



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMON DE LA
FUENTE MUÑIZ”, EN MÉXICO, D.F.

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
MARIA DE LOS ANGELES PÁEZ GONZÁLEZ

CON LA ASESORIA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DEL 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Lasty Balseiro Almario, asesora de esta Tesina por la paciencia y las enseñanzas recibidas de Metodología de la Investigación y la corrección de estilo, con lo que fue posible culminar exitosamente este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por las enseñanzas recibidas de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia que permitió obtener los aprendizajes significativos, de sus excelentes maestros.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, sede de la práctica clínica por haberme brindado la oportunidad de realizar los cuidados de Enfermería, con calidad profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres: Román Páez Márquez y Araceli González Serralde, por haberme inculcado los principios básicos de la superación profesional con amor, con lo que ha sido posible guiar mi camino.

A mi esposo: Eric Meléndez Cesáreo porque gracias a su amor y comprensión hasta los momentos más difíciles, he podido culminar la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

A mis hijos: Eric Michel y Kevin Meléndez Páez por ser fuente de mi motivación e inspiración para poder superarme cada día.

CONTENIDO

	PÁG.
INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4. UBICACIÓN DE LA TESINA.....	7
1.5. OBJETIVOS.....	9
1.5.1.General.....	9
1.5.2.Específicos.....	9
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	10
2.1. CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS ADOLESCENTES.....	10
2.1.1.Conceptos básicos.....	10
-De Suicidio.....	10
-De Conducta Suicida.....	11
2.1.2. Etiología de la Conducta Suicida.....	12
-Factores psicológicos.....	12
• Impulsividad.....	12

• Dependencia.....	13
• Expectativas irreales.....	14
-Factores familiares.....	14
• Problemas familiares.....	14
• Dependencia familiar.....	15
-Factores biológicos.....	15
• Crisis biológicas.....	16
2.1.3.Epidemiología de la Conducta Suicida.....	17
-En el Mundo.....	17
-En Europa.....	18
-En Estados Unidos.....	19
-En México.....	20
2.1.4.Factores de riesgo de la Conducta Suicida.....	21
-Modificables.....	21
• Trastornos Mentales.....	21
a) Bipolar.....	21
b) Psicótico.....	22
c) De ansiedad.....	23
d) De la conducta alimentaria.....	23
e) Depresión.....	23
f) Abuso de sustancias.....	24
• Factores familiares.....	25
a) Historia familiar del suicidio.....	25

b) Eventos vitales estresantes	26
c) Intentos y amenazas	26
-No modificables	27
• Edad	27
• Sexo	28
• Estado marital	28
• Ocupación	29
• Raza	29
2.1.5.Sintomatología de la Conducta Suicida	30
-Manipulación	30
-Ideación y planes suicidas	30
-Depresión	31
-Delirios	31
-Ansiedad	32
-Alteración de la alimentación	33
-Problemas escolares	33
2.1.6.Diagnóstico de la Conducta Suicida	34
-Médico	34
• Valoración	34
• Anamnesis	34
• Examen físico	36
-Exámenes de Laboratorio	36

• Perfil toxicológico.....	36
• Examen de embarazo.....	37
• Examen de ELISA.....	38
• Examen psicológico.....	38
2.1.7.Tratamiento de la Conducta Suicida.....	39
-Medico.....	39
• Farmacológico.....	39
a) Imipramina.....	39
b) Sertralina.....	40
• Psicoterapia.....	41
•Terapia electro convulsiva.....	42
3. <u>INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA</u>	43
3.1. EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	43
- Favorecer la educación, tanto escolar, como familiar.....	43
- Prevenir el alcoholismo y drogadicción en adolescentes y padres de familia.....	44
- Fomentar el entorno social, escolar y familiar evitando el aislamiento social.....	46
- Proporcionar conocimientos y habilidades para	

un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas.....	47
- Reducir sentimientos de ansiedad mediante el empleo de técnicas de relajación.....	48
- Alentar a los adolescentes a expresar sus sentimientos acerca del suicidio.....	49
3.2. EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA.....	50
- Actuar eficazmente ante cualquier tipo de emergencia.....	50
- Proporcionar un entorno seguro al paciente.....	50
- Vigilar cualquier cambio de actitud.....	51
- Vigilar la ingesta y eliminación de alimentos.....	52
- Buscar la solución de problemas.....	53
- Educar a la familia a que anticipe una crisis futura.....	53
- Vigilar la ingesta y eliminación de los medicamentos.....	54
3.3. EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA.....	55
- Iniciar un tratamiento terapéutico.....	55
- Evitar dejar solo al paciente por tiempos prolongados.....	56
- Mostrar el interés hacia el paciente.....	56

4. <u>METODOLOGÍA</u>	58
4.1. VARIABLES E INDICADORES.....	58
4.1.1. Dependiente: Conductas Suicidas.....	58
-Indicadores.....	58
4.1.2. Definición Operacional: Conducta suicida en el adolescente.....	59
4.1.3. Modelo de relación influencia de la variable.....	70
4.2. TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA.....	70
4.2.1. Tipo.....	71
4.2.2. Diseño.....	72
4.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.....	73
4.3.1. Fichas de trabajo.....	73
4.3.2. Observación.....	74
5. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	75
5.1. CONCLUSIONES.....	75
5.2. RECOMENDACIONES.....	78
6. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	82
7. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	92
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	104

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

	PÁG.
ANEXO N°1: TASAS DE SUICIDIO POR 100000 HABITANTES EN MÉXICO	84
ANEXO N°2: TASA DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS	85
ANEXO N°3: TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD	86
ANEXO N°4: TASA DE SUICIDIO POR PAÍS, POR 100,000 HABITANTES	87
ANEXO N°5: FACTORES DE RIESGO DE SUICIDO EN LA ADOLESCENCIA	88
ANEXO N° 6: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO DE BECK	89
ANEXO N°7: SAD PERSONS SCALE DE VALORACIÓN DE RIESGO	90
APÉNDICE N°1: FACHADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”	91

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, en adolescentes con Conductas Suicidas, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, en México, D.F.

Para realizar esta investigación documental, se han desarrollado ocho importantes capítulos, que a continuación se presentan la misma en:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la Tesina, que incluyen los siguientes apartados: Descripción de la situación del problema, identificación del problema, justificación de la investigación documental, ubicación del tema de estudio y objetivos, general y específicos.

En el segundo y tercer capítulos se ubica el Marco teórico de la variable Conductas Suicidas y las Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con estas patologías, a partir del estudio y análisis de la información necesaria que apoyen el problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el cuarto capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas, así como también los indicadores de ésta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de la relación de influencia de la variable. Forma parte de este capítulo, el tipo y diseño de la Tesina, así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizados, entre los que están: las fichas de trabajo y la de investigación.

Finaliza esta Tesina con las Conclusiones y Recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas, que están ubicadas en los capítulos: quinto, sexto, séptimo y octavo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar ésta Tesina se pueda contar de manera clara con las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia para propiciar los cuidados necesarios a los adolescentes con Conductas Suicidas.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, fue concebido por su fundador como una institución capaz de transformar la manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en problemas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas¹.

Así el Instituto tiene como antecedente el Centro Mexicano de estudios en Farmacodependencia (CEMEF), creado en 1972 con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, relacionados con la farmacodependencia². Ahora debido a la necesidad de ampliar su capacidad instalada y en respuesta de las gestiones del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de estudios en Salud Mental (CEMESAM) en sustitución del anterior, con la finalidad de ampliar su ámbito de competencia en el importante aspecto de Salud

¹Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Antecedentes históricos*. México, 2014. p 1. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>. Consultado el 10 de marzo del 2015.

² Id.

Mental. Así el reto más importante de esos años fue hacer posible la investigación en Salud Mental en México y crear un espacio donde se pudiera llevar a cabo.³

Posteriormente, en 1979 junto con un grupo de colegas y alumnos, se pensó que había llegado el momento de fundar un Instituto de investigación y de formación personal en todos los niveles. Así, se desarrolló el Instituto con laboratorios de investigación básica y clínica, así como el área de estudios epidemiológicos, sólo después, se construyó el Hospital. Años más tarde, en 1988, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto de creación del Instituto Nacional de Psiquiatría y el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz es nombrado como su Director General por dos periodos, del 1988 al 1998. Así el Instituto Nacional de Psiquiatría tomó el nombre de Ramón de la Fuente Muñiz, en honor a su fundador⁴.

Así, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” cuenta con los servicios clínicos áreas de consulta externa en donde se integran seis módulos con treinta y ocho consultorios y doce clínicas de subespecialidades destinados a la atención externa. En el área de atención Psiquiátrica, continua se encuentran cuatro consultorios y un área de observación con dos camas no censables y

³Id.

⁴Id.

en el área para la hospitalización, se cuenta con 50 camas censables y un área para la aplicación de Terapia Eléctrica con dos camas de recuperación no censables.

Hoy por hoy, el Departamento de Enfermería cuenta con una plantilla de enfermeras profesionales de las cuales el 70% son especialistas en Psiquiatría, y salud mental, delimitando las siguientes áreas: supervisión, jefatura de servicio, hospitalización, atención psiquiátrica continua, terapia eléctrica y ECG y coordinación de enseñanza en enfermería. Aunque el 70% del personal es especialista, en salud mental también se debieran incrementar los profesionales de la licenciatura en enfermería para garantizar la atención profesional en los pacientes.

Por ello, se considera que para el cuidado de los pacientes, el Instituto, debiera contar con mayor número de personal profesional a nivel licenciatura y posgrado, ya que como se mencionaba este personal de enfermería constituye un 70% del personal del hospital que permite la atención integral las 24 horas del día para el cuidado y la atención de los enfermos⁵. (Ver apéndice N°1: Fachada del Instituto Ramón de la Fuente Muñiz)

⁵Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Manual de organización del departamento de enfermería*. México. 2011. p 4-5. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/normateca/archivos/manuales_organizacion/MO-06-SH-De-2011.pdf. Consultado el día 10 de marzo del 2015.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las Intervenciones de la Licenciada de Enfermería y Obstetricia en los adolescentes con Conductas Suicidas en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, en México, D.F.?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar porque el suicidio es un fenómeno complejo en el que influyen diversos fenómenos de riesgo: biológicos, psicológicos, sociales entre otros; pero que, pueden ser predecibles a través de la conducta suicida como: ideación, planeación, intento. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fomenta en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para su prevención.⁶

En segundo lugar los suicidios se han convertido en un problema que cada día se incrementa más dado que, de acuerdo a las estadísticas de mortalidad, durante 2011 en el país se registraron 5 mil 718

⁶INEGI. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención de suicidio*. México, 2014 p 1. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>. Consultado el día 5 de marzo del 2015.

suicidas, de los cuales 80.8 %fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a las mujeres. Esto implica que ocurren cuatro suicidios de hombres, por cada suicidio de una mujer.⁷

Finalmente, se justifica porque la adolescencia es un periodo particularmente vulnerable de la vida de la persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones puede ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida del individuo por lo que es indispensable la atención inmediata de un profesional como el Licenciado de Enfermería y Obstetricia, especialmente para prevenir las conductas suicidas.

1.4. UBICACIÓN DE LA TESINA.

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Psiquiatría, Psicología y Enfermería.

Se ubica en Psiquiatría porque la mayoría de los estudios que se han realizado una autopsia psicológica se ha demostrado que el 90% de los suicidas tenían un trastorno psiquiátrico en el momento del suicidio. Este trastorno psiquiátrico más frecuente entre los sujetos

⁷Id.

suicidas, es el afectivo, seguido del abuso de sustancias y la esquizofrenia.

Se ubica en Psicología porque esta es la ciencia que estudia las conductas humanas y los comportamientos de las personas en donde una conducta suicida implica buscar morir, aunque también puede manifestarse por otras razones como el alivio del estrés, petición de ayuda, intento de manipulación o simplemente la incapacidad de encontrar otra alternativa a la situación insoportable del paciente. Por eso es necesario el apoyo psicológico, dado a que la mayoría de los actos suicidas que no son consumados, se necesita la recuperación a mediano y largo plazo y lograr que estas personas se reintegren a su vida cotidiana.

Se ubica en Enfermería porque la conducta suicida es un problema mundial, nacional, local y familiar y los profesionales de Enfermería deben que estar activamente implicados en prevenir suicidios educando a la población en general sobre factores de riesgo, signos suicidas y actuaciones potenciales. Así, cuando el riesgo del suicidio se identifica, los profesionales de enfermería tienen que actuar rápidamente y eficazmente ya que si el suicidio ha tenido éxito, las Enfermeras deben apoyar a la familia y amigos de la víctima para prevenir la posterior traumatización de los supervivientes.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General.

Analizar las Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, en México, D.F.

1.5.2. Específicos.

- Identificar las principales funciones y actividades que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe realizar en los cuidados preventivo, curativo y de rehabilitación, en adolescentes con Conductas Suicidas.

- Proponer las diversas Intervenciones que la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe llevar a cabo de manera cotidiana en los adolescentes con Conductas Suicidas.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS ADOLESCENTES

2.1.1. Conceptos básicos.

-De suicidio

Según Bernabeu M. D. ⁸Emily Durhkeim en 1974, definió el suicidio como, todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, quien sabe el resultado que se ha de producir. A nivel etimológico proviene de dos términos: SUI = de sí mismo CAEDERE= Matar.

Para Araiza M. A. la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁹ define al suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando sus resultados y a través de la cual pretende obtener los cambios deseados.

