



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN
CAMPUS TUXTEPEC

**“PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CRUZ DEL
SUR, REYES MANTECON. OAXACA”**

TESIS

Que para obtener el título de licenciada en enfermería

P R E S E N T A:

Yaneli Hernández Tenorio

Directora:

MEDOS. Maibi E. Oviedo Sánchez

SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAXACA. 2024

DEDICATORIA

A Dios por darme la sabiduría y así mismo agradezco por los conocimientos y alcance que me da para comprender.

A mis padres Moises Hernandez y Flor Tenorio por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes, a mis hermanos Amairani , Alejandro, Fabiola, al igual que a mi prometido Amando Quevedo , gracias por su apoyo y amor incondicional.

Así como también agradezco a la Dr. Maibi E. Oviedo Sánchez por haber aceptado ser mi tutor y guía, por su gran apoyo y motivación para esta ardua tesis para titulación.

Agradezco a L.E. Flor Garza Bargas, L.E. Argelia Mora Martínez, Dra. Anabel Contreras Martínez por su paciencia y apoyo.

Índice de contenido

RESUMEN	5
Abstract	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. JUSTIFICACIÓN	8
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
IV. MARCO TEÓRICO	11
4.1. HIPÓTESIS	34
4.2. OBJETIVOS.....	34
4.2.1. General	34
4.2.2. Específico.....	34
V. MARCO METODOLÓGICO	34
5.1. Diseño	34
5.2. Población y muestra	34
5.3. Criterios de inclusión.....	34
5.4. Criterios de exclusión	35
5.5. Criterios de eliminación.....	35
5.6. Instrumento.....	35
5.7. Recursos humanos	35
5.8. Recursos materiales	35
5.9. Procedimiento metodológico	35
5.10. Procedimiento estadístico	36
5.11. Aspectos éticos.....	36
VI. RESULTADOS	36
6.1 Discusión	43
VII. CONCLUSIONES	45
VIII. RECOMENDACIONES.....	46
IX. REFERENCIAS.....	46
X. ANEXOS	51

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Teoría de Peplau aplicado a la salud mental y psiquiatría.....	13
Figura 1. Elementos que influyen en los cuidados de enfermería, según Peplau.....	--15
Tabla 2. Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.....	22
Tabla 3. Definiciones de etiquetas diagnosticas semejantes a riesgo de suicidio.....	29
Tabla 4. Factores asociados al riesgo de suicidio.....	31

RESUMEN

En la actualidad el suicidio es un problema de salud pública, no solo a nivel mundial también nacional.

La presente investigación riesgo de suicidio en el hospital psiquiátrico cruz del sur busca identificar las causas que provocan el suicidio en los pacientes mediante la revisión de expedientes, así como también tomando en cuenta las notas de enfermería nanda, noc y nic.

Los resultados de dicha investigación demuestran que la población con mayor riesgo de suicidio está entre los 19 y 29 años de edad, siendo más alto el índice de suicidios en mujeres, donde los trastornos mentales o patologías psiquiátricas se han asociado al riesgo de suicidio ya que se ha observado una mayor prevalencia en los trastornos de estado del humor o la afectividad ocupando un 68.23%, seguido por los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (cristal) con un 15.29%, trastornos de la personalidad con un 5.89%, trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes con un 5.89%, trastornos mentales orgánicos 2.35% y trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia 2.35%. Cabe mencionar que el 85.7% eran pacientes internos oriundos de los municipios próximos a la capital y el 14.3% eran de procedencia foránea (Chiapas, Veracruz y Puebla).

Existen evidencias científicas de que el suicidio puede ser prevenible siempre que existan intervenciones específicas desde la identificación de factores de riesgo y la intervención oportuna, por lo que el personal de enfermería del área psiquiátrica tiene un papel fundamental en el cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación que se le puede aportar, la prevención y previsión de cuidado.

Abstract

Nowadays, suicide is a public health problem, not only at a global level but also at a national level.

The present investigation of the risk of suicide at the Cruz del Sur psychiatric hospital seeks to identify the causes that cause suicide in patients by reviewing records, as well as taking into account the nursing notes nanda, noc and nic.

The results of this research show that the population with the highest risk of suicide is between 19 and 29 years of age, The suicide rate is higher in women, where mental disorders or psychiatric pathologies have been associated with the risk of suicide since a greater prevalence has been observed in mood or emotional disorders, occupying 68.23%, followed by mental and behavioral disorders due to the consumption of psychoactive substances (crystal) with 15.29%, personality disorders with 5.89%,

neurotic disorders secondary to stressful situations with 5.89%, organic mental disorders 2.35% and disorders of behavior and emotions that usually begin in childhood and adolescence 2.35%. It is worth mentioning that 85.7% were internal patients from municipalities close to the capital and 14.3% were from foreign origin (Chiapas, Veracruz and Puebla).

There is scientific evidence that suicide can be preventable as long as there are specific interventions from the identification of risk factors and timely intervention, Therefore, nursing staff in the psychiatric area have a fundamental role in the care of people with suicidal behavior through the education that can be provided, prevention and care provision.

Keywords: Mental health, Suicide risk, adolescents, Psychiatric Hospital.

I. INTRODUCCIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) describe Salud Mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad” (OMS, 2022).

Por otro lado, existe la necesidad de delimitar correctamente la definición de trastorno mental, que es aquel en el que la persona presenta un patrón de relaciones gravemente alterado con un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Las Categorías diagnósticas según CIE-10 son: trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, Otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastornos depresivos graves recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo (Grupo de Trabajo. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2022).

Con relación a lo anterior, los trastornos mentales o patologías psiquiátricas se han asociado al riesgo de suicidio, aunque se ha demostrado que su etiología es multicausal. En la actualidad el suicidio es un problema de salud pública, no solo a nivel mundial sino también a nivel nacional (OPS-OMS, 2017).

Existe evidencia científica de que el suicidio puede ser prevenible siempre que existan intervenciones específicas desde la identificación de factores de riesgo y la atención oportuna, por lo que el personal de enfermería del área psiquiátrica tiene un papel fundamental en el cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación que se le puede aportar, la prevención y la provisión de cuidado, de ahí que requiera mantener actualizados sus conocimientos en el uso de la taxonomía NANDA, a través de la capacitación continua para así poder dirigir sus acciones hacia una detección e intervención temprana (Cerezo, L. R., 2019).

Es así que por medio de la revisión de expedientes tomando en consideración las notas de enfermería en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur- Reyes Mantecón San Bartolo Coyotepec, Oaxaca durante el periodo del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020, con relación al “riesgo de suicidio”, se lleva a cabo la exploración de dichas notas para valorar si es adecuado el empleo de la taxonomía NANDA, por parte del personal de enfermería, y así poder dirigir sus acciones hacia una detección e intervención temprana.

II. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que se encuentra rodeado de estigmas y mitos. Cada caso de suicidio afecta no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. De acuerdo a datos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) cada año, más de 703 mil personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio (OPS, 2018).

En marzo de 2021, el tercer informe regional sobre la mortalidad por suicidio, indicó que este problema sigue siendo una prioridad de salud pública en la Región de las Américas y en junio de ese mismo año, la OMS lanzó una guía de implementación que consta de cuatro intervenciones clave, para prevenir el suicidio en todo el mundo (WHO, 2021).

