente que la enfermedad actual es un castigo
4	- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza
0	Suicidio
1	- Ausente
2	- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
3	- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
4	- Ideas de suicidio o amenazas
4	- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
0	Insomnio precoz
1	- No tiene dificultad
2	- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño
2	- Dificultad para dormir cada noche
0	Insomnio intermedio
1	- No hay dificultad
2	- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
2	- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
0	Insomnio tardío
1	- No hay dificultad
2	- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2	- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
0	Trabajo y actividades
1	- No hay dificultad
2	- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
3	- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
4	- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4	- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
0	Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)
1	- Palabra y pensamiento normales
2	- Ligero retraso en el habla
3	- Evidente retraso en el habla
4	- Dificultad para expresarse
4	- Incapacidad para expresarse

	<p>Agitación psicomotora</p> <p>0 - Ninguna</p> <p>1 - Juega con sus dedos</p> <p>2 - Juega con sus manos, cabello, etc.</p> <p>3 - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</p> <p>4 - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>
	<p>Ansiedad psíquica</p> <p>0 - No hay dificultad</p> <p>1 - Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2 - Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3 - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</p> <p>4 - Expresa sus temores sin que le pregunten</p>
	<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <p>0 - Ausente</p> <p>1 - Ligera</p> <p>2 - Moderada</p> <p>3 - Severa</p> <p>4 - Incapacitante</p>
	<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <p>0 - Ninguno</p> <p>1 - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.</p> <p>2 - Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>3 - Dificultad en comer si no se le insiste.</p> <p>4 - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
	<p>Síntomas somáticos generales</p> <p>0 - Ninguno</p> <p>1 - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.</p> <p>2 - Pérdida de energía y fatigabilidad.</p> <p>Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</p>
	<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <p>0 - Ausente</p> <p>1 - Débil</p> <p>2 - Grave</p>
	<p>Hipocondría</p> <p>0 - Ausente</p> <p>1 - Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2 - Preocupado por su salud</p> <p>3 - Se lamenta constantemente, solicita ayuda</p>
	<p>Pérdida de peso</p> <p>0 - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana</p> <p>1 - Pérdida de más de 500 gr. en una semana</p> <p>2 - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana</p>
	<p>Introspección (insight)</p> <p>0 - Se da cuenta que está deprimido y enfermo</p> <p>1 - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</p> <p>2 - No se da cuenta que está enfermo</p>

## **Anexo 10.** **Escala de depresión Geriátrica (GDS)**

### **DATOS:**

- Autor Geriatric Depression Scale GDS. Jerome Yesavage.
- Constructo. Depresión en personas adultas mayores.
- Según los autores del instrumento, la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación.

### **DESCRIPCIÓN:**

- Se trata de un instrumento de auto reporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), mientras que 10 son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”).
- Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no.

### **INSTRUCCIONES:**

- Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las últimas semana.

### **INTERPRETACIÓN:**

- El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en dónde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión
  - Cada ítem puntúa de 1 o 0
- |        |                   |
|--------|-------------------|
| 0-10   | Normal            |
| 11- 30 | Posible Depresión |

Preguntas	SI	NO
¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO*
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI*	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI*	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO*
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI*	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI*	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI*	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI*	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI*	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI*	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI*	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO*
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI*	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI*	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI*	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO*
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI*	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO*
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI*	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI*	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI*	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI*	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO*
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI*	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO*
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI*	NO

\* = Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos

## **Anexo 11.** **Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)**

### **DATOS:**

- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.

### **DESCRIPCIÓN:**

- Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

### **INSTRUCCIONES:**

- Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

#### **• PUNTUACIÓN TOTAL**

Ansiedad psíquica

Ansiedad somática

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	A U S E N T E	L E V E	M O D E R A D O	G R A V E	M U Y G R A V E / I N C A P A C I T A N T E
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					

## **Anexo 12.**

### **Escala de impulsividad de Pluichik**

#### **DATOS:**

- Diseñada por Plutchik
- Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.
- Con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son.

#### **DESCRIPCION:**

- Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems.
- Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.
- Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- Resulta fácil y rápida de administrar (1-2 minutos).

#### **INSTRUCCIONES:**

- Instrucciones: por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones, señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

#### **CORRELACION E INTERPRETACION:**

- Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre).
- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15
- Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems y oscila entre 0 y 45.
- A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hace cosas impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Planea cosas con anticipación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Es usted impulsivo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Termina las cosas que empieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Anexo 13.**

#### **Escala de estrés de Holmes-Rahe**

**DATOS:**

- Autores: Thomas Holmes y Richard Rahe
- HOLMES T. and RAHE. R.: The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res. 11. 213-218. 1967

**DESCRIPCIÓN:**

- La escala de reajuste social investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés, en la vida de una persona norma

**INSTRUCCIONES:**

- Marque el valor en puntos de cada uno de estos eventos de vida que le haya sucedido durante el año anterior. Saque el total de los puntos asociados.

**CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- Sume todos los puntos que tenga para averiguar su puntaje. Si tuvo:  
150 puntos o menos: Significa que tiene una cantidad relativamente baja de cambio en su vida y una susceptibilidad baja a un colapso de la salud inducido por estrés.  
150 a 300 puntos: eso implica una probabilidad de aproximadamente 50 por ciento de tener un colapso importante de la salud en los próximos dos años.  
300 puntos o más: Eso implica una probabilidad de aproximadamente 80 por ciento de tener un colapso importante de la salud en los próximos dos años, según el modelo de predicción estadística de Holmes-Rahe.
- La unidad de puntuación se denomina “unidad de cambio vital” (UCV). La persona está en riesgo de experimentar trastornos Psicosomáticos si la suma es de 200 o más unidades en un solo año, estos valores aumentan la incidencia de trastornos Psicosomáticos.

	<b>EVENTO DE VIDA</b>	<b>VALOR EN PUNTOS</b>
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación marital de la pareja	65
4	Detención en una cárcel u otra institución	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal importante	53
7	Casamiento	50
8	Despido laboral	47
9	Reconciliación marital con la pareja	45
10	Jubilación	45
11	Cambio importante en la salud o la conducta de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Problemas sexuales	39
14	Nuevo integrante en la familia (nacimiento, adopción, adulto mayor que se mudó para vivir con usted)	39
15	Reajuste comercial importante	39
16	Cambio importante del estado financiero (mucho peor o mejor que lo habitual)	38
17	Muerte de un amigo cercano	37
18	Cambio de rubro laboral	36
19	Cambio importante en la cantidad de discusiones con el cónyuge( ya sea mucho mas o mucho menos que lo habitual con respecto a la crianza de los hijos, habito personales)	35
20	Tomar una hipoteca (sobre la casa, negocio)	31
21	Ejecución de una hipoteca o préstamo	30
22	Cambio importante de las responsabilidades laborales (ascenso, descenso de categorías)	29
23	Hijo o hija que deja la casa (por casamiento, para ir a la universidad, para entrar a las fuerzas armadas)	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logro personal sobresaliente	28
26	Cónyuge que empieza a trabajar fuera de la casa o deja de hacerlo	26
27	Comienzo o fin de la educación formal	26
28	Cambio importante en las condiciones de vida(casa nueva, remodelación, deterioro del barrio o la casa)	25
29	Modificación de hábitos personales (como se viste, personas que frecuenta, dejar de fumar)	24

30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios importante en las condiciones laborales o la cantidad de hora trabajadas	20
32	Cambios de domicilio	20
33	Cambio a una nueva escuela	20
34	Cambio importante en el tipo y/o la cantidad de recreación habitual	19
35	Cambio importante en la actividad relacionada con la iglesia(mucho mas o mucho menos que lo habitual)	19
36	Cambio importante en las actividades sociales(clubes, cines, visitas)	18
37	Sacar un préstamo(para un auto, TV, electrodoméstico)	17
38	Cambio importante en los hábitos de sueño (mucho mas o mucho menos que lo habitual)	16
39	Cambio importante en la cantidad de reuniones familiares(mucho mas o mucho menos que lo habitual)	15
40	Cambio importante en los hábitos alimentarios(ingesta mucho mayor o mucho menor de alimentos u horarios o ambientes muy diferentes para las comidas)	15
41	Vacaciones	13
42	Festividades importantes	12
43	Violaciones menores de la ley(multas de tránsito, cruce imprudente de calles, alteración del orden)	11

**Anexo 14.**

**Algoritmo de clasificación de Columbia para la evaluación del suicidio C-CASA Definiciones y ejemplos de capacitación. Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007).**