⁸Ma. Dolores Bernabeu. *Enfermería Psiquiatría y en salud mental*. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. 2ed. Madrid, 2006. p.196.

⁹María Álvarez Araiza. *Guía Práctica Clínica sobre la Depresión mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Madrid, 2010. p 4. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresión-infancia_completa_apartado_09/suicidio.html. Consultado el día 7 de marzo del 2015.

Finalmente, para Morrison M.¹⁰ un intento de suicidio de un adolescente es una llamada de auxilio, todo se debe a que la sociedad actual es compleja y ejerce múltiples influencias sobre los jóvenes en desarrollo. Los factores que pueden influir en los comportamientos suicidas son: la mayor competencia por los recursos menores, la exposición del adolescente a abusos, el rechazo, la inestabilidad del seno de la familia, la existencia de depresión u otras enfermedades, el acceso a pistolas u otras armas y el mayor consumo del alcohol o drogas.

-De Conducta Suicida

Para Dulanto E.¹¹ las ideas de suicidio pueden ser momentáneas o persistir en el tiempo y terminar en un intento o en un suicidio consumado. De acuerdo con Garrison, las conductas suicidas, que llevan intencionalmente la idea de quitarse la vida se clasifica en: Suicidio consumado, que es la consecuencia de un acto intencional; intento de suicidio, que es el acto intencional de quitarse la vida, pero en el cual el adolescente sobrevive y gesto suicida, que es un acto que simboliza el suicidio pero no se implica el riesgo para la vida y finalmente, ideas suicidas que son pensamientos de quitarse la vida.

¹⁰Michelle Morrison. *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1997. p. 225.

¹¹Enrique Dulanto. *El Adolescente*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2000. p. 1322.

Así, para Cañón S. C.¹² las conductas suicidas en los niños y adolescentes se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarte daño a sí mismos. De hecho se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida); las conductas suicidas sin resultado de muerte (intento o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados.

2.1.2. Etiología de la Conducta Suicida.

-Factores psicológicos.

- Impulsividad.

Para Flaherty J.¹³ la impulsividad es un factor clave en la conducta suicida ya que una persona impulsiva puede sentir repentinamente que su sufrimiento puede ser terminado con el suicidio y actuar en consecuencia, antes de entrar en otras consideraciones.

¹²Sandra Cañón. *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes*. Redalyc, Bogotá, 2011. 11(1): 63. Disponible en: http://www.Redaly.org.ca2id=273819434005.com_ Consultado el día 5 de marzo del 2015.

¹³Joseph Flaherty. *Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana. México, 1990.p. 70.

Para Téllez J.¹⁴ el componente impulsividad-agresividad se manifiesta como antecedente de conductas agresivas e impulsivas y como rasgos de personalidad que configuran el grupo de los trastornos de personalidad: trastorno antisocial, limítrofe, histriónico y narcisista. La historia de intentos de suicidio previos y la historia familiar de actos suicidas, son indicadores claves de la presencia de la diátesis o vulnerabilidad y sugieren la posibilidad de la existencia de un factor hereditario, tanto para el comportamiento suicida, como para los trastornos afectivos.

- Dependencia.

Las personas que dependen de otras para mantener su autoestima, requieren de una atención constante y que a pesar del apoyo con el que cuentan, siempre se sienten privadas de afecto, confianza y atención han sido designados como insatisfechos- dependientes. Este

¹⁴Jorge Téllez Vargas. *Impulsividad y suicidio*. México, 2014. p 62.

Disponible en:

http://www.asodep.org/index.php?option=com_content&view=article&id=106:impulsividad-y-suicidio&catid=44:conductas-suicidas&Itemid=74.com.

Consultado el día 7 de mayo del 2015.

conjunto de rasgos de la personalidad combinados con depresión o alcoholismo, han sido asociados con un riesgo alto de suicidio.¹⁵

- Expectativas irreales.

En cuanto a expectativas irreales les producen las personas que tienen expectativas excesivamente ambiciosas o irreales con respecto a sí mismas y a los otros con frecuencia sufren decepciones y pueden no ser capaces de buscar apoyo en momentos de estrés. Si estas personas se deprimen, corren un riesgo aumentado de suicidarse.¹⁶

-Factores familiares.

- Problemas familiares.

Para Fornes J.¹⁷ los problemas familiares implican los fracasos en las relaciones de la pareja o las relaciones familiares que se presentan alteradas y con problemas además de los repetidos fracasos laborales y sociales. Los procesos relacionados con la edad y el fallecimiento de algún miembro de la familia, serán alguno de estos factores de riesgo

¹⁵Joseph Flaherty. Op. Cit. p 71.

¹⁶Id.

¹⁷Joana Fornes, *Enfermería en salud mental y psiquiátrica: Planes de cuidado*. Ed. Médica. Panamericano. Madrid, 2005 p. 161.

suicida. Es decir, según Macías T.¹⁸ si hay conflictos familiares o de pareja graves, no soslayarlos y medir su posible repercusión en los hijos, ya que una intervención a tiempo en la familia, evita problemas mayores en el adolescente.

- Dependencia familiar.

El adolescente depende emocionalmente de la familia y todo lo que sucede dentro del grupo, repercute en sus emociones. Ante una situación de crisis o frustración, el adolescente necesita de aquellos que le rodean. Por esta razón, si convive con una familia que lo comprenda y apoye brindándoles modelos estables y firmes, estará más protegido.¹⁹

-Factores biológicos

Dos variables biológicas han sido asociadas con un riesgo aumentado de suicidio. Por ejemplo, la depresión. Aquí se observó que los pacientes deprimidos con niveles reducidos de 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo, corren un mayor riesgo de suicidio. Además la presencia de niveles urinarios elevados de 17-

¹⁸Guido Macías. *Ser adolescente*. Ed. Trillas. México, 2000. p.112.

¹⁹Enrique Dulanto. *Op Cit.* p. 1322.

hidroxicorticosteroides, también ha sido asociada con un la disfunción aumento de este riesgo.²⁰

Para Moya J.²¹ en este contexto biológico, los desequilibrios en diversos sistemas de neurotransmisores ocupan un lugar destacado. En consecuencia, no resulta sorprendente que también en el caso de los comportamientos suicidas se hayan documentado ciertas disfunciones en los neurotransmisores. La más citada es la disfunción en el sistema serotoninérgico.

- Las crisis biológicas

Para Fornes J.²² las crisis biológicas, como la adolescencia, el puerperio, la menopausia, o andropausia, que supone en un desequilibrio hormonal influyen en lo neurofisiológico y lo temperamental, por lo que en estos períodos, las personas estarán más predispuestas a una conducta suicida.

De hecho la adolescencia, es considerada como una etapa dolorosa en la que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad

²⁰ Joseph Flaherty. Op. Cit. p 77.

²¹ Joseph Moya. *La Conducta Suicida en Adolescentes: Sus complicaciones en el ámbito de la justicia juvenil*. México, 2007. p 6. Disponible en: <http://www.osamcat.cat>. Consultado el día 6 de marzo del 2015.

²² Joana Fornes. Op. Cit. p.161.

y depresión. La tentativa de suicidio es una conducta significativa en ésta etapa y plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis.²³

2.1.3. Epidemiología de la Conducta Suicida

-En el mundo

Según Bobes J. el suicidio es una de las causas de muerte más frecuente. Al año, mueren alrededor de un millón de personas por este motivo, lo cual supone un 1.8% del total de los fallecimientos, y sitúa al suicidio como una décima causa de muerte en 1998.

Las cifras anteriores, suponen que el suicidio es equiparable en términos de mortalidad con prioridades de Salud Pública como el cáncer de pulmón. Según las estimaciones de la OMS para el año 2020 aproximadamente un millón y medio de personas fallecerán por suicidio y de 15 a 30 millones cometerán una tentativa suicida.²⁴

²³Rosalía Garduño Ambriz. *Suicidio en adolescentes*. México, 2011. p.6. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

²⁴Julio Bobes García. *Comportamiento Suicida prevención y tratamiento*. Ed. Ars Médica. Madrid, 2004 .p 11.

Para el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la situación del suicidio en adolescentes, es un fenómeno en aumento a nivel mundial pues cifras de la OMS indican que para el 2012 se presenta como la segunda tasa más alta de muerte para este grupo de población con los suicidios por cada cien mil personas de 15 a 19 años.²⁵ (Ver Anexo N°1: Tasa de suicidio (x100000 habitantes en México).

-En Europa

En un estudio comparativo de la evolución del suicidio se observó que los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia, presentan las tasas de suicidio más elevadas del mundo, mientras que Grecia presenta la tasa de suicidio más bajas. La evolución temporal del suicidio en Inglaterra y Gales muestra un aumento de las tasas de suicidio sobre todo en el periodo de 1970-1990. Sin embargo, tras este aumento, se observa un descenso año a año en grupos de edad de 15-24 años²⁶.

Según las estadísticas de España las cifras de suicidio se sitúan entre 3-5 años por 100000 lo que supone una 1700 por año. Según estos

²⁵INEGI. Op. Cit. p 10.

²⁶ María Álvarez Araiza. Op. cit. p 28.

datos España se situaría en cuanto a suicidios en los últimos lugares de Europa²⁷.

-En Estados Unidos

Para Schoen B.²⁸ el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15-19 años de edad. De los 400000 adolescentes que cometen un intento de suicidio, cada año, 5000 a 10000 tienen éxito. Un 50% de los estudiantes de universidad examinados informó de haber considerado en verdad el suicidio o haber intentado suicidarse alguna vez en el pasado.

Para Townsed M²⁹ alrededor de 30000 personas en Estados Unidos terminan sus vidas cada año por suicidio. Estas estadísticas establecen que es la tercera causa de muerte, entre jóvenes de 15-24 años de edad, la quinta causa de la muerte entre los 25 y los 44 años, y la octava causa de muerte entre los individuos de 45 y 64 años. En la actualidad, el suicidio es el problema principal de atención de salud en Estados Unidos.

²⁷Ma. Dolores Bernabeu. Op. cit. p 197.

²⁸Bárbara Schoen. *Enfermería de salud Mental y Psiquiátrica, adaptación y crecimiento*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, 2000. p 417.

²⁹Mary Townsed *Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría*. Ed. Mc Graw Hill. México, 2008. p 366.

-En México

Para el INEGI, en el caso de México la tendencia del suicidio consumado va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de mortalidad durante el 2012 en el país, se registraron 5549 suicidios, de los cuales 80.6% fueron consumados por hombres y 19.4 % por mujeres, lo que significa que ocurren 4 suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. El suicidio va en aumento y para los adolescentes no es la excepción en 1990 en hombres representa una tasa de 4 y una mujer de 1.4 por cada 2000 por cada 100 mil adolescentes, en tanto que para el 2012 fue de 10.5 y 4.3 por 100 mil adolescentes respectivamente. (Ver Anexo N°2: Tasas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años). En México, la OMS fomenta el día mundial de la prevención del suicidio el 10 de Septiembre³⁰(Ver Anexo N°3: Tasas de suicidio por país por 100000 habitantes.)

Según Borges Guilherme³¹ en México se dieron 4388 muertes por suicidios durante el 2007 en toda la república, las cuales se distribuyeron por causas y sexo. En ambos sexos, la enorme mayoría de los suicidios se cometió por ahorcamiento. Para las mujeres, la segunda causa fue por envenenamiento, mientras que para los hombres fue por uso de arma de fuego. Actualmente el suicidio se

³⁰ INEGI. Op. cit. p 9.

³¹ Guilherme Borges. *Suicidio y Conductas Suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. Salud Pública de México. México, 2010. Julio-agosto. 52 (4): 2950.

incrementa muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Para los varones jóvenes, la mortalidad por esta causa en el grupo de 14-19 años representa el 10.64% del total de las muertes por suicidio. El 15.40% de ese mismo total se da en el grupo de 20-24 años y 13.73% en el grupo de 25 a 29 años (Ver Anexo N°4: Tasas de mortalidad por suicidio por sexo y grupos de edad.)

2.1.4. Factores de riesgo de las Conductas suicidas

-Modificables

- Trastornos mentales

a) Bipolar

Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio. El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas, siendo 15 veces mayor en estos casos, que en la población general.³²

³² María Álvarez Araiza. Op. Cit. p. 40.

b) Psicóticos

Los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio, fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, también tiene tiempo, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria. El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con Esquizofrenia tendrán un intento de suicidio a lo largo de su vida. Sin embargo, debido a que este trastorno es relativamente poco frecuente en la población general, no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global.³³

De igual forma, los pacientes con alucinaciones auditivas no tienen un mayor riesgo de suicidio que otros pacientes psicóticos. Sin embargo, dado que algunos parecen actuar en respuesta a dichas alucinaciones, es importante identificarlas y evaluarlas en el contexto de otras características clínicas.³⁴

³³ Id.

³⁴ Id.

c) De ansiedad

Los trastornos de ansiedad si pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.³⁵

d) De la conducta alimentaria

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina en general. Dentro de estos trastornos, la Anorexia Nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio, sobre todo, en mujeres durante la adolescencia tardía.³⁶

e) Depresión

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente asociado con el suicidio. Un 65% de las personas que cometen suicidio han sido

³⁵ Id.