Es importante mencionar que en el objetivo tres de salud y bienestar para el desarrollo sostenible de la agenda 2030, se hace énfasis en las enfermedades mentales que conducen al suicidio. Así mismo, el banco mundial señala la importancia de la salud mental como elemento significativo en la agenda de desarrollo y marca a la depresión, como el trastorno más frecuente que conduce al suicidio (Escamilla, 2020).

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) dentro de sus objetivos y estrategias se contempla 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 problema de salud pública y sus estrategias son promover la detección y atención oportuna de los trastornos mentales y el riesgo suicida en adultos, adultos mayores, en niñas, niños y adolescentes (Presidencia de la República, 2017) y en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 Para la presentación de servicios de la salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica. considera al suicidio como una urgencia psiquiátrica.

Hasta 2020, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa de suicidios en Oaxaca era de 3.9 por cada 100 mil habitantes, por debajo de la media nacional de 6.2. Según INEGI, Oaxaca tiene un registro de al menos 11 suicidios, con mayor incidencia en hombres que en mujeres y mayor concentración en la región de los Valles Centrales (González L. G, 2023).

Así que con base en lo antes expuesto, se puede decir que la función del profesional de enfermería ante la conducta suicida en una área hospitalaria es de vital importancia, ya que es quien establece el primer contacto y mantiene una interacción constante las 24 horas del día, con el paciente y sus familias; cabe mencionar que su ejercicio se basa en el proceso de atención de enfermería y para esto utiliza un lenguaje universal a través de las taxonomías NANDA, NOC y NIC que tienen un papel esencial durante la atención del paciente con conducta suicida; Además que se ha demostrado que las intervenciones realizadas por enfermería son más eficaces y aceptadas por el paciente en comparación con intervenciones dirigida por psiquiatras debido al estigma asociado a estos especialistas (Silva A, H et al., 2018).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un acto devastador que puede parecer haber surgido de la nada. Sin embargo, existen factores de riesgo de suicidio pueden deberse a: Depresión u otra enfermedad de salud mental, al consumo de drogas y alcohol, antecedentes familiares de depresión, suicidio, abuso, una pérdida importante, como la de una relación, un hogar, o una muerte, un evento que causa vergüenza, culpa, deshonra, problemas de salud física, Enterarse del comportamiento suicida de otra persona, en nuestra sociedad pienso que la pobreza extrema, la marginación, la violencia de género, padres ausentes, la falta de educación. son factores para la infelicidad y para tener algún trastorno mental, que lleve al suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de 800,000 personas se suicidan cada año y que, por cada una de estas muertes, se llevan a cabo 20 intentos. Los intentos de suicidio son repetidos al cabo de un año entre un 15%- 30% y cerca de un 2% consuman el suicidio entre los 5 y 10 años posteriores (WHO, 2021).

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 (WHO, 2021).

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 (WHO, 2021).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México el número de defunciones por suicidio en 2017 fue de 6559, lo que representa 1% del total de muertes en ese año, de las cuales 5323 fueron de hombres y 1233 de mujeres. Entre las personas de 15 a 39 años se comete 62% de esos fallecimientos. (INEGI, 2019).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en el 2012 reportó que alrededor de 75% de los casos de intentos de suicidio presentaban antecedentes de algún trastorno psiquiátrico lo anterior tiene importancia porque es un factor considerado como de riesgo para la conducta suicida (J. M. C. Morales, 2001).

En el estado de Oaxaca según datos del INEGI, para el año 2010 la tasa de suicidios por 100 mil habitantes fue de 3.4 y para el año 2020 ascendió a 5.2, ocupando el lugar 20 a nivel nacional (Vidal, M. A. C & Aguilar, J. P. D., 2022).

A pesar de la gravedad del problema a nivel mundial y nacional, existen pocos estudios en América latina en lo que respecta al cuidado de enfermería, sin embargo cabe 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 diagnóstico enfermero “riesgo de suicidio”, está incluido dentro de la área de neuropsiquiatría.

Con base en lo antes expuesto, este trabajo se centra en valorar el riesgo de suicidio al ingreso y/o durante la estancia hospitalaria haciendo uso del diagnóstico enfermero “riesgo de suicidio”, incluido dentro del catálogo de planes de cuidados por el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur.

Entonces las preguntas de investigación son:

¿Es adecuado y oportuno, el empleo de la taxonomía NANDA, para la valoración y el diagnóstico del riesgo de suicidio, en el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur- San Bartolo Coyotepec, ¿Oaxaca?

¿Cuáles son los factores de riesgo suicida con mayor prevalencia en los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur- ¿San Bartolo Coyotepec, Oaxaca?

IV. MARCO TEÓRICO

Teorías y modelos relacionados con el riesgo de suicidio

La ciencia de la enfermería fundamenta y sustenta su actuación a través de marcos o modelos conceptuales, estos se basan en distintas teorías: filosóficas, psicológicas, sociales, culturales y antropológicas. Existen diferentes propuestas de modelos conceptuales que se conocen como Modelos y Teorías de enfermería. Las teorías de Enfermería es un conjunto de conceptos definiciones y proposiciones que dan un enfoque sistemático de un fenómeno y determinación específica de interrelaciones entre conceptos para obtener propuestas que describen, explican, predicen y/o controlan un fenómeno (Alligood, M. R., & Tomey, A. M., 2018).

En 1997 Meléis compara a los modelos conceptuales con una carta de navegación para la práctica de la enfermería, lo que evita que ésta se base en intuiciones, rutinas y rituales, reforzando la identidad del personal de enfermería, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre el gremio, resaltando la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado, lo que a su vez da mayor claridad sobre la contribución del personal de enfermería a los servicios de salud (Galvis López, M. A., 2015).

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 (Galvis López, M. A., 2015).

Las y los enfermeros 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 (Modelo de Henderson, Modelo de Roy, Teoría psicodinámica de Peplau, Modelo de Johnson, Modelo de Watson; y Dorothea Orem) que le ayuden a abordar al paciente, para relacionarse, comunicarse y proporcionar sus cuidados.

Los profesionales de la enfermería que se encuentra ante una persona con una conducta suicida, debe considerarlas como punto de partida en el cuidado y tener en cuenta que se fundamentan desde un enfoque humanista. Como la conducta suicida es multicausal y no solo biológica es necesario comprender a la persona desde este punto de vista, o sea los marcos teóricos de enfermería, estableciendo la relación enfermera-paciente (Galvis López, M. A., 2015).

Travelbee, Peplau y Henderson hacen referencia a la empatía que debe existir con aquellos pacientes con “riesgo de suicidio”, dichos autores mencionan como crucial, “comprender la situación que vive la persona”, “Ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a entender sus propios problemas”, “Las enfermeras deben ser empáticos con cada enfermo”, y “enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro”(Jacobo Jacobo, L., 2018).

Así también Dorothy, Travelbee, Henderson y Roy consideran que para ayudar a este tipo de pacientes se necesita como objetivo lograr el equilibrio para la recuperación, y mencionan que “la enfermera puede utilizar la protección, el cuidado y la estimulación para mantener el equilibrio de las personas” , “cuidar, ayudar y acompañar a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales”, “individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia”, “La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación “ (Jacobo Jacobo, L., 2018).

Dentro del campo de la salud mental, la enfermería representa un factor importante para brindar los cuidados del paciente con “riesgo de suicidio” reconociéndolo como un ser integral, con potencial para el desarrollo positivo y de adaptación a diferentes situaciones.