Clasificación / Categoría	Definición	Ejemplos de entrenamiento
Eventos suicidas Suicidio completado	Un comportamiento auto agresivo que resultó en la muerte y se asoció con al menos algún intento de morir como resultado del acto.	1) Después de una larga discusión con su novia, que resultó en el final de su relación, el paciente recogió una cuerda y condujo su bicicleta a una zona aislada donde se colgó fatalmente. Una nota de suicidio fue encontrada más tarde. 2) Después de cuatro intentos documentados de suicidio, el paciente robó el arma de su tío y se pegó un tiro y resultó fatalmente herido.
Intento de suicidio	Un comportamiento potencialmente autodestructivo, asociado con al menos algún intento de morir, como resultado del acto. La evidencia de que el individuo intenta suicidarse, al menos hasta cierto punto, puede ser explícito o inferirse del comportamiento o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no causar una lesión real.	1) Después de una pelea con sus amigas en la escuela, en la que dejaron de hablar con ella, el paciente ingirió aproximadamente 16 aspirinas y otras ocho píldoras de diferentes tipos en los terrenos de la escuela. Ella dijo que merecía morir, que era la razón por la que tragó las píldoras. 2) El paciente usó una cuchilla de afeitar para lacerar sus muñecas, su fosa ante cubital y su espalda bilateralmente. Le dijo a su terapeuta que "el objetivo principal era dejar de sentirse así", y sabía que podía morir, pero no le importaba. Según el paciente, también ingirió una botella de alcohol porque en su clase de salud escuchó "que la médula se suprimirá más de esa manera", lo que aumenta las posibilidades de que sea "exitoso" y muera.
Actos preparatorios hacia el comportamiento suicida inminente	El individuo toma medidas para lastimarse a sí mismo, pero es detenido por sí mismo o por otros para no comenzar el acto auto agresivo antes de que el daño potencial haya comenzado.	1) El paciente se había escapado de la casa de un día para otro porque su padre había ido a la escuela y había obtenido una boleta de calificaciones "mala" reciente. Temía la reacción de su padre. A su regreso a casa, se produjo una discusión de 5 a 6 horas con sus padres, y él tomó un cuchillo vegetal (ancho, afilado) y se fue a su habitación. Informó que se había puesto el cuchillo en la muñeca pero nunca había perforado la piel. 2) El paciente declaró que "no soportaba más la depresión" y "quería morir". Decidió ahorcarse. Ató un cable de teléfono a la perilla de la puerta y colocó la cuerda flojamente alrededor de su cuello. Entonces, se detuvo y no siguió con el intento.
Ideación suicida	Pensamientos pasivos acerca de querer estar muerto o pensamientos activos sobre suicidarse, no acompañados por un comportamiento preparatorio .a	1) Activo: el paciente informó al médico que estaba pensando colgarse en el armario. Fue llevado al hospital y admitió. 2) Pasivo: el paciente informó ideas acerca de querer estar muerto pero negó actuar sobre estos sentimientos.
Eventos no suicidas Comportamiento auto agresivo, sin intención suicida	Comportamiento auto agresivo asociado sin intención de morir. El comportamiento está destinado exclusivamente por otras razones, ya sea para aliviar la angustia (a menudo denominado "automutilación", por ejemplo, cortes superficiales o arañazos, golpes / golpes o quemaduras) o para efectuar cambios en otros o en el entorno.	1) El paciente se sentía ignorado. Fue a la cocina familiar donde estaban hablando su madre y su hermana. Sacó un cuchillo del cajón y se cortó el brazo. Ella negó que quisiera morir ("ni siquiera un poco"), pero solo quería que le prestaran atención. 2) La paciente informó sentirse agitada y ansiosa después de una pelea con sus padres. Entró en su habitación, cerró la puerta e hizo varios cortes superficiales en el interior de sus brazos. Ella dijo que se sintió aliviada después de cortarse y que no quería morir. Informó que ya había hecho esto antes en momentos de angustia y que, por lo general, la ayudaba a sentirse mejor. 3) El paciente estaba en clase, donde estaba a punto de comenzar una prueba, y se apuñaló con un lápiz para que lo llevaran a la enfermería. 4) Una niña de 14 años escribió su nombre en su brazo con una navaja y dijo que a menudo lo hace para reducir su ansiedad. 5) Se observó que el paciente tenía múltiples quemaduras superficiales en sus brazos. Al ser interrogado, negó haber intentado suicidarse.

Otro, sin daño auto infligido	No hay evidencia de suicidio o comportamiento deliberadamente autolesivo asociado con el evento. El evento se caracteriza como una lesión accidental, solo síntomas psiquiátricos o de comportamiento, o solo síntomas o procedimientos médicos.	1) El paciente tuvo un corte en el cuello por afeitarse. 2) El paciente fue hospitalizado por empeoramiento de TOC o síntomas depresivos sin pensamientos o acciones suicidas o 3) comportamiento agresivo. 4) La hospitalización se debió a una infección, rinoplastia o embarazo.
Eventos indeterminados o potencialmente suicidas Comportamiento autolesivo, intento de suicidio desconocido	Comportamiento auto agresivo donde el intento asociado de morir es desconocido y no se puede inferir. La lesión o la posibilidad de lesión es clara, pero no está claro por qué la persona involucrada en ese comportamiento.	1) La paciente se cortó las muñecas después de una discusión con su novio. 2) La paciente estaba enojada con su esposo. Tomó de 10 a 15 tabletas de diazepam y tiró el resto por el inodoro. Su esposo llamó a la policía para pedir ayuda y la llevaron al hospital. Estaba aturdida y pasó la noche en el hospital. 3) Un paciente de 9 años había hablado sobre el suicidio con frecuencia. Después de enterarse de que su entrenador de béisbol se retiraba, comenzó a rascarse el brazo con un lápiz.
No hay suficiente información	Información insuficiente para determinar si el evento involucró una conducta o ideación suicida deliberada. Hay motivos para sospechar la posibilidad de suicidio pero no tanto como para estar seguros de que el evento no fue algo diferente, como un accidente o un síntoma psiquiátrico. Una lesión sufrida en un lugar del cuerpo que concuerde con una autolesión deliberada o un comportamiento suicida (por ejemplo, muñecas), sin ninguna información sobre cómo se recibió la lesión, justificaría la colocación en esta categoría.	1) Un niño que "se apuñaló a sí mismo en [el] cuello con un lápiz". El evento pudo haber sido deliberado en lugar de accidental, como lo sugiere "apuñaló", pero no se proporcionó suficiente información para determinar si el evento fue deliberado. 2) Un corte en el cuello