³⁶ Id.

diagnosticadas con alguna forma de depresión³⁷. Ahora se considera más de un 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor y de éstos, un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y un 15% finalmente, se suicida. La depresión con o sin trastornos de ansiedad, se asocia con un 43 % a 76%.³⁸

Entonces, para Salomón P.³⁹ la depresión es el precursor más común del suicidio y el paciente deprimido que exhibe los síntomas siguientes en forma intensa deberá ser considerado como un riesgo grave: Culpa en especial por un familiar fallecido, sentimientos de insignificancia y desesperación, sentimientos de desesperación, deseo intenso de castigo, aislamiento y decepción, pérdida de sueño, de hambre, sexo y actividad.

f) Abuso de sustancias

El uso de sustancias, fundamentalmente el alcohol y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo, como factor precipitante de Conductas Suicidas⁴⁰. Por ejemplo, el 10% de los suicidios por trastornos mentales son protagonizados por alcohólicos, el 20% de los alcohólicos tienen algún

³⁷Joseph Flaherty. Op. cit. p 69.

³⁸Sandra Cañón. Op. cit. p 63

³⁹Philip Salomón. *Manual de Psiquiatría*. Ed. Manual Moderno. México, 1974. p 203.

⁴⁰Enrique Dulanto. Op. Cit. p 1325.

intento de suicidio⁴¹. Así, para Gelder M.⁴² el alcoholismo es el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente entre los que mueren por suicidio, se le encuentran en por lo menos 15-25% de los casos. Los estudios de seguimiento de los alcohólicos confirman este alto riesgo suicida

- Factores familiares

Para Pérez B.⁴³ pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con los padres, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida.

a) Historia familiar del suicidio

De hecho, los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos. Ahora bien, estudios realizados en niños adoptados

⁴¹Ma. Dolores Bernabeu. Op Cit. p 198.

⁴²Michael Gelder. *Psiquiatría*. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. México, 1989. p 473.

⁴³Berenice Pérez .*Prevalencia y factores asociados a la ideación intento suicida en adolescentes de media superior de la República Mexicana*. Salud Pública de México. México, 2010. Julio-agosto 52 (4): 325.

mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio, tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho.⁴⁴

b) Eventos vitales estresantes

Las situaciones estresantes, como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo⁴⁵. Por ejemplo el paciente sin dinero, trabajo, amigos o prospectos futuros tiene menos estímulo para vivir que aquel que es un financiero social⁴⁶

- Intentos y amenazas

Entre el 25 y el 50% de los actos consumados, tienen intentos previos porque existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas⁴⁷. Así el deseo de morir la afirmación repetida por parte del paciente de que estaría mejor muerto, debe ser tratado con máxima seriedad. Cerca de la mitad de los que se suicidan tienen una historia de

⁴⁴María Álvarez Araiza. Op. Cit. p 43.

⁴⁵Id.

⁴⁶Philip Salomón. Op. Cit. p 202.

⁴⁷Enrique Dulanto. Op. Cit. p. 1324.

intentos anteriores. La puesta en escena del intento, constituye también una indicación importante de la gravedad del intento suicida⁴⁸. (Ver Anexo N° 5 Principales Factores De Riesgo)

-No modificables

- Edad

El riesgo del suicidio aumenta más con la edad. Las personas mayores de 65 años de edad representan un 25% de todos los suicidas⁴⁹. De hecho, los suicidios completados son más comunes entre los hombres, ya que las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; aunque la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 10 y 15 años se han ido incrementando, principalmente de los 15 y 25 años⁵⁰.

⁴⁸Philip Salomón. Op. Cit. p. 202.

⁴⁹Joseph Flaherty. Op.cit. p 64.

⁵⁰Rosalía Garduño Ambriz. Op. Cit. p 8.

- Sexo

Las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia 3 veces mayor que los hombres. Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia 3 veces mayor que las mujeres⁵¹. Entonces, mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. Los hombres utilizan medios más violentos y por lo tanto, el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres. En cambio, en las mujeres, es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.⁵²

- Estado marital

Las personas solteras, divorciadas o viudas corren un mayor riesgo de suicidio que las personas casadas. Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol. Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida por separación, divorcio o viudedad.⁵³

⁵¹María Álvarez Araiza. Op. Cit. p 41.

⁵²Rosalía Garduño Ambriz. Op. Cit. p 8.

⁵³María Álvarez Araiza. Op. Cit. p 44.

- Ocupación

En cuanto a la ocupación los sujetos sin empleo corren más riesgo de suicidarse que los sujetos que poseen trabajo. Sin embargo, recientemente se ha registrado en trabajadores no especializados⁵⁴. Ahora en el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio. También trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio, por el contrario, un bajo nivel educativo, se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio⁵⁵

- Raza

Los blancos han mostrado mayor índice de suicidio que los negros. Sin embargo, recientemente se ha registrado un aumento de índice de suicidios en los negros especialmente, en negros adolescentes.⁵⁶

⁵⁴Rosalía Garduño Ambriz. Op. Cit. p 15.

⁵⁵María Álvarez Araiza. Op. Cit. p 44.

⁵⁶Id.

2.1.5. Sintomatología de la Conducta Suicida

Algunos síntomas que el personal de salud puede identificar son: cambios en las notas escolares, pérdida de interés e iniciativa, rápidos altibajos emocionales, desafiar las reglas y normas, desafiando cambiando las relaciones familiares, cambio en la higiene personal, y aislamiento de los demás etc.⁵⁷

-Manipulación

Debe advertirse que ante la generalización de las amenazas suicidas, el equipo profesional puede tender a interpretarlas en términos de manipulación y en consecuencia, puede no tomar demasiado en serio los riesgos. Parece claro, no obstante, que es mejor pecar de prudencia, aun corriendo el riesgo de ser objeto de manipulación.⁵⁸

-La ideación, y planes suicidas

La mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente, y como se ha mencionado anteriormente, en varones es la ideación y planes suicidas. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los

⁵⁷Michelle Morrison. Op. cit. p.226.

⁵⁸Joseph Moya. Op. cit. p 10.

adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio, han cometido al menos, un intento previo.⁵⁹

-Depresión

La depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicidas ya que las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente de este riesgo. Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta⁶⁰.

-Delirios

Para Chalem F.⁶¹ las alucinaciones depresivas normalmente consisten en una sola voz hablando a la persona desde fuera de su cabeza con

⁵⁹María Álvarez Araiza. Op. Cit. p 42.

⁶⁰Rosalía Garduño Ambriz. Op. cit. p17.

⁶¹Fernando Chalem .*Depresión y Suicidio, Diagnóstico y Síntomas Clínicos. Medicina familiar educación continuada para el médico general*. Bogotá, 2010. p. 1. Disponible en:<http://encolombia.com/libreriadigital/lmedicina/ecmg/fasciculo-4/ecmg4-depresion2/#sthash.0wtxDmns.dpuf>. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

contenido suicida o despectivo. Los delirios depresivos se centran en temas de culpa, enfermedad física, muerte, nihilismo, castigo merecido, incapacidad personal y a veces persecución. Estos delirios no suelen darse en la pubertad, probablemente debido a la inmadurez cognitiva, pero están presentes en aproximadamente la mitad de los adolescentes, con trastorno depresivo y síntomas psicóticos.

-Ansiedad

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por el comportamiento suicida.

-Alteración de la alimentación.

Para Bertolote J. M.⁶² por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de Anorexia o Bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran que también los varones pueden sufrir de Bulimia o Anorexia.

- Problemas escolares

Recientemente se ha encontrado que la mayoría de los estudiantes que tienen ideas suicidas se ven altamente influenciados por su rendimiento escolar. La evaluación que hacen los colegios de sus estudiantes incorpora muchos aspectos de carácter formal e informal que de una u otra manera apuntan a hacer juicios de valor sobre el desempeño escolar entonces, los adolescentes con depresión, harán un reflejo de su estado de ánimo en su rendimiento escolar, el cual será bajo y en algunas ocasiones, ausente.⁶³

⁶²José Manoel Bertolote. *Prevención de la conducta suicida*. Madrid, 2012. p 5. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

⁶³Id.

2.1.6. Diagnóstico de la Conducta Suicida

-Médico

- Valoración

Para Valente S.⁶⁴, según la Preventive Service Task Force estadounidense, los profesionales de la salud deben evaluar de manera sistemática los riesgos de depresión y suicidio en todos los pacientes atendidos en el contexto de la atención primaria. Los instrumentos de valoración es el inventario de depresión de Beck no obstante dado a que los instrumentos de valoración se deben de utilizar para identificar a las personas con riesgo de suicidio se requiere una valoración más detallada, con la escala de la Desesperanza. (Ver Anexo N°6: Escala de valoración de riesgo de suicidio Beck).

- Anamnesis

Una adecuada atención a los pacientes con Conducta Suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención. Con frecuencia, los pacientes que acuden a un servicio de urgencias son valorados en un periodo corto de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de

⁶⁴Sharon Valente. *Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes*. Nursing. México, 2010. Octubre. 28(8):31.

prisa y en ocasiones, algo caótico y en lugares poco apropiados y sin intimidad, lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental de un determinado paciente.

Por lo que respecta al personal de urgencias hospitalarias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida)⁶⁵

Para Hernán Glattli⁶⁶ la Sad Persons Scalei es una técnica muy práctica para valorar al paciente con conducta suicida, donde por cada ítem positivo que tiene el paciente se le asigna un punto. Por ejemplo, el pensamiento que presenta un compromiso de los valores existenciales desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento de autodestrucción; la afectividad ánimo depresivo con sensación de vacío y desesperanza, el lenguaje que es la expresión verbal o no verbal del cuestionamiento de la existencia y la

⁶⁵ María Álvarez Araiza. Op. cit. p. 47.

⁶⁶Glattli Hernán Martínez. *Evaluación del Riesgo de Suicidio*. Buenos Aires, 2004. p. 10. Disponible en:http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

impulsividad que es la carencia del control de los impulsos (Ver Anexo N°7: Sad Persons Scale de valoración de riesgo).

- Examen físico

En el examen físico las funciones vitales, en caso de envenenamiento, el paciente puede presentar vómitos, convulsiones, desvanecimiento y dolores abdominales, que requieren urgente atención. Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizantes o antidepresivos, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar y desmayos, etc. En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma.⁶⁷

-Exámenes de Laboratorio

- Perfil toxicológico

Por otra parte el perfil toxicológico sirve para corroborar la presencia de cocaína, marihuana, benzodiazepinas, fenilciclidina y extasis. Este examen con frecuencia se utiliza en situaciones médicas de

⁶⁷ Id.

emergencia y puede emplearse para evaluar posibles sobredosis o intoxicación accidental o intencional. Asimismo, puede ayudar a determinar la causa de toxicidad aguda por drogas, vigilar la farmacodependencia y determinar la presencia de sustancias en el cuerpo para propósitos médicos o legales.⁶⁸

- Examen de Embarazo.

El examen de embarazo en mujeres en edad fértil, es una prueba que mide una hormona en el cuerpo llamada gonadotropina coriónica humana (GCH), producida durante el embarazo. Esta hormona aparece en la sangre y en la orina de las mujeres embarazadas incluso ya a los 10 días después de la concepción, en ocasiones los embarazos no deseados en adolescentes o embarazos por violación son factores que hacen que se desarrolle una crisis que puede terminar en un acto suicida.⁶⁹

⁶⁸Tintinalli JE. Perfil toxicológico. México, 2014 Davidson M, et al. Clinical Utility of Inflammatory Markers and Advanced Lipid Testing: Advice from an Expert Panel of Lipid Specialists. Journal of Clinical Lipidology. Canada, 2011 Sep; 5(5): 338-67. Disponible en: <http://www.labtestsonline.es/tests/LipidProfile.html?tab=3>. Consultado 7 de mayo 2015. p 1 Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003578.htm>. Consultado el día 7 de mayo 2015.

⁶⁹Cynthia D. White .Prueba de embarazo. México, 2014. p 1.Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003509.htm>. Consultado el día 7 de mayo 2015.

- Examen de ELISA

El examen de ELISA para HIV o exámenes similares son una serie de pruebas sanguíneas utilizadas para diagnosticar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de tipo crónica, esta enfermedad puede presentarse en adolescentes por tener relaciones sexuales sin protección y en algunos casos es un factor que orilla a cometer conductas suicidas⁷⁰

- Exámenes Psicológicos

Los exámenes psicológicos se hacen de acuerdo al problema presentado. El objeto de la evaluación es el análisis de la persona, de sus conflictos o problemas, pero la evaluación psicológica no se limita únicamente a este aspecto evaluativo. Las acciones humanas llevadas a cabo con el objeto de hacer cambiar la conducta personal o social pueden ser también objeto de evaluación.⁷¹

⁷⁰Linda J. Vorvick. *Prueba de ELISA*. México, 2014. p 1 Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003538.htm>. Consultado el día 7 de mayo 2015.

⁷¹Susana Paino. *Evaluación psicológica*. México, 2014. p 5 Disponible en: http://www.uhu.es/susana_paino/EP/tema%202.pdf. Consultado el día 7 mayo 2015

2.1.7. Tratamiento de la Conducta Suicida

-Médico.

- Farmacológico

Para Videbeck S.⁷² el tratamiento farmacológico incluye antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo. Normalmente a medida que la medicación ejerce su efecto de restauración de los niveles de neurotransmisores, el estado de ánimo y el nivel de energía del paciente también mejoran.

a) Imipramina

A menudo que se trata a los adolescentes deprimidos con antidepresivos tricíclicos, como Imipramina que es un antidepresivo eficaz de primera elección para el tratamiento de la depresión endógena y no endógena, depresión de la distrofia micológica, depresión neurótica y como terapia combinada con un neuroléptico para la depresión dilusional. Este fármaco ejerce los efectos sobre la distimia melancólica; incrementa el impulso y la iniciativa, y por ello, es útil para la depresión inhibida e involutiva. Además mejora las ideas de

⁷² Sheila Videbeck. *Enfermería Psiquiátrica*. Ed. Wolters, Pekín , 2011, p. 145.

culpa, autocompasivas, irritabilidad, inhibición psicomotora, dificultad de concentración, hipocondriasis y cuadros histéricos.