Considerada como la “madre de la Enfermería Psiquiátrica”, Hildegard Peplau en su teoría de las relaciones interpersonales, se basa principalmente en que cuando el paciente no llega a poder identificar y/o satisfacer sus necesidades humanas, el personal de enfermería juega un papel muy importante, ya que interviene para poder ayudar a los pacientes a que logren identificar sus necesidades y resolverlas, así mismo conocer la atención que el paciente espera por parte del personal de enfermería. Por lo tanto los cuidados de calidad se obtienen a partir de que exista una buena comunicación y relación enfermera/paciente. La publicación en 1952 de Peplau creó un marco

conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería en la salud mental. Sus ideas sobre la enfermería fueron tomadas por una parte de los conceptos de habilidades personales e interpersonales de desarrollo y por otra de la teoría del aprendizaje. Esta teoría considera a los cuidados dirigidos a los pacientes como un tipo de cuidados en los que las relaciones de confianza son primordiales para el logro de resultados positivos (Arce et al., 2003).

Peplau asevera que para dar cuidados con calidad, el profesional de la enfermería necesita desarrollarse y madurar como persona, ya que solo así, el paciente podrá identificarse con sus problemas de salud y poner los medios para solucionarlos o superarlos. Por otra parte, Peplau sostiene que la salud es una cualidad dinámica, que permite a la persona experimentar su potencial del bienestar físico y social, otorgándole la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás.

Tabla 1. Teoría de Peplau aplicado a la salud mental y psiquiatría.

Modelo	CONCEPTOS PARADIGMATICOS			
	Enfermería	Persona	Entorno	Salud
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	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”.	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”.

	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”.		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.	
--	---	--	---	--

Tomado de Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Health Sciences.

Además, Peplau menciona que el deterioro de la salud, se debe a varias razones, tales como: La falta de conocimiento por parte del paciente, profesionales y de la sociedad; La incapacidad de los pacientes que han estado mucho tiempo enfermos, de creer que necesitan constante ayuda profesional; La limitación de los recursos, tanto económicos como humanos; La falta de organización de los profesionales; y finalmente, una relación deficiente entre los profesionales de la enfermería y el paciente.

Aunado a lo antes expuesto y debido a la complejidad para realizar una valoración de la situación del paciente afectado en su estado mental, por lo que los profesionales de la enfermería dedicados a la salud mental se ven obligados a trabajar a partir de observaciones y hechos que en ocasiones son confusos, y requieren adaptar el proceso de cuidados, especialmente en la etapa de valoración (Arce et al., 2003).

La recolección de información sobre la situación del paciente constituye el primer paso y uno de los más importantes del proceso de enfermería. Los datos obtenidos en esta fase proceden de varias fuentes y pueden ser de tipo cualitativo o cuantitativo, sin embargo, ambos tienen que reflejar el funcionamiento biológico, comportamental y social de la persona.

Aun siguiendo un riguroso orden metodológico, esta recopilación de datos se efectúa a través de diversas técnicas, según el modelo a utilizar. Puesto que todos los modelos

reconocen la necesidad de abordar la totalidad de la persona, cualquiera que sea su estado de salud o de enfermedad y dada la importancia que tiene identificar y resolver problemas que pueden alterar estos estados, se considera que lo más adecuado es encontrar un modelo de registro que sea útil en la práctica de la enfermería.

El cuidado del individuo constituye el centro de atención y el deber del profesional de enfermería y para realizar el cuidado requiere de personas con habilidades interpersonales que favorezcan el ofrecimiento de cuidados diferenciales y significativos para quien los recibe.

El modelo de enfermería de Peplau (Figura 1), es el que se ha utilizado con mayor frecuencia en los usuarios con problemas de salud mental adaptado a la filosofía de la ciencia de la enfermería, siendo el más adecuado a la especificidad de los pacientes con trastornos mentales.

Figura 1. Elementos que influyen en los cuidados de enfermería, según Peplau.

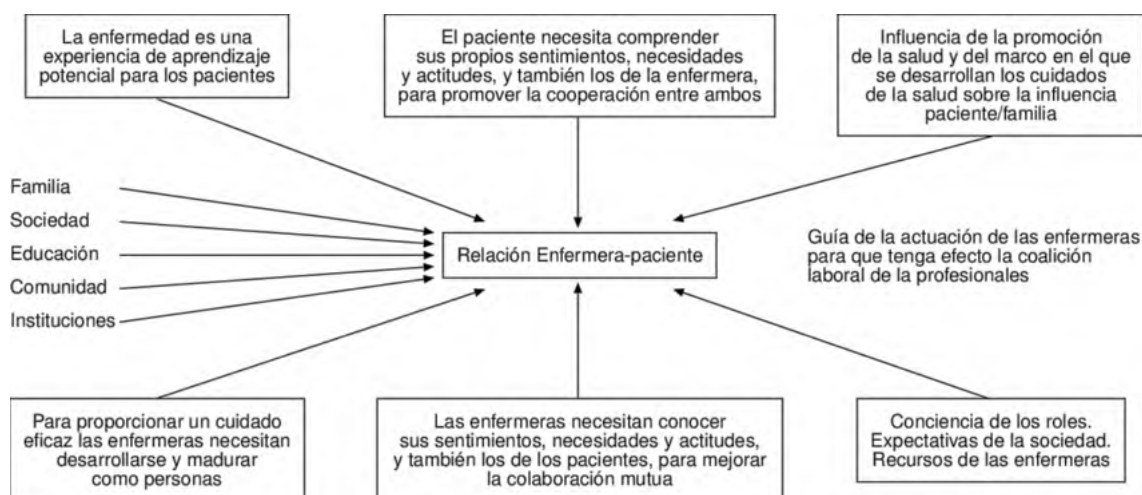


Figura tomada de Howard Simpson, Modelo de Peplau. Aplicación práctica Barcelona 1992 ed. Masson Salvat.

Datos Epidemiológicos

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). 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)

Respecto a la edad y sexo, el observatorio mundial de la salud reporta en el 2015 por cada 100 mil habitantes una tasa global de suicidio en bruto de 10.7, para hombres de 13.6 y para mujeres 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 entre los 15 y 29 años (OMS, 2014).

En cuanto a los intentos, más hombres cometen suicidio que las mujeres. 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, ya que estas están presentes en más del 90% de todos los casos de suicidio, por lo que se considera a la presencia de trastornos mentales como uno de los mayores predictores de intentos de suicidio, encontrándose entre un 90 a 95% de los suicidios consumados (Martin, 2016).

De acuerdo a López Steinmetz, 2017 y Cardona et al., 2016, los trastornos mentales más frecuentemente asociados con intentos suicidas son:

- Trastornos del estado de ánimo, especialmente depresivos aunque también bipolares.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Trastornos de la personalidad, de ansiedad.
- Esquizofrenia.
- Trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa.

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 OPS en el periodo comprendido de (2005-2009) ocurren aproximadamente 65,000 muertes por suicidio cada año. En América Latina, las autolesiones ocupan el lugar 18 y corresponden a 1.3% del total de la tasa global de mortalidad (Tichenor, M. y Sridhar, D., 2019).

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 (OMS, 2014).

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 (OMS, 2014).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México el número de defunciones por suicidio en 2017 fue de 6559, lo que representa 1% del total de muertes en ese año, de las cuales 5323 fueron de hombres y 1233 de mujeres. Entre las personas de 15 a 39 años se comete 62% de esos fallecimientos. (INEGI, 2019).

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.