a Si la ideación se considera intrínsecamente relacionada con un acto de comportamiento, no se otorga una calificación por separado. Sin embargo, si no hay una relación clara con un evento de comportamiento, se justifica una clasificación separada de ideación.

## **X. GLOSARIO DE TERMINOLOGIA.**

Acto suicida: Es el hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Autolesión o gesto suicida: conducta potencialmente lesiva para la que existe evidencia de que la persona no tiene la verdadera intención de quitarse la vida.

Comportamiento suicida: se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

Comunicación suicida: La persona con ideación suicida transmite a otra sus pensamientos e intenciones de acabar con su propia vida. Dentro de ella debemos distinguir la amenaza del plan suicida que sería la propuesta de un método para llevar a cabo una conducta suicida viable.

Conducta suicida: Conducta auto lesiva en la que hay evidencia de que la persona desea aparentar la intención de morir o la persona tiene la verdadera intención de acabar con su vida. Según Valdivia (2015), en su libro Suicidología indica que, "Comportamiento voluntario, potencialmente dañino, para el cual existe evidencia (implícita o explícita) de que: la persona desea utilizar la apariencia de querer auto eliminarse para obtener otro fin".

Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intención suicida. Puede darse sin lesiones o con ellas y causar la muerte. (El grado de intencionalidad de la muerte no es determinado).

Deseo suicida: voluntad variable de cometer un acto suicida.

Factor de riesgo suicida: Característica mensurable de un sujeto en una población específica que precede a la situación que se está estudiando (en este caso el suicidio) que sirve para dividir a la población en grupos en base al riesgo relativo.

Gesto suicida: acto suicida de escasa intencionalidad y, en consecuencia, poco. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Término tendente al desuso debido a su imprecisión y connotaciones prejuiciosas.

Ideación suicida: preocupación reiterada sobre el suicidio que va más allá de lo usual.

Ideación suicida (Ambiguas): el suicidio no se contempla de forma específica. Algunos ejemplos de esta modalidad son "quisiera dormir mucho tiempo y quizá no despertar", "la vida no vale nada", "no sé qué hago aquí", etcétera".

Ideación suicida (Concretas): el suicidio es contemplado como un objeto específico, preciso y realista. Algunos ejemplos de esta modalidad son "quiero morir", "deseo matarme", "me voy a suicidar", etcétera.

Intención (intencionalidad suicida): determinación, en grado variable, de cometer un acto suicida.

Intento de suicidio: todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Conducta de una persona que trata de provocarse daño, con la intención de producirse la muerte. Conducta auto lesiva, pero sin resultado fatal.

Planes suicidas. Formulaciones complejas y organizadas para llevar a cabo un intento.

Para suicidio: Conjunto de conductas donde el sujeto, de forma voluntaria e intencional, se produce daño físico. Para suicidio: No logra suicidarse, se frustra el Para suicidio o tentativa de suicidio

Riesgo suicida: grado variable de cometer un acto suicida.

Ruminación: El rumiamiento, que se refiere al enfoque repetitivo en los propios síntomas de angustia de un individuo, se ha relacionado con pensamientos e intentos suicidas. La rumia también se ha asociado con un aumento de los síntomas de depresión, desesperanza y problemas para resolver problemas.

Suicidio: es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el «acto deliberado de quitarse la vida» (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012). La palabra "suicidio" proviene de las palabras latinas sui (uno mismo) y caedere (matar). Muerte inflingida por mano propia.

Suicidio asistido: acción de una persona para acabar con su vida, cuando ésta sufre una enfermedad irreversible y que es ayudado por otra persona, proporcionándole los medios y conocimientos para llevarlo a cabo.

Suicidio consumado: muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona intentó quitarse la vida.

Suicidio silencioso: Intento oculto de provocarse la muerte. Utilizan medios no violentos como el abandono de la satisfacción de las necesidades básicas.