Se utiliza como tratamiento de primera elección en pacientes pediátricos para la enuresis, en los terrores nocturnos y en los pacientes adultos para la incontinencia urinaria e incontinencia por tensión la administración es de 25 a 50 mg tres a cuatro veces al día aunque hay que ajustar la dosis de acuerdo con la respuesta y necesidades. La dosis oral inicial de 50 a 100 mg/día en dosis única o dividida, con aumentos graduales hasta 250 a 300 mg/día.), desipramina (La desipramina se usa para tratar la depresión. La desipramina pertenece a una clase de medicamentos llamados antidepresivos tricíclicos. Actúa al elevar las concentraciones de ciertas sustancias naturales del cerebro que son necesarias para el equilibrio mental.⁷³

b) Sertralina

Los adolescentes responden a los antidepresivos que inhiben la recaptación de la serotonina más que los que inhiben la recaptación noradrenérgica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, como fluoxetina, la paroxetina (Antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina se utiliza en la depresión de

⁷³ Id.

diversos tipos, incluyendo depresión reactiva y grave la administración es una sencilla dosis única al día de 20 mg que es recomendada, ya que la dosificación ha demostrado ser la dosis óptima para la mayoría de los pacientes). La sertralina esta indicada para el tratamiento de la sintomatología de la depresión mayor. La dosis terapéutica para adolescentes y adultos, desde el inicio, es de 50 mg una vez al día y son antidepresivos que son mejor tolerados por los adolescentes.⁷⁴

-Psicoterapia

Sea cual fuere la situación interpersonal y la terapia cognitivo-conductual el tratamiento más aplicado en trastornos del estado de ánimo en la Psicoterapia. Con este tratamiento, al paciente deprimido se le ayuda a explorar como afectan a su conducta los pensamientos y sentimientos negativos, para que se produzca alguna mejoría. Por ello, el paciente debe estar dispuesto a explorar y comentar pensamientos dolorosos y puede que sea necesario recurrir a psicoterapia individual, de grupo o familiar. Así, los grupos de auto ayuda son de gran utilidad a largo plazo⁷⁵.

Es absolutamente esencial que el terapeuta incluya a otros miembros de la familia del paciente para indagar, en primer término de qué manera percibe el paciente el apoyo que recibe de sus familiares y

⁷⁴ Id.

⁷⁵ Sheila Videbeck. Op. Cit. p 145.

amigos clave. Además, es necesario llevar una evaluación familiar con el fin de educar a los miembros de la familia con respecto a la condición del paciente, evaluar su capacidad de apoyo y considerar los posibles beneficios de una terapia familiar⁷⁶

-Terapia electro convulsiva

La Terapia electro convulsiva (TEC) consiste en aplicar una corriente eléctrica que atraviesa el cerebro. No se conoce el mecanismo real que explica la efectividad de la TEC. Se cree que a alteración de los sistemas de neurotransmisores dan lugar a la esperada mejora del estado de ánimo. Por desgracia, los múltiples cambios provocados al cerebro hacen que se produzcan un déficits de memoria. Según se usa la TEC unilateral o bilateral, los déficits de memoria del individuo pueden ser a corto o largo plazo, respectivamente⁷⁷

⁷⁶ Joseph Flaherty. Op. Cit. p 76.

⁷⁷ Sheila Videbeck. Op. Cit. p. 145.

3. INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, EN PACIENTES ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA.

3.1. EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

-Favorecer la educación, tanto escolar, como familiar.

El adolescente para Schulz J.⁷⁸ participa en su cuidado cuando, le demuestran el interés y la preocupación que tiene la Enfermera por él. Por ello, el proporcionar a los adolescentes literatura científica que aborde el comportamiento suicida e incrementar los programas de prevención, pueden ser de gran utilidad, pues contribuyen a tener mejores condiciones para ayudarse a ellos mismos y a su grupo de compañeros y amigos que se encuentren en una situación de crisis suicida.

De la misma manera es necesario, involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos candidatos a la realización de un acto suicida y evitar que ocurra, además de contribuir a interpretar el suicidio como un proceso que tiene su historia y que contrariamente a

⁷⁸Judith Schultz. *Enfermería psiquiátrica: Planes de cuidado*. Ed. Manual Moderno. México, 2013. p 185.

lo que se piensa, no ocurre por impulso, sino más bien como una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida, en la que el suicidio es un síntoma más, el último síntoma, de una existencia infeliz, del dolor y de la desesperanza.⁷⁹

Por lo tanto la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe hacer hincapié en la prevención de la Conducta Suicida con pláticas, folletos, carteles o hasta anuncios por medios de comunicación, ya que en esta etapa, el adolescente es necesario que reciba la información clara y oportuna, en la que expongan sus dudas y así comprendan mejor el tema y a la vez informe a los padres para que orienten de manera adecuada a sus hijos y prevengan así la Conducta Suicida.

-Prevenir el alcoholismo y así como la drogadicción en adolescentes y padres de familia

Un trastorno por abuso de sustancia tiene a menudo una psicopatología comorbida que además, está asociada con trastornos de ánimo, de ansiedad y conducta perturbada.⁸⁰

⁷⁹ Rosalía Garduño Ambriz. Op. Cit. p.38.

⁸⁰ Bárbara Schoen. Op. Cit. p 415.

Por ello los padres, maestros y personal de salud (consejeros) pueden ayudar a los adolescentes a entender mejor la relación entre el abuso de sustancias, los trastornos del estado de ánimo y los pensamientos y comportamientos suicidas. Los consejeros también pueden ayudar en la planeación de prevención de recaídas, el aumento del apoyo social y, cuando sea necesario, el envío a centros de tratamiento psiquiátrico y contra el abuso del alcohol y las drogas más intensivos⁸¹.

Entonces la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe informar sobre los daños que ocasionan las adicciones, sus repercusiones y los daños que ocasiona en el cuerpo, para hacer conciencia, de las adicciones y evitar que los adolescentes lo consuman, y si esto ocurre saber cómo dejarlo e informar a los padres, ya que las adicciones son el principal factor para tener un acto suicida.

⁸¹José Manoel Bertolote. Op. Cit. p 13.

-Fomentar el entorno social, escolar y familiar evitando el aislamiento social.

Ciertas variables psicológicas, como la autoestima, motivación factores de desarrollo y de depresión, pueden incidir en la conducta del adolescente haciendo que se aislé y que no encaje en su sociedad.⁸²

Para Rivera M.E.⁸³ una forma de prevenir el suicidio en los adolescentes es fortaleciendo sus recursos personales para que puedan tener más herramientas para enfrentar las situaciones problema que experimenten, como serían: los problemas con la familia, problemas con los amigos y problemas consigo mismo, que favorezcan el aislamiento. Entonces, el promover actividades con su entorno social lo ayuda a adquirir más seguridad sobre el mismo y a nivel familiar, se debe promover la sensación de unión y apoyo, la expresión de emociones y el ambiente cordial, donde los conflictos o dificultades sean poco frecuentes.

⁸² Bárbara Schoen. Op. Cit. 418.

⁸³ María Elena Rivera Heredia. *La prevención del suicidio en los adolescentes*. México, 2010. p 8. Disponible en: https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2015/07/prevenccion_del_suicidio_en_adolescentes_si.pdf. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

Por ello la licenciada de Enfermería y Obstetricia debe orientar a los adolescentes y a los padres de familia a establecer un buen entorno social y si es necesario, reunirlos en grupos de psicoterapia para que exista una mejor armonía entre padres e hijos, evitando que el adolescente se quede con tristezas o rencores que propicien su aislamiento, ya que esto puede desencadenar una depresión y a la vez, ideas o pensamientos suicidas.

-Proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas

Para Townsed M.⁸⁴ es importante ayudar al paciente a identificar áreas de situación de la vida en las que el paciente tiene el control y aquellas en las que no tiene la posibilidad de controlar. Es importante hacer sentir cierto control en su situación de vida con el fin de percibir una medida de autoestima.

Entonces la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe asesorar al adolescente para brindar un control de sus actitudes y emociones sobre todo en situaciones conflictivas porque pueden hacer a que el adolescente caiga en una crisis de depresión o en una crisis autodestructivas. También debe tener en cuenta que cuando se tiene

⁸⁴ Mary Townsed. *Fundamentos de enfermería en Psiquiatría*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2008. p.112.

una perspectiva presente y futura limitada por la depresión o por los arranques de la conducta impulsiva y no encuentra solución a los problemas, el adolescente caerá en un entorno estresante y se abre la posibilidad de contemplar al suicidio o el intento suicida como única salida, es ahí donde nosotros tenemos que intervenir para mostrarles la salida y evitar que se ahoguen en todos esos pensamientos negativos.

-Reducir sentimientos de ansiedad mediante el empleo de técnicas de relajación

El enseñar técnicas de relajación muscular progresiva, a los adolescentes, disminuye la ansiedad y las manifestaciones del estrés y sentimientos depresivos.⁸⁵

Por lo anterior, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe aplicar las técnicas de relajación al adolescente porque se sobrecargan de emociones negativas que son muy difíciles de expresar y que van haciendo a que el adolescente muestre un rechazo e indiferencia hacia ayuda proporcionada. Sin embargo, al lograr que el adolescente participe y elabore este tipo de técnicas, se encontrara más relajado o liberado, y lo que contribuye a que se encuentre con más confianza consigo mismo.

⁸⁵ Joseph Flaherty. Op. cit. p 65.

-Alentar a los adolescentes a expresar sus sentimientos acerca del suicidio

Muchas personas tienen sentimientos radicales acerca de quitarse la vida, como desaprobación o temor o consideran al suicidio como un pecado y es muy difícil que lo acepten, pero también se encuentran las personas que lo aprueban como alternativa para mejorar el estado en el que se encuentran. Por ello, es preciso saber lo que se opina acerca del suicidio para prevenirlo, por lo que es importante evitar hacer juicios morales en torno al suicidio, ni reforzar los sentimientos de culpa o pecado que tiene el paciente⁸⁶

Por lo anterior, la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe investigar hasta la saciedad que es lo que el adolescente piensa acerca del suicidio, sobre los deseos de morir, la idea suicida, las amenazas y el plan de autodestrucción, ya que gracias a la intervención se pudo visualizar si el adolescente está en riesgo de cometer un acto suicida, que es lo que le ha llevado a que apruebe esta idea y así poder ir conociendo más sobre su vida y su entorno social.

⁸⁶Judith Schultz. Op. Cit. p. 186.

3.2. EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA

-Actuar eficazmente ante cualquier tipo de emergencia

Según Kaplan A.⁸⁷ es preciso conocer las medidas de seguridad adecuadas inmediatas para poder salvaguardar la vida del paciente y asegurarse de que el paciente se encuentre con vida, mediante la toma de signos vitales: frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura, para proporcionarle la atención adecuada.

Entonces la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe conocer muy bien las medidas de emergencia como trabajadores de la salud y también los números de emergencia para poder hacer un traslado rápidos y oportuno, si es necesario, y bien darle la atención que necesita el paciente en caso de tener heridas, fracturas o alguna intoxicación.

-Proporcionar un entorno seguro

La habitación del individuo debe estar cercana del control de enfermería y a la vista del personal ya que el sujeto con riesgo alto de

⁸⁷Harold Kaplan. *Compendio de Psiquiatría* .Ed. Salvat. México, 1994. p 592.

comportamiento suicida necesita de una observación estrecha. La determinación del enfermo de cometer suicidio puede llevarlo a utilizar incluso objetos comunes en forma autodestructiva. Por ejemplo, tratar de abrir una ventana y saltar por ella o lanzarse a través de un cristal de la ventana.⁸⁸

Por ello la Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe estar al pendiente de cualquier cambio de ánimo del adolescente y mantener al paciente en observación para evitar que se pueda autolesionar, ya que al observar o darse cuenta que su intento suicida no funciona tratará de volver a intentarlo. Es por eso que debe tener una supervisión muy estricta, tanto de los objetos a su alrededor, como el personal que también se encuentre en su entorno.

-Vigilar cualquier cambio de actitud

La valoración del estado de ánimo del paciente, a lo largo del día será importante al menos tres veces al día: por la mañana, a medio día, y por la tarde, para valorar como se encuentra al paciente ya que en este caso el paciente puede estar atravesando por una crisis depresiva.⁸⁹

⁸⁸Judith Schultz. Op. Cit. p.186.

⁸⁹Joana Fornes. Op. Cit. p.165.

Entonces, la licenciada en Enfermería y Obstetricia debe observar cuidadosamente cada cambio en el paciente ya que puede mejorar o decaer. Así, habría entonces que valorar si es necesario ministrarle un ansiolítico o antidepresivo, ya que depende mucho de su estado de ánimo el que se recupere y continúe adelante, De esto dependerá el que intente o no, adelante otro acto suicida.

-Vigilar la ingesta y eliminación de alimentos

Para Crawford A.⁹⁰ durante un estado depresivo del paciente, la eliminación puede ser irregular, y generar una descompensación nutricional y también puede ocasionar trastornos digestivos por lo que se debe fomentar el consumo de líquidos para hidratarse adecuadamente y evitar comer alimentos difíciles de digerir.