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 del 8 al 12 %. 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%).

De acuerdo con la escolaridad el nivel de educación que tenían las personas que cometieron suicidio, el mayor porcentaje correspondió a los que contaban con estudios de secundaria (32.4%) 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 en el 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 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%).

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, y/o no fue correctamente registrado (Borges, G et al., 2016).

En relación a la entidad federativa en el 2015 los estados que tuvieron mayores tasas de suicidio por cada 100 mil 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 (3.0), presentaron las tasas más bajas.

En el estado de Oaxaca según datos del INEGI, para el año 2010 la tasa de suicidios por 100 mil habitantes fue de 3.4 y para el año 2020 ascendió a 5.2, ocupando el lugar 20 a nivel nacional (Vidal, M. A. C., & Aguilar, J. P. D., 2022).

El Proceso de Enfermería

El uso del método científico es el elemento que da rigor a la práctica profesional. Dicho método se aplica a cualquier disciplina y contiene una serie de pasos que van desde la búsqueda de información, detección de problemas, proposición de resultados, intervención y finalizan con la evaluación. En la ciencia de la enfermería estos pasos se agrupan en el denominado Proceso de Atención Enfermero (PAE). El uso incorrecto de este proceso resta validez a las acciones realizadas y predispone a errores no sólo de procedimiento, sino también de resultado. Pero aun así, la evidencia demuestra que no siempre existe rigor en su cumplimiento, pues siguen existiendo todavía muchos registros de valoración incompletos desde los que se parte para realizar juicios clínicos en forma de diagnósticos enfermeros (DE) e informes de continuidad de cuidados (Fornés, J., 2008).

Valoración

El riesgo de suicidio está determinado por la interacción de factores que conllevan al desarrollo de conductas letales y determinadas situaciones o eventos predisponentes que pueden acelerar la aparición de una conducta suicida.

La profesión de enfermería como una disciplina, requiere de un elemento científico, constituido por el cuerpo de conocimientos, teorías y principios científicos; y un elemento técnico, o conjunto de procedimientos, producto de la experimentación o de la práctica constante. Para su ejecución se hace uso del proceso de enfermería que es un método sistematizado y organizado para interpretar el estado de salud de una persona, familia o comunidad, con el fin de determinar y aplicar las estrategias de intervención profesional apropiadas a esa persona, familia y/o comunidad (Chiappe et al., 1989)

La primera etapa del proceso de enfermería es la valoración, en la que no solo se recopilan datos con la finalidad de llevar a cabo un análisis de conocimientos encaminados al desarrollo del juicio crítico y definir en un segundo paso la confiabilidad en la elaboración del diagnóstico de enfermería y las acciones que se llevarán a cabo para “otorgar cuidados” al patrón funcional alterado (Castells M, 2018).

De esta forma, un patrón funcional se puede entender como un “posible estándar en el comportamiento ideal” y la metodología de valoración, de acuerdo a los patrones funcionales, como una herramienta que facilita el trabajo y sirve de guía es la propuesta por Marjory Gordon que engloba 11 patrones funcionales.

Esta herramienta dirige de forma lógica la valoración holística (biológica-psicológica-social-espiritual), recabando información necesaria del paciente, la familia y el entorno, para dar cuidados a sus necesidades humanas, ya que ello y su concepción influyen en la calidad de vida, la salud enfermedad y el logro de su potencial humano a lo largo del tiempo (Castells M, 2018).

Al conocer el patrón funcional, se podrá detectar y analizar su alteración, enfocando los cuidados a esas necesidades humanas. Las disfunciones pueden ser observables o no y medibles o no medibles, pero siempre reflexionando los significados.

De acuerdo con NANDA, 2021-2023, la valoración incluye la recolección de información subjetiva y objetiva, además de una evaluación del historial clínico del paciente, el personal de enfermería debe identificar oportunidades de promoción de salud y riesgos para prevenir o retrasar posibles problemas.

En el caso de la valoración en el “riesgo de suicidio” es muy frecuente en el área de urgencias psiquiátricas y puede ser difícil de abordar, ya sea debido a las condiciones en la que se encuentra, física y/o emocionalmente el paciente, o bien debido a la ansiedad que puede representar para quién realiza la entrevista.

La valoración del paciente en el área de psiquiatría llevada a cabo por el personal de enfermería, incluye recabar información 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 necesarias dentro de un plan terapéutico global (NANDA, 2021-2023).

Patrones funcionales

Es conveniente realizar una valoración del estado mental al ingreso para obtener información inicial, para después realizar valoraciones breves que se podrán comparar con la valoración original para registrar 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, 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 factores biológicos, psicológicos y sociales.

Es importante valorar el estado mental en la ideación suicida, tomando en cuenta la información sobre el estado de ánimo del paciente y la presencia de psicosis, ya que esta aumenta el riesgo de suicidio (Benjet C, et al., 2009).

Por otra parte, se considera básico proteger al paciente de las lesiones que pueda ocasionar la conducta suicida, de ahí que el objetivo principal del profesional de enfermería es establecer una relación de confianza, para que los resultados sean provechosos. En la valoración de la conducta suicida se deben tener en cuenta 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, y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa.

De acuerdo a la NANDA 2021-2023, hay dos tipos de valoración:

Generalizada: permite valorar 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.

Focalizada: permite al profesional de la enfermería profundizar en información que se identificó en el tamizaje inicial y buscar señales adicionales que puedan apoyar o refutar el diagnóstico enfermero. En el caso de la conducta suicida se centrarán en los patrones que estén más involucrados como: El patrón percepción manejo de la salud, la *autopercepción- auto concepto y la tolerancia al estrés.

La valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, se puede utilizar en el área de enfermería de la salud mental y aporta una serie de ventajas, tales como: puede usarse independientemente del modelo de enfermería del que se parta, se adapta al ámbito del cuidado preventivo y de promoción de la salud; permite estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario del cuidado a la persona, en situaciones de salud o enfermedad, y facilita la vinculación de las fases del diagnóstico de enfermería al encontrarse en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. En la Tabla 2 se describen los patrones funcionales de Gordon que se utilizan en el área de enfermería de la salud mental (PAHO/WHO IRIS, 2017).

Tabla 2. Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Percepción manejo de la salud. <u>Que se observará:</u> 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. <u>Que se valorará:</u> 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. (Pérdidas)
- 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:

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRM)

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

Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Nutricional – metabólico.

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

Que se valorará: ¿Ha tenido pérdida 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 observará: Alteraciones del ritmo vigilia-sueño (en pacientes despiertos) e hipersomnia (en pacientes sedados), dificultad para conciliar y despertares frecuentes, fatiga 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 la ansiedad, inquietud, depresión. Es frecuente el sueño intermitente, el insomnio y el despertar precoz. A menudo aparecen pesadillas.

Que se valorará: 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 observará: Presenta alucinaciones auditivas (de mando), visuales. Presenta ideas delirantes (paranoides), pensamientos suicidas. Atención- orientación: se ven afectadas por la ideación persistente e intrusiva 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 suele caracterizarse por ideas repetitivas de autolesión. En el curso puede observarse inhibición, 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 valorará: Presenta alucinaciones auditivas (de mando), visuales. Presenta ideas delirantes (paranoides), pensamientos suicidas, percepción de sufrimiento y desesperanza.

Apoyos:

Mini mental

Auto percepción – auto concepto.

Que se observará: 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 valorará: 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:

Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)

Escala de depresión Geriátrica (GDS)

Rol – relaciones.