Así la licenciada de enfermería y Obstetricia debe vigilar al adolescente en cuanto a su alimentación ya que la tristeza hace que el adolescente disminuya su apetito y su peso y esto le puede generar cambios en su metabolismo al no estar alimentándose adecuadamente. También la falta de alimentación puede generarle estreñimiento o le puede ocasionarle diarrea.

⁹⁰Annie Laurie Crawford. *Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental*. Ed. El Manual Moderno. 1987 p. 121.

-Buscar la solución de los problemas.

Los planes concretos pueden ser de utilidad para evitar el comportamiento suicida. Esto significa que el reconocimiento de sentimientos que condujeron a la conducta suicida, puede propiciar a que el paciente busque ayuda antes de alcanzar un punto crítico. El que acepte los actos cometidos, le brindará que tenga una pronta recuperación con éxito o que recaiga en otra crisis.⁹¹

Así la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe entonces orientar al paciente para que restablezca una conversación con su familia donde encuentren la solución de problemas, que los haga llegar a un acuerdo por ambas partes. Esto es importante para que consideren que factores orillaron a que el paciente intentara quitarse la vida y hacer que el paciente se comprometa a buscar ayuda así como a reconciliarse con su familia y su entorno social.

-Educar a la familia a que anticipe una crisis futura.

El reconocer y tratar los sentimientos de tristeza, depresión, desinterés del adolescente, las situaciones que precipitan la conducta suicida y los sentimientos del pasado, ayudan a que la familia tenga en cuenta

⁹¹ Judith Schultz. Op. Cit. p. 186.

estos factores y pueda evitar una nueva crisis. Por ello es importante estar informado acerca de centros de ayuda, o en donde pueden acudir.⁹²

Entonces la Licenciada de Enfermería debe educar a la familia de los pacientes, informándoles que es muy seguro que el adolescente pueda tener recaídas. Por eso es necesario identificar los estados de ánimo o las situaciones que pueden alterar al adolescente para tener otra crisis. Además se debe contar con teléfonos de Centros de ayuda al alcance para atender o saber cómo actuar en caso de que ocurra una crisis futura.

-Vigilar la ingesta y eliminación de los medicamentos

El paciente puede acumular fármacos y utilizarlos en un intento suicida. Es decir, el adolescente puede manipular o usar varios fármacos peligrosos para lograr su objetivo, por lo que debe tener una supervisión muy estricta y si es necesaria, una enfermera especial para observar que el paciente ingiera correctamente sus medicamentos.⁹³

⁹²Bárbara Schoen. Op. Cit. p.415.

⁹³Judith Schultz. Op. Cit. p. 187.

Por ello, la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe tener una supervisión las 24 horas continuas con el paciente, para observar los medicamentos que ingiere totalmente y debe reportarlos inmediatamente si existe el riesgo de que el paciente haya ingerido otros fármacos que afecten a su salud.

3.3. EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA

-Iniciar un tratamiento terapéutico

Siempre es importante alentar a la persona para buscar el tratamiento a largo plazo para mejorar la autoestima, ya que éstos, pueden tener una raíz profunda y necesitar tratamiento a largo plazo con personal especializado.⁹⁴

Entonces la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe verificar el tratamiento que se brinda al paciente para poder asegurar su bienestar, haciendo consiente al paciente y a su familia, de asistir a sus terapias continuas, ya que si por alguna circunstancia se suspende y el paciente no se encuentra totalmente recuperado, puede caer en una crisis futura y puede poner en riesgo su vida nuevamente.

⁹⁴ Id.

-Evitar dejarlo solo por tiempos prolongados

Si el paciente se encuentra en riesgo elevado de desarrollar una conducta suicida, necesita supervisión constante y limitación estricta de las oportunidades, así como tener un control médico con terapias psicológicas y farmacológicas.⁹⁵

Por lo anterior, la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe informar a la familia lo importante que es que el paciente se mantenga bajo observación en casa, con un entorno seguro, dejando fuera de su alcance cualquier arma u objeto que pudiera utilizar para autolesionarse. Deben también estar al tanto de brindar al paciente su terapia psicológica y farmacológica para evitar una crisis futura y evitar absolutamente dejarlo solo por tiempos prolongados.

-Mostrar el interés hacia el paciente.

Es de vital importancia mostrar interés en el paciente y acercarse a él para mantener una interacción por lo menos una vez por guardia haciendo generar un ambiente de confianza con el paciente. Es decir,

⁹⁵ Judith Schultz. Op. Cit. p. 188.

la presencia de la enfermera es fundamental ya que muestra interés y preocupación por el paciente.⁹⁶

Por ello la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe desde un inicio, presentarse con el paciente y demostrar esa confianza e interés por él. Esto es importante en los casos de conducta suicida, porque el paciente entra en un estado de rechazo, pero poco a poco se dará cuenta que el interés por parte de enfermería lo ayudará en su proceso de recuperación e irá tomando confianza nuevamente con su alrededor.

⁹⁶ Id.

4. METODOLOGÍA.

4.1. VARIABLES E INDICADORES

4.1.1. Dependiente: Conductas Suicidas

-Indicadores

-En la Prevención

- Favorecer la educación tanto escolar como familiar.
- Prevenir el alcoholismo y drogadicción a adolescentes y padres de familia
- Fomentar el entorno social, escolar y familiar evitando el aislamiento social
- Proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas
- Reducir sentimientos de ansiedad mediante el empleo de técnicas de relajación
- Alentar a los adolescentes a expresar sus sentimientos.

-En la Atención

- Actuar eficazmente ante cualquier tipo de emergencia

- Proporcionar un entorno seguro al paciente.
- Vigilar cualquier cambio de actitud.
- Vigilar la ingesta y eliminación de medicamentos.
- Buscar la solución de problemas.
- Educar a la familia a que anticipe una crisis futura.
- Vigilar la ingesta y eliminación de los medicamentos.

-En la Rehabilitación

- Iniciar un tratamiento terapéutico.
- Evitar dejar solo al paciente por tiempos prolongados.
- Mostrar el interés hacia el paciente.

4.1.2. Definición operacional: Conducta suicida en el adolescente

-Concepto de Conducta suicida.

A nivel etimológico, la palabra suicidio proviene de dos términos latinos:

SUI: de sí mismo y CAEDERE que significa matar. Así Durkheim, en 1974, definió el suicidio como "Todo caso de muerte que resulte

directa o indirectamente de acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, quien sabe el resultado que se ha de producir”.

La conducta suicida es el daño más violento que la persona puede infringirse a sí misma. Una persona se describe como suicida cuando el deseo de morir es muy fuerte y se hacen planes para quitarse la vida. Con respecto a la consecuencia de la conducta, las personas sobreviven o mueren como resultado de su conducta y se describen como suicidio con éxito o un intento de suicidio.

-Concepto de Suicidio.

La OMS define el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener un cambio deseado. El parasuicidio, como un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico.

-Etiología de Conductas Suicidas

Factores sociales.

Durkheim describió tres tipos de suicidio vinculados a relaciones sociales: Los suicidios anómicos, que son los más frecuentes y tienen lugar después de la disolución de un lazo familiar o una relación social importante. Los suicidios altruistas, que son menos comunes, se cometen a beneficio de otras personas y los suicidios egoístas, que son aquellos en los cuales el paciente siente que nunca ha estado verdaderamente integrado a la sociedad.

Factores biológicos.

Dos variables biológicas han sido asociadas con un riesgo aumentado de suicidio. Se observó que los pacientes deprimidos con niveles reducidos de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo corren mayor riesgo de suicidio. La presencia de niveles urinarios elevados de 17-hidroxycorticosteroides también ha sido asociada con el aumento de este riesgo. Además en la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de

serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado.

Factores psicológicos.

La impulsividad puede ser un factor de conducta suicida. Es decir una persona impulsiva puede sentir repentinamente que el sufrimiento puede ser terminado con el suicidio y actuar en consecuencia antes de entrar a otras consideraciones. De hecho, las personas que dependen de otra para mantener la autoestima, que requiere de una atención constante y que a pesar del apoyo con el que cuentan, siempre se sienten privadas de afecto, confianza, atención han sido designadas como insatisfecho-dependientes, son potencialmente suicidas.

De igual forma, las personas que tienen expectativas excesivamente ambiciosas o irreales hacia sí mismas y a los otros con frecuencia, sufren decepciones y pueden no ser capaces de buscar apoyo en momentos de estrés. También estudios realizados muestran que la susceptibilidad para el desarrollo de trastornos afectivos está determinada, por lo menos en parte genética, es decir de su historia familiar.

-Epidemiología de Conductas Suicidas

Según las estadísticas, en España el suicidio se sitúa entre 3-5 por 100000, habitantes, lo que supone unos 1700 por año. Así, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y 19 años de edad. En Estados Unidos, de 400000 adolescentes que se calcula cometen un intento de suicidio cada año, 5000 a 10000, tienen éxito. En Estados Unidos, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15-19 años de edad, es decir, de los 400000 adolescentes que cometen un intento de suicidio cada año, 5000 a 10000 tienen éxito. Un 50% de los estudiantes de universidad examinados informó haber considerado en verdad el suicidio o haber intentado suicidarse alguna vez en el pasado.

En el caso de México la tendencia del suicidio consumado va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de mortalidad durante el 2012 en el país se registraron 5549 suicidios, de los cuales 80.6% fueron consumados por hombres y 19.4 % por mujeres lo que significa que ocurren 4 suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. El suicidio va en aumento y para los adolescentes no es la excepción ya que en 1990 en hombres representa una tasa de 4 y una mujer de 1.4 por cada 2000 por cada 100 mil adolescentes, en tanto para el 2012 fue de 10.5 y 4.3 por 100 mil adolescentes, respectivamente.

-Sintomatología de las Conductas Suicidas

Los Signos de Peligro son: intentos anteriores, psicosis previa, nota suicida, método violento, enfermedad crónica, alcoholismo, drogadicción, edad avanzada, aislamiento social, homosexualidad, bancarrota, desempleo, pérdida de interés de la escuela, falta de atención a la higiene personal, hablar sobre muertes o suicidio, conflictos sentimentales, irritabilidad y agresividad.

-Factores de riesgo de Conductas Suicidas

Entre los factores modificables esta la Depresión que es el trastorno psiquiátrico más frecuente asociado con el suicidio. Un 65% de las personas que cometen suicidio han sido diagnosticadas con alguna forma de depresión

Así, la depresión es el precursor más común del suicidio y el paciente deprimido que exhibe los síntomas siguientes en forma intensa deberá ser considerado como un riesgo grave: Culpa en especial por un familiar fallecido, sentimientos de insignificancia y desesperación, sentimientos de desesperación, deseo intenso de castigo, aislamiento y decepción, pérdida de sueño, de hambre, sexo y actividad.

Otro factor de riesgo es el uso de sustancias que fundamentalmente es el alcohol y en menor medida la droga, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo con factor precipitante de conductas suicidas. Ahora el alcoholismo es el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente entre los que mueren por suicidio, se le encuentran en por lo menos 15-25% de los casos. Los estudios de seguimiento de los alcohólicos confirman éste alto riesgo suicida.

También implica un riesgo, el pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, lo que presentan conflictos con los padres, el presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida. Así el paciente sin dinero, trabajo, amigos o prospectos futuros tiene menos estímulo para vivir que aquel que tiene financiero social.

Entre los factores no modificables, está la edad ya que el riesgo del suicidio aumenta más con la edad. Es decir, las personas mayores de 65 años de edad representan un 25% de todos los suicidas. En cuanto al sexo, las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia 3 veces mayor que los hombres. Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia 3 veces mayor que las mujeres. En relación con el estado marital, las personas solteras, divorciadas o viudas corren un mayor riesgo de suicidio que las personas casadas y también los sujetos sin

empleo corren más riesgo de suicidarse que los sujetos que poseen trabajo. Sin embargo, recientemente se ha registrado en trabajadores no especializados.

-Diagnóstico de Conductas Suicidas

El paciente puede cumplir criterios de trastorno de límite o antisocial de la personalidad, o la conducta y pueden coexistir con otras conductas o con ideación bizarra en la esquizofrenia. Así desde el punto de vista clínico y médico legal, son especialmente complejos los casos de los pacientes con tentativas para suicidas repetidas, relativamente predecibles en el tiempo, que niegan ideación suicida. La variante más común es la de la persona que ingiere de manera frecuente una sobredosis de psicofármacos, de manera aparentemente no intencional. Se trata con toda posibilidad de trastornos de personalidad sin síntomas psiquiátricos mayores

La entrevista permite identificar factores específicos, signos y síntomas, que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio y que nos pueden ayudar a tomar decisiones. Además algunos instrumentos de valoración son: Escala de Beck, escala de la desesperanza, escala de valoración de Hamilton, escala de evaluación de suicidio, escala de ideación del suicidio, que están ideadas para detectar la Depresión con riesgo de suicidio.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.

-Tratamiento de Conductas Suicidas

El tratamiento en adolescentes deprimidos consiste en el apoyo de farmacoterapia, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar. Aquí la familia, escuela y ambiente social todos están afectados. El objetivo primario del tratamiento es acortar y disminuir las consecuencias negativas de los episodios de depresión. A menudo se trata a los adolescentes deprimidos con antidepresivos, a los que responden e inhiben la receptación de la Serotonina más que a los que inhiben la captación noradrenérgica.

-Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia

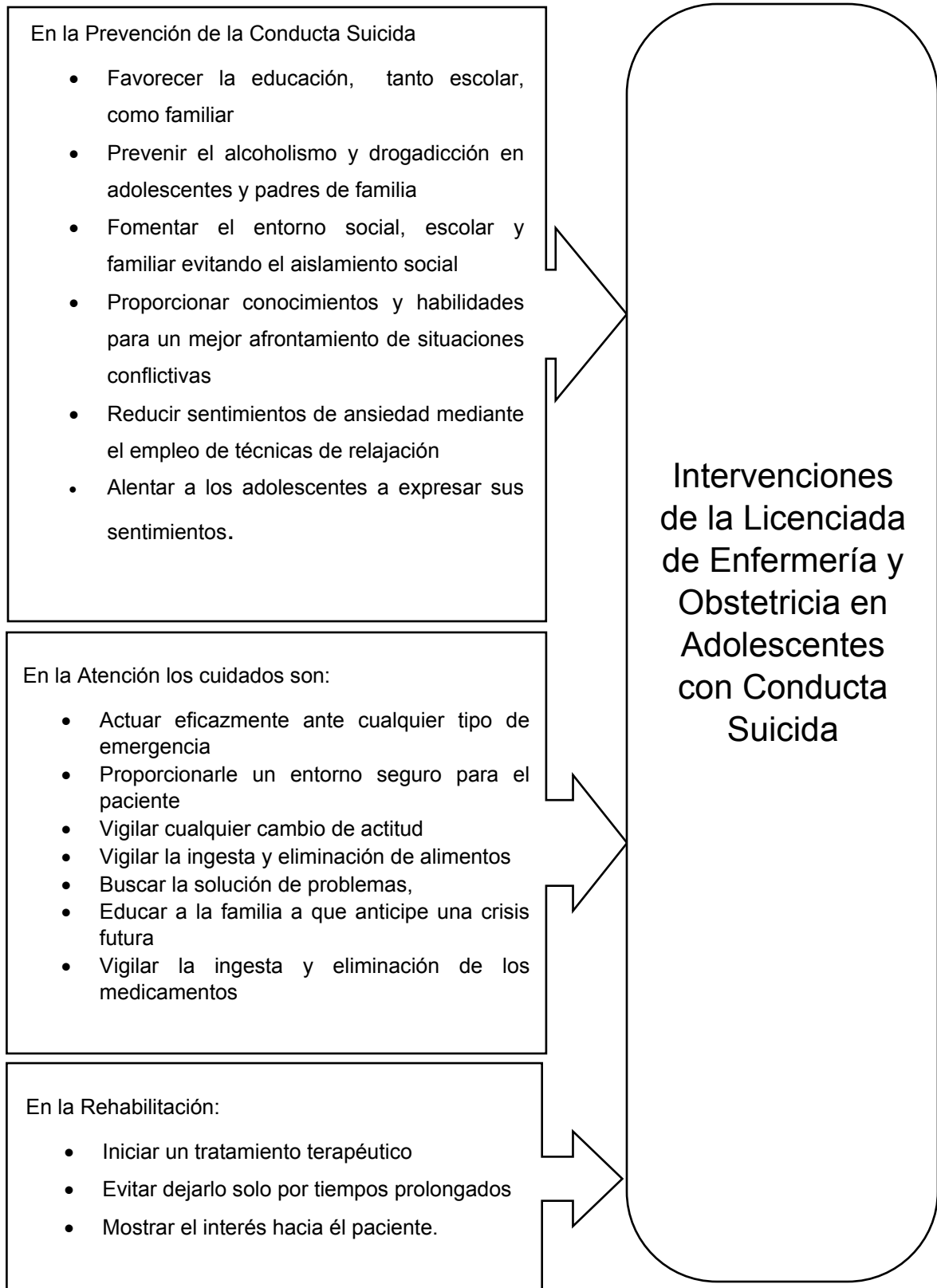
Las intervenciones de la Licenciada de Enfermería y Obstetricia se realizan en tres momentos: prevención, en la atención y en la rehabilitación.

En la Prevención de la Conducta Suicida las Intervenciones de la Licenciada de Enfermería y Obstetricia son: favorecer la educación, tanto escolar, como familiar, prevenir el alcoholismo y drogadicción en adolescentes y padres de familia, fomentar el entorno social, escolar y familiar evitando el aislamiento social, proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas, reducir sentimientos de ansiedad mediante el empleo de técnicas de relajación y alentar a los adolescentes a expresar sus sentimientos.

En la Atención los cuidados son: actuar eficazmente ante cualquier tipo de emergencia, proporcionarle un entorno seguro para el paciente, vigilar cualquier cambio de actitud, vigilar la ingesta y eliminación de alimentos , buscar la solución de problemas, educar a la familia a que anticipe una crisis futura, y vigilar la ingesta y eliminación de los medicamentos.

En la Rehabilitación, iniciar un tratamiento terapéutico, evitar dejarlo solo por tiempos prolongados, intervenir a terapias de grupo y familiares y mostrar el interés hacia él paciente.

4.1.3. Modelo de relación influencia de la variable



4.2. TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

4.2.1. Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable Intervenciones de la Licenciada de Enfermería y Obstetricia, en adolescentes con Conductas Suicidas, a fin de proponer esta atención en los pacientes con esta patología en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable: Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas.

Es analítica porque para estudiar la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos: atención preventiva, atención durante el padecimiento y atención en rehabilitación, posterior al padecimiento.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un periodo corto de tiempo. Es decir en los meses de marzo, abril, mayo y junio del 2015.

4.2.2. Diseño.

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Seminario y Taller de elaboración de Tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de un problema de investigación de intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia relevantes, para la atención de Enfermería en el Adolescente con Conductas Suicidas.
- Seguimiento del Modelo de la Dra. Lasty Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la Tesina.
- Elaboración de los objetivos de esta Tesina, así como el Marco Teórico, Conceptual y Referencial.

- Asistencia a la Biblioteca para elaborar Marco Teórico Conceptual y Referencial de la variable Intervenciones de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas.
- Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas.

4.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.

4.3.1. Fichas de trabajo.

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco Teórico. En cada ficha se anotó el Marco Teórico Conceptual y el Marco Teórico Referencial de tal forma que con las fichas fué posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de las Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas.

4.3.2.Observación.

Mediante esta técnica de observación se pudo visualizar la importante participación que tiene la Licenciada de Enfermería y Obstetricia en la Atención a los adolescentes con Conductas Suicidas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de ésta Tesina al poder analizar las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en adolescentes con Conductas Suicidas. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la prevención, en la atención y en la rehabilitación de los adolescentes con conductas suicidas. A continuación se dará a conocer las Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la atención de los adolescentes con conductas suicidas. Es decir, en los servicios, en la docencia, en la administración y en la investigación, como a continuación se explica.

-En Servicios

En materia de servicios la Licenciada en Enfermería Y Obstetricia debe tener la educación tanto escolar en la preocupación la atención y la rehabilitación en la prevención la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe identificar los síntomas iniciales de una conducta suicida, actuar inmediatamente favorecer la educación tanto escolar

como familiar ,prevenir el alcoholismo y drogadicción a adolescentes y padres de familia, fomentar el entorno social, escolar y familiar evitando el aislamiento social, proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas, reducir sentimientos de ansiedad mediante el empleo de técnicas de relajación.

En la atención, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe valorar a los pacientes con conductas suicidas como actuar eficazmente ante cualquier emergencia, proporcionar un entorno más seguro para el paciente, cualquier cambio de actitud, vigilar la ingesta y eliminación de alimentos, buscar la solución de problemas, educar a la familia a que anticipe una crisis futura, vigilar la ingesta y eliminación de los medicamentos.

En la rehabilitación, la Licenciada de Enfermería y Obstetricia, debe iniciar un tratamiento terapéutico, evitar dejar solo al paciente por tiempos prolongados, mostrar el interés hacia él paciente.

-En Docencia

El aspecto docente da las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia incluyen la enseñanza y el aprendizaje del

paciente y su familia. Por ello, la Licenciada de Enfermería y Obstetricia debe explicar al paciente, cuales son los sentimientos positivos que pueden ayudar a evitar una crisis futura, los factores de riesgo, y ayudar a que el paciente se desahogue. La explicación comprende hacer dibujos para identificar los diferentes estados de ánimo y también explicar la utilización de fármacos y tratamientos. La parte fundamental de la capacitación que reciben los pacientes de la licenciada de Enfermería y Obstetricia, son las modificaciones de factores de riesgo.

-En la Administración.

La Licenciada de Enfermería y Obstetricia ha recibido durante la carrera, enseñanzas de administración de los servicios, por lo que está capacitada para planear, organizar, dirigir y controlar los cuidados especializados. Por ello, es necesario que la Licenciada de Enfermería y Obstetricia con base a la valoración que ella misma realice al paciente con Conducta Suicidas, debe planear los cuidados teniendo como meta principal el minimizar las molestias del paciente y asegurar su pronta recuperación. Los cuidados especializados también se deberán evaluar y están encaminados a retroalimentar y corregir las desviaciones de la actuación profesional, para lograr una evaluación positiva del paciente y su pronta recuperación.

-En la Investigación.

El aspecto de la Investigación permite a la Licenciada de Enfermería y Obstetricia realizar proyectos de investigación, diseños de Investigación y protocolos, derivados de la actividad profesional que la Enfermera realiza. De igual forma, la Licenciada de Enfermería y Obstetricia en materia de investigación debe de realizar proyectos de Investigación que monitorean al paciente y a su familia con estudios sobre las conductas suicidas en adolescentes. De igual forma, realizar los diagnósticos de Enfermería, el riesgo que tienen este tipo de pacientes y los planes de atención

5.2. RECOMENDACIONES

Favorecer la educación tanto escolar como familiar para prevenir suicidios, utilizando pláticas y entrega de información a los adolescentes en Escuelas media superior o centros de atención para evitar más intentos de suicidios.

Informar de problemas como alcoholismo y drogadicción a los adolescentes y padres de familia, mediante platicas en la escuela o secundarias para conocer los factores de riesgo.

Fomentar el entorno social, escolar y familiar evitando el aislamiento social, para controlar de alguna manera el tiempo libre que puede causar tentación, en los adolescentes, mediante actividades como ejercicios o pláticas entre padres e hijos.

Proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas, dando información sobre éstas situaciones a adolescentes o percatándonos de algunas de estas situaciones que no son fácil de controlar.

Reducir sentimientos de ansiedad mediante el empleo de técnicas de relajación, lo que favorece a la salud mental y el bienestar de pacientes adolescentes en Centros de atención o escuelas.

Alentar a los adolescentes a expresar sus sentimientos para transmitirles la aceptación de lo que sienten y detectar en qué momentos se encuentran con sentimientos que no pueden controlar.

Estar capacitado para actuar en cualquier tipo de emergencia, capacitando continuamente al personal para poder ofrecer una atención de calidad a los pacientes que así lo requieren.

Proporcionar un entorno seguro en la hospitalización alejando los materiales con los que los pacientes pudieran utilizar para autoagredirse.

Vigilar cualquier cambio de ánimo y actitudes ya que es esencial darse cuenta oportunamente de los cambios que tienen para evitar los factores propicios de tensión.

Vigilar la ingesta y la eliminación, del paciente porque puede ser que el paciente no coma y por consiguiente, empeore su estado de salud.

Usar un proceso de solución de problemas lo que ayudará a mejorar psicológicamente al paciente y detener la solución de sus problemas cuando esté en crisis.

Educar a la familia a que anticipe otra crisis, enseñando los factores o señales de riesgo en el paciente para evitar actos suicidas ya que es muy fácil que el paciente recaiga.

Vigilar la ingesta de medicamentos, dado que en ocasiones los pacientes también pueden utilizar los medicamentos como objetos

para cumplir sus amenazas de suicidio, por lo que se llevará un control muy riguroso de éstos.

Intervenir en terapias de grupo y familiar para que puedan irse relacionando poco a poco en su entorno y su realidad.

Mostrar interés por parte de los profesionales de Enfermería ya que un paciente, es un ser biopsicosocial, y depende de que se sienta en confianza para poder dar paso y ayudarlo.

6. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO N°1: TASAS DE SUICIDIO POR 100,000 HABITANTES EN
MÉXICO.

ANEXO N°2: TASAS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19
AÑOS

ANEXO N°3: TASA DE SUICIDIO POR PAIS, POR 100,000
HABITANTES

ANEXO N°4: TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR SEXO Y
GRUPOS DE EDAD

ANEXO N°5: FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN LA
ADOLESCENCIA

ANEXO N° 6: ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE SUICIDIO
DE BECK

ANEXO N° 7: SAD PERSONS SCALE I DE EVALUACIÓN DE
RIESGO

APENDICE N°1: FACHADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRIA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

ANEXO N°1

TASAS DE SUICIDIO POR 100,000 HABITANTES EN MÉXICO.