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

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

Adaptación – tolerancia al estrés.

Que se observará: 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 valorará: 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?

Apoyos:

Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)

Escala de impulsividad de Pluichik

Escala de estrés de Holmes-Rahe

Valores y creencias.

Que se observará: 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 rememorar el pasado en términos negativos y de culpabilidad, 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 valorará: 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.

Tomado de 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.

Diagnóstico de Enfermería

El Diagnóstico enfermero es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana a una condición de salud y/o proceso vital, o la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo, o comunidad. Permite seleccionar de una serie

de intervenciones definidas, las más convenientes para lograr los resultados esperados (NANDA, 2021-2023).

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 y un enfoque del diagnóstico o el concepto clave del diagnóstico (NANDA, 2021-2023).

Riesgo de Suicidio

El personal de enfermería hace 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 importancia en un paciente (NANDA, 2021-2023) 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.

Terminología del Suicidio

Para poder estandarizar la nomenclatura de la conducta suicida, en el 2007 Posner y colaboradores, proponen un algoritmo de clasificación de suicidio (C-CASA), mismo que ha permitido facilitar la definición (Posner et al., 2007)

El C-CASA es un sistema de clasificación que utiliza las definiciones de conducta suicida derivada 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. La intención de morir predice 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 CCASM favorece el uso del lenguaje enfermero, contribuyendo a la comunicación entre profesionales sanitarios y a la investigación de la conducta suicida desde el campo de la enfermería.

El C-CASA tiene ocho categorías que distinguen los eventos suicidas de los eventos no suicidas y los eventos indeterminados o potencialmente suicidas (Anexo 2).

Etiquetas diagnosticas semejantes al riesgo de suicidio

NANDA tiene algunas etiquetas que podrían causar confusión al momento de definir el “riesgo de suicidio”, mismas que se señalan en la Tabla 3.

Tabla 3. Definiciones de etiquetas diagnosticas semejantes a riesgo de suicidio

Diagnóstico	Definición
Desesperanza Código: 00124 Dominio: 6 Autopercepción Clase: 1 Auto concepto	Sentimiento de que uno mismo no experimentara emociones positivas, o una mejora en su estado
Automutilación Código: 00151 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia	Conducta deliberadamente auto lesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.
Riesgo de Automutilación Código: 00139 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia	Vulnerable a una conducta deliberadamente auto lesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Riesgo de Violencia Auto dirigida Código: 00140 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia	Vulnerable a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.
Riesgo de conducta suicidio Código: 00289 Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 3 Violencia	Susceptible de actos autolesivos asociados a intención de morir.

Tomado de NANDA International. Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2021-2023. Elsevier.

Se recomienda la valoración a profundidad, ya que esta posibilita la revisión de los datos obtenidos para su comparación con las características del diagnóstico “riesgo de suicidio”. Es importante mencionar que los profesionales de la enfermería deben tener el conocimiento acerca de las definiciones de los diagnósticos que utilizan con más frecuencia, y además conocer los datos y los indicadores que se emplean para efectuar el diagnóstico y sobre todo diferenciar uno de otro, en especial con aquellos que tengan características similares (NANDA, 2021-2023).

Desde el punto de vista del NANDA 2018, una forma de efectuar la diferenciación entre los diagnósticos similares, es observar donde se encuentran los diagnósticos en la taxonomía, es decir, los Dominios y las subcategorías o clases. La diferencia entre los diagnósticos de una misma clase se elimina de aquellos que compartan atributos similares.

Ya que con frecuencia en el área de salud mental y psiquiatría los intentos de suicidio se presentan como una urgencia hospitalaria, se debe considerar dentro de la atención que se proporciona por parte del profesional de enfermería en los diagnósticos propuestos por NANDA.

En un diagnóstico 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, etc. (NANDA, 2023), este se puede valorar en los patrones de percepción manejo de la salud, autopercepción- auto concepto, afrontamiento tolerancia al estrés. En la taxonomía

NANDA, se localiza en el Dominio Seguridad Protección dentro de la Clase de Violencia, con el código 00289.

Existen otros factores de riesgo como: los asociados a la depresión, ansiedad, uso de drogas, y trastornos psiquiátricos, sin embargo NANDA incluye factores de riesgo conductuales, psicológicos, sociales y verbales. En la Tabla 4, aparecen los factores de riesgo que son aptos de ser revisados por los profesionales de la enfermería, los propuestos por NANDA, los factores modificables y los que pueden surgir durante la hospitalización.²

Tabla 4. Factores asociados al riesgo de suicidio

Factores de riesgo NANDA	Factores modificables	Factores que se pueden dar durante su hospitalización
Conductuales 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 Demográficos Divorcio Edad (p. ej., ancianidad, adultos jóvenes, adolescentes) Etnicidad (p. ej., blanco, nativo, americano) Sexo masculino Viudez	Conductuales Cambios notables en el desempeño escolar Cambios notables en la actitud Cambios notables en la conducta Impulsividad Psicológicos Abuso de sustancias Culpa Trastorno psiquiátrico Situacionales Pérdida de autonomía Pérdida de la independencia Sociales Aislamiento social Alteración de la vida familiar Apoyo social insuficiente Desamparo Desesperanza Duelo Pérdida de relación significativa Problemas disciplinarios Soledad Verbales	Conductuales Cambios notables en la actitud, conducta Impulsividad Psicológicos Culpa Trastorno psiquiátrico Situacionales Pérdida de autonomía Sociales Apoyo social insuficiente Desamparo Desesperanza Soledad Verbales Amenaza con matarse Expresa deseos de morir

Físicos Dolor crónico Enfermedad física Enfermedad terminal Psicológicos Abuso de sustancias Antecedentes de maltrato infantil (p. ej., físico, psicológico, sexual) Culpa Historia familiar de suicidio Persona joven homosexual Trastorno psiquiátrico Situacionales 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 Sociales Aislamiento social Alteración de la vida familiar Apoyo social insuficiente Desamparo Desesperanza Dificultades legales Duelo Pérdida de relación significativa Problemas disciplinarios	Amenaza con matarse Expresa deseos de morir	
--	--	--

Soledad		
Suicidios en grupo		
Verbales		
Amenaza con matarse		
Expresa deseos de morir		

Tomado de NANDA International. Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020. Elsevier.

Objetivos del cuidado enfermero

De acuerdo a NANDA, 2018, la determinación de objetivos o metas esperadas, se refiere al resultado que se espera de los cuidados del personal de enfermería, lo que se propone alcanzar con respecto al paciente y lo que proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó. Dentro del diagnóstico de enfermería, estos objetivos proceden de la primera parte del diagnóstico enfermero.

- Componentes:

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

Verbo ¿Qué hará la persona (o que se observará) para demostrar el logro del resultado? Se deben usar 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.

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

Criterios de ejecuciones ¿En qué medida tendrá que hacerlo la persona?

Momento ¿En qué momento tendrá que hacerlo la persona?

También pueden entrar dentro del objetivo, el tiempo o plazo ya sea corto o largo.

- Evidencias:

Enunciaciones concisas que guíen posteriormente la evaluación, pruebas que sostengan el cumplimiento o alcance de los objetivos.

Los objetivos de enfermería estarán centrados en el caso de riesgo de suicidio para evitar un intento auto lítico, controlar la conducta auto lesivo, así como la conducta suicida.