			5-14			15-24		
Región	País	Año	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
África	Marulanda	2004	0,0	0,0	0,0	8,2	11,2	5,2
		1990	0,5	0,5	0,5	12,5	13	12,1
América del norte	Canadá	2002	0,9	0,9	0,9	11,5	17,5	5,2
	EE. UU	2002	0,6	0,9	0,3	9,9	16,5	2,9
América del Sur	Argentina y	2003	0,9	1,1	0,7	12,4	19,2	5,5
	Cuba	2004	0,5	0,6	0,3	5,4	7,7	3,1
Europa	España	2004	0,3	0,5	0,1	4,3	6,4	2,1
	Finlandia	2004	0,8	1,2	0,3	21,7	33,1	9,7
	Francia	2003	0,4	0,7	0,2	8,1	12,5	3,7
	Grecia	2004	0,2	0,4	0,0	1,7	3,0	0,3
	Italia	2002	0,2	0,2	0,2	4,1	6,5	1,5
	Lituania	2004	1,6	2,7	0,5	25,5	42,9	7,4
	Suecia	2002	0,6	0,7	0,5	9,7	14,5	4,5
Región Mediterráneo oriental	Irán	1991	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,2
	Kuwait	2002	0,0	0,0	0,0	0,8	1,2	0,0
Región Pacífico occidental	China	2004	0,6	0,5	0,8	12,2	15,4	8,0
	Japón	2004	0,4	0,4	0,4	12,8	16,9	8,4
Sudeste Asiático	Sri Lanka	1991	2,5	3	2	50,5	59	42
	Tailandia	2002	0,6	0,6	0,5	8,9	13,8	3,8

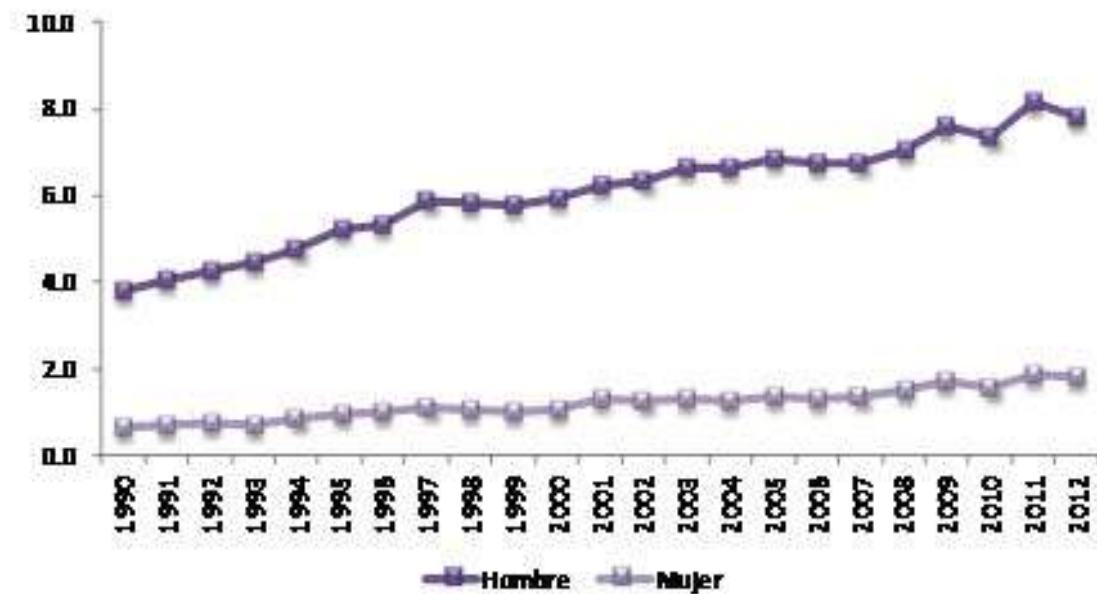
FUENTE: Flaherty J. *Psiquiatría diagnóstica y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana. México, 2005.

ANEXO N°2

TASAS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS

Tasa de suicidio de adolescentes de 15 a 19 años**1990 a 2012**

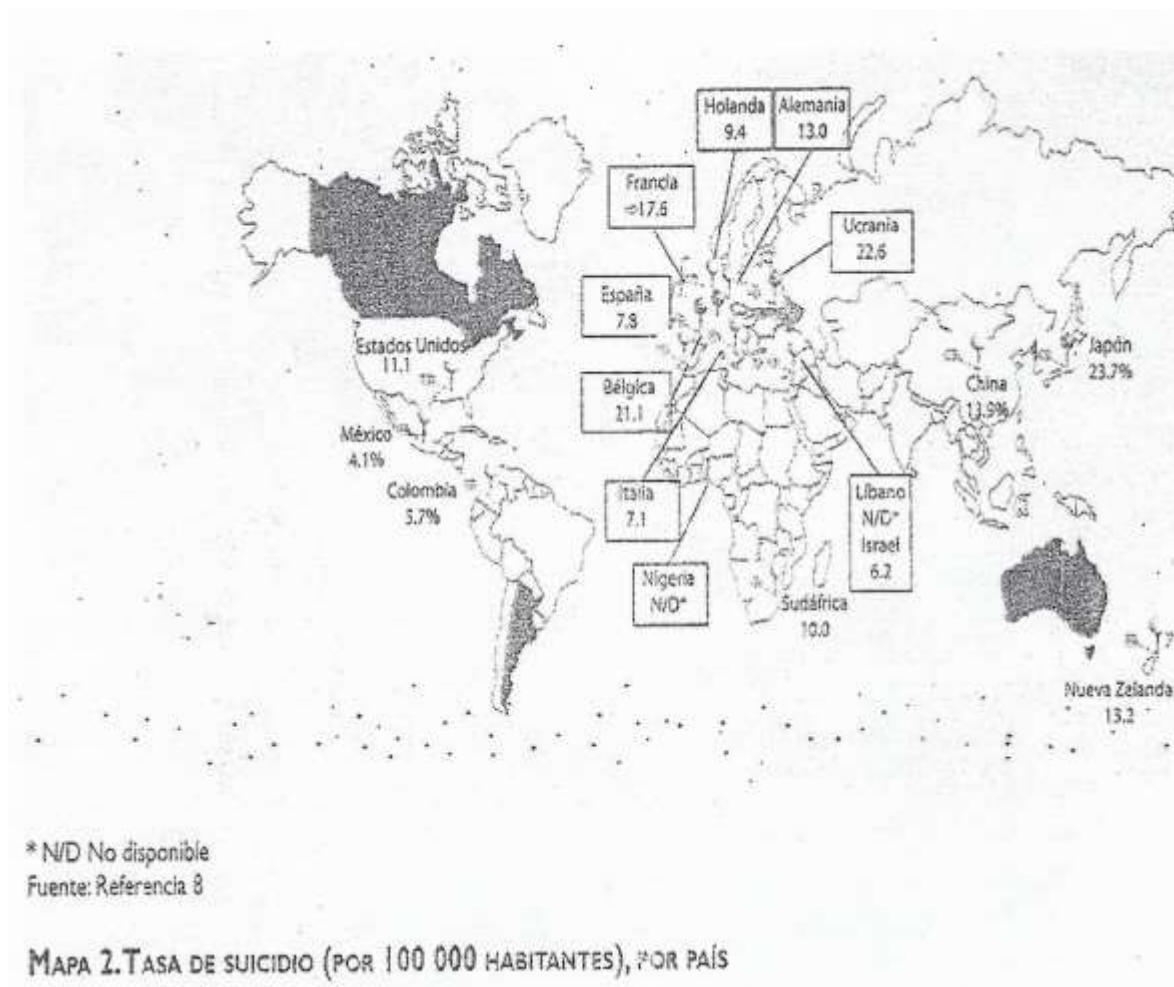
(Por cada 100 mil habitantes)



FUENTE: INEGI. *Estadísticas a propósito del día Mundial para la Prevención del Suicidio*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>. México, 2014. p 10. Consultado el día 5 de marzo del 2015.

ANEXO N°3

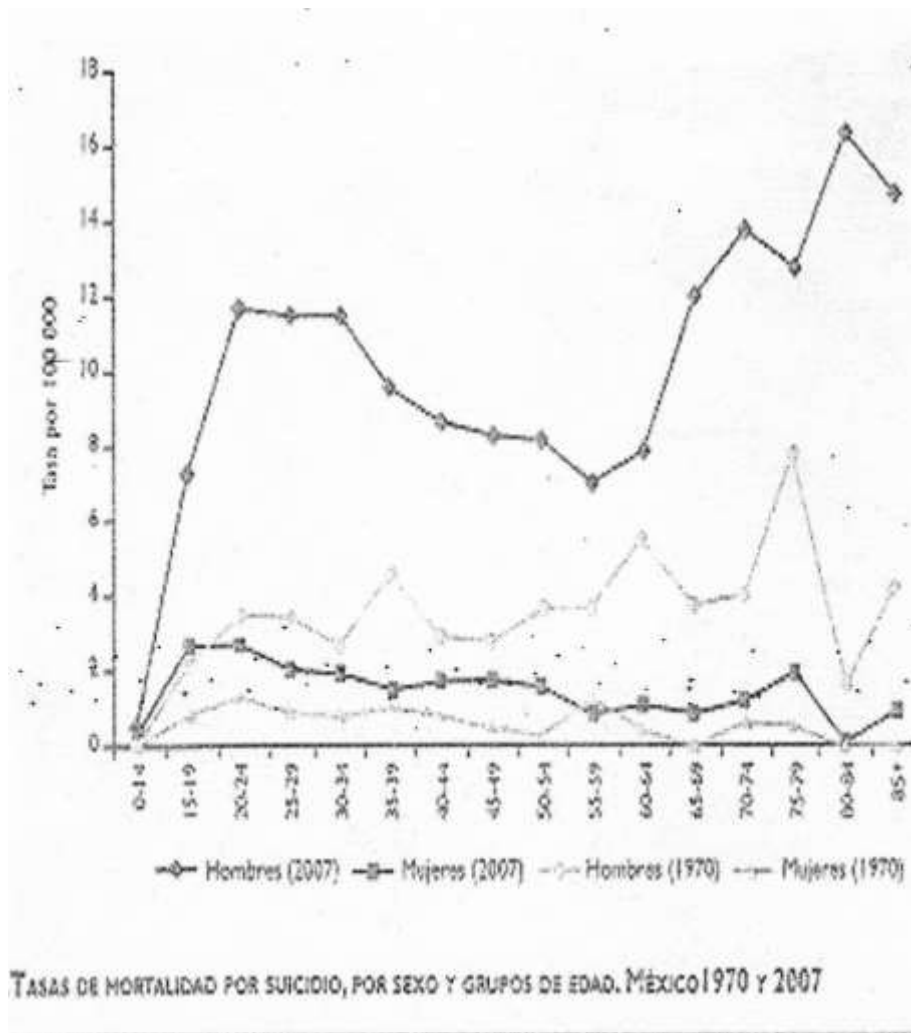
TASA DE SUICIDIO POR PAIS, POR 100000 HABITANTES



FUENTE: Borges Guilherme. *Suicidio y conductas suicidas en México retrospectiva y situación actual*. Salud Pública de México. Julio-Agosto, 52,(4). México, 2010. p. 295.

ANEXO N°4

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.



FUENTE: Borges Guilherme. *Suicidio y conductas suicidas en México retrospectiva y situación actual*. Salud Pública de México. Julio-Agosto 52,(4), México, 2010. p. 295.

ANEXO N°5

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA



FUENTE: Dulanto Enrique. *El Adolescente*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2000. p. 132.

ANEXO N° 6

VALORACION DE RIESGO DE SUICIDIO ESCALA DE BECK

1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.
2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.
3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.
4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.
7. El futuro aparece oscuro para mí.
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.
14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.
15. Tengo gran confianza en el futuro.
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.
17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.
18. El futuro aparece vago e incierto para mí.
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre

FUENTE: Valente Sharon, *Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes*. Nursing .Octubre, 28, (8) México 2010. p. 27.

ANEXO N°7

SAD PERSONS SCALE DE EVALUACION DE RIESGO.

- SEX (sexo): varones.
- AGE (edad): menos de 19 o más de 45 años.
- Depression (depresión).
- Previous attempt (intentos de suicidio previos).
- Ethanol abuse (abuso de alcohol)
- Rational thinking loss (trastornos cognitivos).
- Social supports lacking (bajo soporte social).
- Organized plan (plan organizado de suicidio).
- No spouse (sin pareja estable).
- Sickness (enfermedad somática).

La conducta sugerida a seguir con el paciente sería:

0-2 puntos: alta con seguimiento ambulatorio .

3-4 puntos: seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.

5-6 puntos: si no hay control familiar estrecho debe internarse.

7-10 puntos: internación. Riesgo de muerte inminente.

FUENTE: Martínez G. H. *Evaluación del Riesgo de Suicidio*.
Disponible

en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf.

Consultado el día 7 de mayo del 2015.

APÈNDICE N° 1

FACHADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA “RAMÓN
DE LA FUENTE MUÑIZ”



FUENTE: Páez M. A., *Fachada del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”*, México.2015.

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACTITUD HACIA EL SUICIDIO: Es un conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, y quienes lo consuman, lo intentan y lo piensan. Dichas actitudes están relacionadas con la culturas se dividen en actividades punitivas, donde la muerte por el suicidio se considera como una cobardía, un pecado y las actitudes pesimistas que consideran al suicidio un derecho del sujeto.

ADOLESCENCIA: Es un período de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta. La característica fundamental a estos periodos son los cambios físicos, psicológicos sexuales y sociales que tiene lugar en esos años. La OMS considera que esta etapa transcurre entre los 10 y los 19 años.

AISLAMIENTO SOCIAL: Este se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria aunque pueda pensarse lo contrario. En algunos casos, vivieron condiciones anormales en la infancia, lo que impidió relacionarse en forma normal con otras personas de su edad, generando una falta de seguridad, timidez y conocimiento.

ALCOHOLISMO: Es un trastorno por consumo del alcohol, que causa problemas graves y repercute en la vida dado que el beber mucho pone en riesgo la salud del consumidor y también sus relaciones sociales.