4.1. HIPÓTESIS

A partir de la valoración con enfoque enfermero es posible detectar y prevenir factores de riesgo suicida en pacientes psiquiátricos o de otras enfermedades.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1. General

Identificar los expedientes con riesgo de suicidio cuyo empleo del proceso de valoración en Enfermería favorezca la detección y prevención del suicidio en pacientes con trastornos psiquiátricos u otras morbilidades del Hospital Cruz del Sur- Reyes Mantecón San Bartolo Coyotepec, Oaxaca.

4.2.2. Específico

Identificar los factores de riesgo suicida en los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur- Reyes Mantecón San Bartolo Coyotepec, Oaxaca

Identificar las comorbilidades que llevan al riesgo de suicidio.

V. MARCO METODOLÓGICO

5.1. Diseño

Este trabajo es un estudio documental retrospectivo, de tipo descriptivo.

5.2. Población y muestra

El universo estuvo constituido por 85 expedientes clínicos del periodo comprendido del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Se revisaron 85 expedientes de pacientes ingresados al área de psiquiatría. Tras una primera valoración se identificaron 38 expedientes con riesgo de suicidio.

5.3. Criterios de inclusión.

Para efecto de esta investigación se consideran aquellos expedientes que en sus características identifiquen problemas psicopatológicos de riesgo de suicidio.

Pacientes 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 (López Steinmetz, Lorena Cecilia, 2017).

5.4. Criterios de exclusión

Expedientes de los pacientes que ingresaron al servicio de TRIAGE fuera del periodo antes señalado y que se diagnosticaran con otras patologías diferentes a las que se marcan en los criterios de inclusión.

5.5. Criterios de eliminación

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

5.6. Instrumento

Se utilizó un formato, elaborado por Jacobo Jacobo, L. en el 2018, para la recolección de datos (Anexo 1), que tiene tres secciones: En la primera sección se recaban datos generales del paciente, en la segunda sección consistente en una lista de cotejo se revisa lo referente a la “conducta suicida” y en la última sección que, también se trata de una lista de verificación, se revisa lo correspondiente al diagnóstico de enfermería. Mediante el uso de la taxonomía NANDA. Se revisaron las estrategias e intervenciones de enfermería.

5.7. Recursos humanos

Pasante de la licenciatura en enfermería.

5.8. Recursos materiales

Expedientes clínicos, copias de formatos, lapiceros, computadora.

5.9. Procedimiento metodológico

Se solicitó a las autoridades correspondientes, del Hospital el permiso para la consulta y acceso a los expedientes de los pacientes que ingresaron al servicio de TRIAGE, posteriormente y en apego a la normativa legal para el manejo de esos documentos, se llevó a cabo por medio de las historias clínicas, la obtención de las características sociodemográficas (sexo, procedencia, edad, ocupación, estado civil) de los pacientes internos y los principales trastornos mentales que presentaron. Además, se realizó una revisión documental de los expedientes clínicos con la finalidad de identificar los factores de riesgo que, con mayor frecuencia, fueron utilizados en los registros enfermeros, así como criterios de resultados, indicadores e intervenciones y su congruencia teórica.

Tras la primera revisión se procedió a recabar los datos de los expedientes clínicos, en los cuales se encontraron condiciones que permitieron al investigador Reconocer la eficacia en el uso de la taxonomía NANDA.

5.10. Procedimiento estadístico

Para el procesamiento estadístico se utilizó Excel y se empleó la estadística descriptiva para su análisis.

5.11. Aspectos éticos

Conforme al derecho del paciente en cuanto a la titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de sus datos, en los términos de la Ley General de Protección de Datos Personales, se mantuvo la confidencialidad y el anonimato.

VI. RESULTADOS

En la Tabla 1, se presenta la 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 indica que es una población joven, también se puede observar que hay más mujeres.

Tabla 1. Edad y sexo en pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
< 18	12	14.11	8	9.40	20	23.51
19-29	22	25.88	15	17.64	37	43.52
30-39	13	15.29	9	10.60	22	25.89
40-49	1	1.18	2	2.36	3	3.54
50-59	1	1.18	2	2.36	3	3.54
Total	49	57.64	36	42.36	85	100

Fuente: Elaboración propia

Otra de las variables demográficas fue la de procedencia en la que se encontró que la mayoría de los pacientes internos eran oriundos de los municipios próximos a la capital y de las regiones del estado en una proporción de 85.7%, pero también había pacientes que eran de procedencia foránea (Chiapas, Veracruz y Puebla), representando el 14.3 % de los expedientes revisados.

En cuanto a la ocupación se pudo observar que la mayoría se encontraban desempleados (65.8%), sin embargo el 17.1% se dedicaba a actividades agrícolas y otros oficios como cargadores, ebanistas, herreros y jardineros (11.4%), y solo un 5.7% que tenía una formación académica superior, se dedicaba a actividades profesionales.

En la Tabla 2 se muestra los datos obtenidos con respecto al diagnóstico psiquiátrico, y se observa que la mayor prevalencia la ocuparon los trastornos de estado del humor o la afectividad con un 68.23%, seguido por los trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de sustancia psicoactivas (“cristal”) con un 15.29%.

Tabla 2. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Trastorno mental	Frecuencia	%
Trastornos del humor (afectivos)	58	68.23
Trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de sustancia psicoactivas (“cristal”)	13	15.29
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	5	5.89
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones	5	5.89

estresantes y somatomorfos		
Trastornos mentales orgánicos	2	2.35
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia	2	2.35
Total	85	100

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de las historias clínicas

En la Tabla 3, se muestran los datos obtenidos con respecto al hecho de tener o no, una comorbilidad psiquiátrica, y se observa que poco menos de la mitad de los pacientes no tuvo ninguna (45.88%), mientras que más de la mitad presentaba algún tipo de comorbilidad psiquiátrica (54.12%) El trastorno afectivo fue la más frecuente con 21.18%, seguida del trastorno de personalidad con un 17.65%.

Tabla 3. Prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Trastorno Mental	Frecuencia	%
Sin comorbilidad	39	45.88
Trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de sustancia psicoactivas	8	9.41

Trastornos del humor (afectivos)	18	21.18
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	15	17.65
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	5	5.88
Total	85	100

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de las historias clínicas

Por otra parte, con relación a la presencia de alguna comorbilidad médica, se encontró que solo el 48.23% tiene alguna, siendo la obesidad y/o el sobrepeso la más frecuente (25.88%), y el 51.77% no reporta alguna (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de comorbilidades médicas en pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Diagnóstico médico	Frecuencia	%
Sin comorbilidad médica	44	51.77
Epilepsia	8	9.41
Hipertensión	3	3.53
Hipogonadismo	2	2.35
Obesidad y/o sobrepeso	22	25.88
VIH	6	7.06
Total	85	100

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de las historias clínicas

Se muestran los datos de antecedentes previos de conductas suicidas y se observó que 13 de los 38 expedientes revisados (34.21%) presentaron intentos de riesgo por evento traumático, abuso de sustancias impulsividad y desesperanza. Mientras que el 4.82% presentaron riesgo por historia de intentos previos e impulsividad. Esto es posible observarlo en el riesgo individual presente (67.07%), como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Antecedentes de conducta suicida en pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

	Frecuencia	%
Sin antecedente	16	18.82
Familiares	2	2.35
Individuales	57	67.07
Ambos	10	11.76
Total	85	100

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de las historias clínicas

Tomando en cuenta el parentesco, de los expedientes revisados que tiene antecedentes familiares de intentos suicidas, el de mayor frecuencia fue el de hermanos y/o hermanas.

Para la recopilación de información en relación al método utilizado para la conducta suicida, se consultó la historia clínica de los pacientes, mostrando que menos de la mitad presentó un intento suicida (34.21%) y fue el motivo por el cual se ingresó.

Tabla 6. Diagnóstico de enfermería reportado en la hoja de plan de cuidados de enfermería al ingreso del paciente al Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Diagnóstico de enfermería	Frecuencia	%
---------------------------	------------	---

Con diagnóstico de riesgo de suicidio	13	15.29
Con otro diagnóstico	25	29.41
Sin diagnóstico	47	55.30
Total	85	100

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de los registros de Enfermería

Dentro de la información recolectada se contempló otros diagnósticos reportados, los cuales también fueron de consideración y representaron riesgo de suicidio (29.41%), mismos que se muestran en la Tabla 6.

Tabla 7. Otro diagnóstico detectado por el personal de enfermería en los pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Diagnóstico de Enfermería	Frecuencia	%
Aflicción crónica	2	2.35
Baja autoestima situacional	2	2.35
Control ineficaz de impulsos	6	7.06
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	2	2.35
Riesgo de violencia dirigida a otros	2	2.35
Síndrome postraumático post-violación	3	3.53

Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud	2	2.35
Trastorno de la percepción sensorial	6	7.06
Total	25	29.41

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de los registros de Enfermería

De otros diagnósticos detectados en los expedientes de pacientes con riesgo de suicidio, se encontró que el control ineficaz de impulsos (7.06%) y el trastorno de la percepción sensorial (7.06%) fueron motivo de riesgo, mientras que la aflicción crónica, baja autoestima, regulación en el estado de ánimo, también estuvieron presentes, pero con menor presencia (2.35%) respectivamente.

Los factores de riesgo con mayor presencia corresponden al 15.29% de la población total de pacientes con riesgo suicida de tipo individual, mismos que presentan características psicopatológicas como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Factores de riesgo y el número de veces identificados por el personal de enfermería en los pacientes ingresados en el Hospital Cruz del Sur del 01 de agosto del 2019 al 31 de julio del 2020.

Número de veces	Factores de riesgo	Frecuencia	%
2	Estado mental, evento traumático.	3	3.49
2	Expresa ideas de morir, abuso de sustancias.	3	3.49
3	Historia de intentos previos,	3	3.49

	impulsividad, desesperanza.		
1	Historia de Intentos previos.	2	2.41
2	Intentos de suicidios previos e impulsividad	2	2.41
	Total	13	15.29

Fuente: Elaboración propia de los datos obtenidos de los registros de Enfermería

6.1 Discusión

De acuerdo a los datos mostrados en la tabla 1 de los resultados, se puede observar que estos datos, concuerdan con lo reportado en las investigaciones a nivel mundial donde se señala que el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años, y que existe una mayor tendencia a intentos suicidas en mujeres en comparación con los hombres (OMS, 2014). En 2017 Hechavarría, L y colaboradores observaron que el riesgo suicida predomina en la edad comprendida entre la adolescencia y la juventud, porque con el aumento de la edad disminuye el intento, pero se incrementa el riesgo suicida, haciéndose más prevalente en el sexo femenino (Hechavarría, L et al., 2017).

Según los datos presentados en relación a los antecedentes previos de conductas suicidas, se presentaron antecedentes de intento de suicidio, con antecedente individual de intento de suicidio previo, al respecto Morales y colaboradores señalan que los sujetos que ya han intentado suicidarse, tienen 50 veces más riesgo de fallecer por suicidio en un periodo de un año posterior al evento (Morales, et al., 2017).

Es importante exponer que la mayoría de las personas que incurrir en comportamientos suicidas son imprecisos acerca de querer morir en el momento del

acto, y algunas de dichas conductas suicidas son el resultado impulsivo ante estresantes psicosociales agudos (OMS, 2014).

Asimismo es importante comentar que en los pacientes que no presentaron intento de suicidio, se hallaron datos sugerentes de conducta suicida, como: ideas de suicidio, amenazas de quitarse la vida, y dejar de comer; estos datos son importantes dentro de la valoración del riesgo, porque pueden asociarse al diagnóstico de “riesgo de suicidio”. En el 2017, Albuixech en su tesis doctoral, encontró que los diagnósticos NANDA más prevalentes asociados a la conducta suicida en un periodo de seguimiento de 4 años fueron: “riesgo de suicidio” y “enfrentamiento ineficaz” (Albuixech G., 2017). Lo que concuerda con los datos encontrados en la presente tesis donde se encontró que dentro de los diagnósticos NANDA registrados con mayor frecuencia, al ingreso del paciente, fue el “control ineficaz de impulsos”.

Un dato significativo a señalar es que en algunos de los registros de enfermería solo se encontraban notas de evolución, sin embargo el riesgo no pasaba desapercibido, ya que en dichas notas se describía en la valoración, la presencia o ausencia de ideación o planeación de conductas suicidas, tales como: “no refiere idea suicida”, “no presenta ideación suicida”, “niega idea suicida”, “se vigila por auto lesiones o por riesgo de suicidio”; sobre todo en los pacientes que ingresaron por haber presentado un intento de suicidio y por otro lado también se puede deducir que el diagnóstico de “riesgo de suicidio” dentro de la valoración que realizó el profesional de enfermería en el ingreso, no lo considero prioritario, no obstante que Albuixech en el 2017, argumenta que la detección precoz e identificación de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA “riesgo de suicidio” por el personal de enfermería del servicio de urgencias hospitalario, consigue una reducción en la probabilidad de repetir la conducta suicida siendo un predictor significativo (Albuixech, G., 2017).

En la tabla 8 de resultados se puede ver que existen diversos empleos de un factor de riesgo y varios factores de riesgo identificados por el personal de enfermería, pero el único que es común entre todos es el de “antecedentes de intentos suicidas”, mismo que es reportado en 3 ocasiones pero con diferente connotación no aplicada a NANDA (historia de intentos previos, intentos de suicidios previos), por lo que es necesario unificar el registro de uno o varios factores de riesgo y recordar que estos mantienen estrecha relación para la selección de los criterios de resultado NOC y NIC.

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 es importante tomarlo en cuenta como parte del riesgo, en el caso de: “impulsividad”, “expresa deseos de morir”, “desesperanza”; y “estado mental alterado” ya que son factores de riesgo donde sí se pueden establecer criterios dado la factibilidad de modificarse una vez que el profesional de la enfermería los aborda.

VII. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el trabajo realizado, se puede concluir que hay relación entre los factores de “riesgo de suicidio” señalados por la evidencia científica y lo que se ha observado en la práctica clínica, donde se muestra su asociación con los trastornos mentales, pero existe dificultad para su detección en los registros enfermeros.

El profesional de la enfermería tiene un papel fundamental en la detección precoz de la ideación suicida debido a su acostumbrada presencia en los servicios de salud. Cualquier comentario concerniente a la muerte debe ser tomado en serio, efectuar la valoración del riesgo de suicidio, fundamentar la valoración, comentar la valoración con otros miembros del equipo de salud que atienden al paciente y crear un plan para la seguridad y el cuidado según lo determinado en el resultado de la valoración. Por tanto, enfermería puede desempeñar un papel fundamental en la prevención del suicidio ya que tiene la formación y competencias necesarias para detectar y actuar en caso de ideas suicidas. Cabe resaltar, que las y los enfermeros que laboran en el primer nivel de atención y urgencias, son quienes tienen una mayor responsabilidad en la detección de la ideación suicida.