ALUSINACIONES: Consisten en sentir “cosas” estando despierto y que no responden a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real y por ello, la alucinación se considera pseudo-percepción.

AMENZA SUICIDA: Son expresiones verbales o escritas del deseo de morir y tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

ANSIEDAD: Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivo o cognitivos de carácter displacentero, caracterizado por un alto grado de activación del sistema periférico, y aspectos observables.

AUTOESTIMA: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento

dirigidas hacia nosotros mismos y nuestra manera de ser y de comportarnos y hacia los rasgos de nuestro carácter.

CONDUCTA IMPULSIVA: Es un mecanismo de defensa que evita que la persona reflexione sobre los aspectos y motivaciones de su comportamiento y por lo tanto, frente a sus emociones que estos le generarían si se enfrentaran.

CONDUCTA SUICIDA: Es el comportamiento que lleva a cabo una acción que pudiera llevar a una persona a buscar morirse, como por ejemplo con una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de manera deliberada, los que pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante.

CONFLICTO: Es una situación en que dos o más individuos con intereses contrapuestos, entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas con el objeto de neutralizar, dañar o eliminar la parte rival.

CRISIS SUICIDA: Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivos adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las situaciones suicidas existiendo la posibilidad de

que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión.

DAÑO AUTOINFLINGIDO: Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio, y que incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto, sin la intención de morir.

DEPRESIÓN: Se puede describir como un hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en la cual los sentimientos de tristeza, pérdida, e ira, interfieren como la vida diaria durante un periodo de algunas semanas o más.

DUELO: Son manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresale la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del porqué y el temor ante el arrepentimiento tardío.

DESESPERANZA: Es un estado subjetivo en el que la persona percibe poca o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio Proyecto de vida.

DROGADICCIÓN: Es el consumo recurrente de las drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas en espacios colegio, hogar, problemas legales riesgos físicos y para la salud.

ESQUIZOFRENIA: En un trastorno mental crónico y grave caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la sociedad con falta de la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad.

GESTO SUICIDA. Con amenazas suicidas tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarlo a cabo aunque también queda incluido el intento de suicidio, sin daño físico de importancia.

GRUPO DE RIESGO SUICIDA: Es un conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización del acto suicida como pueden ser: los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, y los sobrevivientes.

IDEA SUICIDA: Son aquellos pensamientos repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre

los objetos o circunstancias y condiciones en los que se propone morir.

INTENTO SUICIDA: Son acciones que pudieran llevar a la persona a morir, ya que las personas que intentan suicidarse y no lo logran, tratan de hacerlo nuevamente para alejarse de situaciones de la vida que padecieran ser imposibles de manejar.

INVENTARIO RAZONES PARA VIVIR: Es un instrumento de evaluación de la ideación y comportamiento suicida en el que el individuo cuenta las razones que se tienen para evitar el suicidio.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK. Es un instrumento de valoración para la ideación o comportamiento suicidas, de 21 ítems, desarrollado por el psicólogo Aarón Beck que se utiliza para la evaluación de depresión.

NOTA SUICIDA: Se le denomina también nota de despedida y son escritos dejados por los suicidas que expresan cambios de ánimo, opiniones, los deseos de morir las relaciones con las personas significativas y los posibles motivos que hicieron llegar el suicidio.

PSICOTERAPIA: Es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamiento, sentimientos y conductas. Se llevó a cabo entre un profesional y el paciente que requiere de su ayuda para aliviar sus síntomas que le producen un grado de sufrimiento importante.

RIESGO SUICIDA: Es un término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

SUICIDIO: Es una forma de morir en la que el individuo utilizando determinado método, se auto agrede y como resultado de la agresión, es muerte.

SUICIDIO ALTRUISTA: Es un tipo de suicidio propuesto por el sociólogo francés Emily Durkheim que existe en aquellas sociedades en las que existe una excesiva integración entre el sujeto y el grupo.

SUICIDIO ANOMICO: Es otro tipo de suicidio propuesto por Emily Durkheim que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que es al que pertenece, se rompe, dejando al individuo sin normas alternativas.

SUICIDIO CONSUMADO: Es la conducta autodestructiva y auto infringida que acaba con la muerte de la persona que la lleva a cabo. Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de sus auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento.

SUICIDIO CRONICO: Son conductas que llevan a la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata, ni con plena conciencia o intencionalidad, si no a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica y social.

SUICIDIO EGOISTA: Es uno de los tipos de suicidio descrito por Emily Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por qué seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o grupos de pertenencia que le brinden apoyo.

SUICIDIO FATALISTA: Es otro tipo de suicidio propuesto por Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de los actos.

SUICIDIO RACIONAL: Es un término utilizado para definir aquellos suicidas que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como

supuesta expresión de la libertad del sujeto, para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna.

TASAS DE SUICIDIO: Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según los grupos de edades o sexos.

TENDENCIAS SUICIDAS: Es una actitud caracterizada por la intensión, planificación, y posible decisión o impulsos de cometer un suicidio.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: Son orientaciones enfocadas a la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la Psicología científica

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA: Es una terapia efectiva para la depresión y para otras enfermedades, pero muy crece actualmente

TRANSTORNOS MENTALES: Son enfermedades originadas por diferentes causas como genes y los antecedentes familiares que repercuten, psicológicamente en la vida diaria del paciente.

TIPOLOGIA SUICIDA: Es una clasificación de los suicidios según las características comunes. Son cuatro tipos de suicidios según sea la mayor o menor integración social o regulaciones sociales.

TEORIA BIOLOGICA DEL SUICIDIO: Implica psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos realizados que han sido objeto de unos intensos estudios en las últimas décadas.

TEORIA PSICOLÓGICA: Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida inician con Freud y sus seguidores quienes consideraron el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180°, ya que describen la ambivalencia, amor y el odio, presente en el suicidio

TEORIA PSIQUIATRICA: Es la que considera al suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “Todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”

TEORIA SOCIOLOGIA: Según Durkheim plantea, quien describe que el suicidio es resultado de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto.

UNIDAD SOCIOLOGICA: Es un servicio destinado a la hospitalización de los individuos que hayan realizado una tentativa de suicidio, y presentan ideas suicidas o planes suicidas con riesgo elevado a realizarlo.

TERAPIA DE APOYO: Es una Intervención basada en el apoyo emocional, resolución del problema de forma no directa y revisión del estado del paciente, con la finalidad de valorar, las necesidades de intervención por parte de profesionales especializados.

TERAPIA DE SOLUCION DE PROBLEMAS: Es una intervención psicológica que se centra en el afrontamiento de áreas problemáticas específicas. Para ello, el terapeuta y el paciente trabajan de forma conjunta en la identificación, priorización y manejo de dichas áreas.

VIOLENCIA FAMILIAR: Es un tipo de abuso que implica lastimar a alguien dentro del seno familiar. Por lo general, el cónyuge o una pareja, pero también puede ser un padre, un hijo u otro familiar, las víctimas pueden sufrir lesiones físicas como hematomas o fracturas óseas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso L. *Terapia Psicológica de la conducta suicida*. Madrid, 2011. p 2-65. Disponible en: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Terapia-Psicologica-De-La-Conducta-Suicida.pdf>. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

Álvarez M. *Guía de Práctica clínica de Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida*. España, 2011 p 10-68. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado04/actores%20asociados.html. Consultado día 7 mayo del 2015.

Álvarez M. *Guía de Práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*. Madrid. 2009, p. 78-117, Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/. México. Consultado el 5 de marzo 2015.

Bernabeu, M. D. *Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental*, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2ª ed. Madrid, 2006. p 195-207.

Bertolote J M. *Prevención del suicidio*. Madrid, 2001. p 1-13. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

Bobes J, *Comportamiento suicida: prevención y tratamiento*, Ed. Ars Medica. Madrid, 2004. p. 11-30.

Borges G. *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. Salud Pública de México. México, julio-agosto. 2010. 52(4):292-304.

Cañón S. *Factores de riesgo asociado a conductas suicidas en niños y adolescentes*. Bogotá, 2011 p. 63 .Disponible en: <http://www.Redalyc.org/articulo.ca2id=273819434005.com>. Consultado el día 05 de marzo del 2015.

Chalem F. *Depresión y suicidio: Diagnóstico y síntomas Clínicos. Medicina familiar educación continuada para el médico general*. Bogotá, 2015. p.1 Disponible en:<http://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-4/ecmg4-depresion2/#sthash.0wtxDmns.dpuf>. Consultado el día 7 de mayo del 2015

Cook, J. Sue y Fontaine Karen Lee. *Fundamentos esenciales de Enfermería en Salud Mental*. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill.2ª ed. Madrid, 1993. p 212-217.

Crawford A. L. y Kilander V. C. *Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental*. Ed. El Manual Moderno. México, 1987. p. 119-124.

Dulanto E. *El Adolescente*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2000. p.1322-1326.

Flaherty J. A. y Cols. *Psiquiatría: Diagnóstico y Tratamiento*. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2005. p. 156-168.

Garduño A. R. *Suicidio en adolescentes*. México, 2011. p. 6-40.
Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

Gelder M. y Cols. *Psiquiatría*. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1989. p. 469-481.

Guerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. 4ª ed. Madrid, 1997. p. 433-441.

INEGI. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del Suicidio*. México, 2014. p. 1-11. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>. Consultado el día 5 marzo 2015.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Antecedentes históricos*. México, 2014. p.1. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>. Consultado el día 10 de marzo del 2015.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Manual de organización del departamento de enfermería*. México, 2011. p 6-7. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/normateca/archivos/manuales_organizacion/MO-06-SH-De-2011.pdf. Consultado el día 10 marzo del 2015.

Kaplan H. y Sadock B. *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat. 2ª ed. México, 1994. p 592-598.

Kaplan H. y Sadock B. *Manual de Psiquiatría de Urgencias*. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1996. p 375-378.

Martínez H. *Evaluación del riesgo de Suicidio*. Buenos Aires, 2006. p. 1-14. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

MINSA. *Suicidio y lesiones intencionalmente autoinflingidas*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/alciudadano/selica/intlesiones mayo.doc>. Consultado el día 7/mayo/2015

Morrison M. *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Ed. Harcourt Brace., Madrid. 1999. p. 225-227.

Moya J. *La conducta suicida en los adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil*. México, 2007. p 1-12. Disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>. México. Consultado el día 5 de marzo 2015.

Negredo L. L. y Cols. *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Madrid, 2010. p 9-60. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/de>

scargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf.2010 Consultado el día 7 mayo del 2015.

Paino S. *Evaluación psicológica*. México, 2014. p 5. Disponible en: http://www.uhu.es/susana_paino/EP/tema%202.pdf. Consultado el día 7 mayo 2015

Pérez B. *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana*. Salud Pública de México. México, julio-agosto. 2010, 52 (4), 324-332.

Rivera H. *La prevención del suicidio en los adolescentes*. México, 2010. p 5-20. Disponible en: http://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2015/07/prevencion_del_suicidio_en_adolescentes_si.pdf. Consultado el día 7 de mayo del 2015.

Salomón P. *Manual de Psiquiatría*. Ed. El Manual Moderno. 2ª ed. México, 1974. p. 201-205.

Schoen B. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, Adaptación y crecimiento*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 4ª ed. Madrid, 2000 p.406-419.

Schultz J. *Enfermería Psiquiátrica. Planes de Cuidado*. Ed. Manual Moderno. México, 2013. p. 179-187.

Serfaty E. *Suicidio en la adolescencia*. México, 1998. p 1-6 .Disponible en:

http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/1998/Suicidio_Adolescencia_1998.pdf. Consultado el día 5 de marzo del 2015.

Sullivan E. D. *Personas en Crisis Intervenciones terapéuticas estrategias*. Ed. Pax México. 2ª ed. México, 2000. p. 255-285.

Téllez V J. *Impulsividad y suicidio*. México, 2002. p 62-77. Disponible en:

http://www.asodep.org/index.php?option=com_content&view=article&id=106:impulsividad-y-suicidio&catid=44:conductas-suicidas&Itemid=74.com.Mexico.2014. Consultado el día 7 de mayo del 2015

Tintinalli J.E. Perfil toxicológico. México, 2014 Davidson M, et al. Clinical Utility of Inflammatory Markers and Advanced Lipid Testing: Advice from an Expert Panel of Lipid Specialists. Journal of Clinical Lipidology. Canada, 2011 Sep; 5(5): 338-67. Disponible en: <http://www.labtestsonline.es/tests/LipidProfile.html?tab=3>. Consultado 7 de mayo 2015. p 1. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003578.htm>. Consultado el día 7 de mayo 2015.

Townsend M. *Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 4ª ed. México, 2008. p. 366-373.

Valdez M. *Ser Adolescente*. Ed. Trillas. México, 2000. p 112-117.

Valente S. *Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes*. Nursing, México. Octubre. 2010. 28 (8): 27-30.

Videbeck S. *Enfermería Psiquiátrica*. Ed. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams &Wilkins. 5ªed. Pekín, 2011. p. 144-152.

Vorvick L. J. Prueba de ELISA. México, 2014. p 1. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003538.htm>. Consultado el día 7 de mayo 2015.

White C. D. Prueba de embarazo. México, 2014. p 1. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003509.htm>.
Consultado el día 7 de mayo 2015.

Womble D. *Introducción a la Enfermería de la Salud Mental*. Ed.
Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams. Pekín, 2011. p. 304-318.