VIII. RECOMENDACIONES

El personal de enfermería del área psiquiátrica necesita dirigir sus intervenciones hacia la detección oportuna y el control del “riesgo de suicidio”, actualizando sus conocimientos en el uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC a través de la capacitación continua, aunque también otro factor que dificulta la correcta aplicación y uso de la taxonomía es el tiempo escaso con el que cuenta el personal de enfermería debido a la sobrecarga de actividades dentro del hospital, aunque no fue un objetivo de investigación en futuros estudios podría abordarse esta problemática.

IX. REFERENCIAS

- Albuixech García, M. D. R. (2017). Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico Nanda «00150 Riesgo de Suicidio». <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72730>.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Health Sciences.
- Arce, A. H., De Gámiz, E. B. L., Navarro, F. M., Martínez, H., & Jiménez-Lerma, J. M. (2003). Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Trastornos adictivos, 5(2), 58-74. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(03\)78556-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(03)78556-0)
- 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>
- Borges, G., García, J., Borsani, L., & Organización Panamericana de la Salud. (2016). Epidemiología de las conductas suicidas en México. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&is#page=54>
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2012). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Publica de México, 52(4), 292-304.

- Cabrejas, N. E., & Valero, S. M. (2021). Papel de la enfermería: En pacientes con riesgo suicida. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 468.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210518>
- 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>
- Castells, M. (2018). Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Cuerpo Editorial*, 6, 97-102.
- Cerezo, L. R. Primary Health Care nursing experience in the approach of users with Serious Mental Disorder (2019) *NURE Investigación*, 15 No.97
<https://scholar.archive.org/work/wu665lzkyje7zetbzip25m27b6i/access/wayback/http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/1446/855/>
- Chiappe, F. M., Montoya, M. O. O., Visbal, A. L., & Ruíz, R. (1989). Experiencia sobre la aplicación del proceso de enfermería en la atención al paciente mental. *Avances en Enfermería*, 7(1), 25-32.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/83550>
- Cuidados de enfermería en salud mental 2ED. (2010). Disponible en:
<https://pearson.es/espa%C3%B1a/TiendaOnline/cuidados-de-enfermeria-en-salud-mental-2ed>
- Diario Oficial de la Federación. DOF. NOM-025-SSA2-2014. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015
- Escamilla, Y. M. (2020). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030*. Editorial Elearning, SL.
- Fornés, J. (2008). Metodología científica y uso de taxonomías en salud mental. *Presencia Revista de Enfermería de Salud Mental*, 4, 7.
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista cuidarte*, 6(2), 1108-1120.
- González, L. G. (2023). La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista Construyendo Paz Latinoamericana*, (17), 114-129
- Grupo de Trabajo. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del*

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2022). http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf
- Hechavarría, L. G., Premiot, J. Y. M., Coroneaux, K. B., & Sorzano, N. L. (2017). Accionar de enfermería en el manejo de pacientes con conducta suicida. *Revista Información Científica*, 96(4), 596-604. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200006
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019, 12 de febrero). Datos. Mortalidad. Tabulados. Mortalidad general. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=91a63b16-b544-4b50-8b37-90d5868e9620ydb=Saludypx=Mental_06.
- Jacobo Jacobo, L. (2018). Diagnóstico de Riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y formulación de plan de cuidados (Doctoral disertación, Facultad de Enfermería y Nutrición). <http://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4570>
- López Steinmetz, Lorena Cecilia. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. 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.
- 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. *Psykhē*, 26(1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.939>
- NANDA International. Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020. Elsevier.
- NIC International. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier.

- NOC International. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2018). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. Elsevier.
- OMS. (2014). Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- OPS-OMS. Día Mundial para la Prevención del Suicidio: Tómame un minuto, cambia una vida. (2017). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13540:world-suicide-prevention-day-2017&Itemid=42406&lang=es).
- Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS. Temas de salud: Salud mental. (2022). Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/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. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- 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. (2017) Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. <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>
- Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Runeson, B. y Åsberg, M. (2003). Antecedentes familiares de suicidio entre las víctimas de suicidio. The american Journal of Psychiatry, 160 (8), 1525-1526. Citado por Jacobo Jacobo, L (2018). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1525>

- 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>
- Silva A, H.; Dawson A.; Gawarammana IB.; Tennakoon S.; Rajapakse T. (2018) Study protocol: a pilot randomized controlled trial to evaluate the acceptability and feasibility of a counseling intervention, delivered by nurses, for those who have attempted self-poisoning in Sri Lanka. Pilot Feasibility Study. 4(1):1-9 <https://link.springer.com/article/10.1186/s40814-018-0341-1>
- Simpson, H., Vives, M. D. L., & Martí, G. N. (1992). Modelo de Peplau: aplicación práctica. Ediciones Científicas y Técnicas.
- Tichenor, M., & Sridhar, D. (2019). Metric partnerships: global burden of disease estimates within the World Bank, the WHO and the Institute for Health Metrics and Evaluation. Wellcome open research, 4, 35. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15011.2>
- Valiente Morejón, W., Junco Sena, B., Padrón Vega, Y., Ramos Águila, Y., & Rodríguez Méndez, A. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. Revista Finlay, 8(2), 111-121. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200006
- Vidal, M. A. C., & Aguilar, J. P. D. (2022). Entidades en México con incidencia suicida durante la pandemia de COVID-19: Mexican Entities with Suicide Incidence during the COVID-19 Pandemic. South Florida Journal of Development, 3(2), 2661-2669 <https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1363>
- WHO (2021). LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf>
- Zapata, C. P. M., Villa, M. P., Morales, K. J. R., Febrys, I. C. U., & Gómez, M. L. Á. (2019). Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 21(1).

X. ANEXOS

Anexo 1

Primera sección Formato de recolección de datos Sociodemográficos

No. de registro	Edad	sexo	Diagnóstico de ingreso	Comorbilidad psiquiátrica	Enfermedad médica	Ocupación	Procedencia

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

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

Tercera sección diagnóstico de enfermería “Riesgo de suicido” en la hoja de registro de enfermería

	si	no
Diagnóstico de Enfermería		
Está bien elaborado el diagnóstico con base al NANDA 2018		

Palabra de enlace adecuada: r/c Relacionado con f/r Factor de riesgo m/p manifestado por		
Factor de riesgo identificado es con base al NANDA 2018		
Si cuál		
No cuál		
Criterio relacionado con el diagnóstico seleccionado y factor de riesgo con base a los criterios NOC		
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 usa		
Cuales NIC		
Reporta las actividades		
Notas subsecuentes que dé continuidad al diagnóstico		
Coinciden los factores de riesgo en notas subsecuentes		
Coinciden los criterios de resultado		
Coinciden los Intervenciones		

Tomado de Jacobo Jacobo, L. (2018). Diagnóstico de riesgo de suicidio en una unidad psiquiátrica y formulación de plan de cuidados (Doctoral disertación, Facultad de Enfermería y Nutrición).

Anexo 2

Algoritmo de clasificación de Columbia para la evaluación del suicidio C-CASA

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 explícita 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 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 (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 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. Fue llevado al hospital y admitió haberlo dicho. 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 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	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.

	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.	2) Un corte en el cuello
--	--	---------------------------------