

UNIVERSIDAD METROPOLITANA



FACULTAD DE SALUD Y CULTURA FÍSICA

CARRERA DE ENFERMERÍA

SEDE QUITO

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
LICENCIADOS DE ENFERMERÍA**

TEMA

**"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO"**

AUTOR

GISELA LISBETH AIGAJE ARCINIEGAS

TUTORA:

Mg. ANNIE SARETH LEMUS ABATA

QUITO – 2025

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR

Yo **Annie Sareth Lemus Abata**, en calidad de asesor del trabajo de Investigación, designado por la cancillería de la Universidad Metropolitana del Ecuador, certifico que el trabajo de Investigación para optar al título de: **Licenciado en Enfermería** cuyo título es: **Intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención para la prevención del suicidio Quito agosto 2025**. Elaborado por la estudiante **Gisela Lisbeth Aigaje Arciniegas**, ha cumplido con todos los requisitos establecidos en la normativa pertinente de la Universidad Metropolitana UMET, por lo que apruebo su presentación.

Atentamente,

Annie Sareth Lemus Abata

Magíster en Salud Pública

1721810958

Certificación de Autoría de Trabajo de Titulación

Yo, Aigaje Arciniegas Gisela Lisbeth, estudiante de la Universidad Metropolitana del Ecuador “UMET”, de la Carrera de Enfermería, declaro en forma libre y voluntaria que la presente (trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado/a en enfermería) investigación que versa sobre: **Intervenciones de Enfermería en el Primer Nivel de Atención para la Prevención del Suicidio**, y las expresiones vertidas en la misma, son autoría de los comparecientes, las cuales se han realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas de internet y consultas de campo.

En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad de esta y el cuidado al referirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente

Aigaje Arciniegas Gisela Lisbeth

C.I: 1727910687

AUTOR

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, GISELA LISBETH AIGAJE ARCINIEGAS, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación, "Factores que influyen en la lactancia materna exclusiva en comunidades vulnerables", modalidad trabajo de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, cedo a favor de la Universidad Metropolitana del Ecuador una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Metropolitana del Ecuador para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Aigaje Arciniegas Gisela Lisbeth

C.I: 1727910687

AUTOR

DEDICATORIA

Quiero dar gracias a Dios por permitirme llegar a este punto de mi carrera, para lograr este sueño tan anhelado, que no ha sido solo mío si no de mis padres por creer en mí, desde principio a fin y brindarme su apoyo día a día motivando y enseñándome que cada despertar es un día diferente y un nuevo amanecer y que podemos cambiar una vida, así sea con una sonrisa y que la perseverancia debe ser constante.

Este triunfo también es propio, porque me pude demostrar a mí misma de que estoy hecha. A mis hermanos por sus palabras de aliento y apoyo incondicional.

A esa prima hermana que ha compartido mi niñez, mis risas, mis triunfos y mis derrotas que nunca me ha dejado sola. Ese apoyo siempre ha sido importante para mí. A esa familia que nunca me ha soltado si no cada día me ha levantado

También quiero brindar mi agradecimiento a esas personas que he conocido a lo largo de la carrera a esas amistades y que conocí un día cualquiera y se convirtieron. En gente muy cercana a mí y sobre todo a mi fiel compañera que en momentos de tristeza me apoyado y se queda en noches desvelo a mi lado mi bella mascota linda.

Gisela Lisbeth Aigaje Arciniegas.

AGRADECIMIENTO

Es un gran placer para mí expresar mi sincero agradecimiento. a través de este trabajo A la Universidad Metropolitana del Ecuador por excelentes licenciados que nos guiaron con sus conocimientos y nos enseñaron amar cada día nuestra carrera y que no solo, es una profesión si no una vocación.

Hay una frase que me gusta mucho y siempre me quedo marcada y pienso que en esta carrera es muy cierta "Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela, y si no puedes consolar, acompaña"

Quiero brindar mi agradeciendo a mi tutora de tesis, a la licenciada Yadira Tipán ha sido una guía en el proceso de realización de este trabajo. Me ha tenido paciencia y me ha brindado tiempo y conocimiento.

También dar mi gratitud a la licenciada Lissette Zambrano coordinadora de la carrera de enfermería, porque ella nos vio nacer en esta carrera.

A sido un gran apoyo y una guía muy importante desde principio a fin más, que una licenciada ha sido una excelente persona y ser humano y muy importante para nuestra formación.

Gisela Lisbeth Aigaje Arciniegas.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR.....	II
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	III
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	3
1.1. Antecedentes de la investigación.....	3
1.2. Marco teórico	6
1.2.1. Salud mental.....	6
1.2.2. Suicidio	7
1.2.2.1. Factores de riesgo	7
1.2.2.2. Factores protectores	9
1.2.3. Enfermería comunitaria	11
1.2.3.1. Conceptos y principios.....	11
1.2.3.2. Intervenciones comunitarias en la salud	13
1.2.4. Rol de la enfermería en la prevención del suicidio.....	14
1.2.5. Intervenciones de enfermería para la prevención del suicidio.....	15
1.2.5.1. Escala de valoración que detecte y valore el riesgo de suicidio	16
1.2.5.2. Programas de prevención del suicidio	21
CAPÍTULO II.....	24
MARCO METODOLÓGICO.....	24

2.1. Métodos.....	24
2.1.1. Enfoque.....	24
2.1.2. Tipo de investigación.....	24
2.1.2.1. Descriptiva.....	24
2.1.3. Diseño de investigación.....	24
2.1.3.1. No experimental.....	24
2.1.3.2. Transversal.....	24
2.1.4. Población y muestra.....	25
2.1.4.1. Población.....	25
2.1.4.2. Criterios de inclusión.....	25
2.1.4.3. Criterios de exclusión.....	25
2.1.4.4. Muestra.....	26
2.1.4.5. Variables.....	27
2.1.4.6. Operacionalización de las variables.....	27
2.2. Técnicas e instrumentos.....	30
2.2.1. Técnicas.....	30
2.2.2. Instrumentos.....	30
2.3. Procedimientos.....	30
2.4. Procesamiento.....	31
CAPITULO III.....	33
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
3.1. Análisis e interpretación de datos.....	33
3.1.1. Datos demográficos:.....	33
3.1.2. Indicadores de intervención enfermera – relacionados con la práctica clínica....	41
3.1.3. Indicadores de intervención enfermera - Relacionados con la formación.....	57
3.1.4. Indicadores de intervención - Relacionados con la organización y directrices ...	59
3.2. Análisis de las preguntas.....	68

3.2.1. Chi-Cuadrado.....	68
3.2.2. Verificación de hipótesis.....	68
3.2.3. Análisis estadístico en SPSS.....	68
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de Factores de riesgo	8
Figura 2. Tipos de Factores Protectores	10
Figura 3. Cuidado de enfermería integral para familias y comunidades	11
Figura 4. Tipos de intervenciones de enfermería	16
Figura 5. Grupo Etario vs Porcentaje de Valoración (Pregunta B.1.7)	33
Figura 6. Sexo vs Apoyo emocional (Pregunta B.1.19).....	35
Figura 7. Tiempo de Trabajo vs Porcentaje de Formación Profesional (Pregunta B.2.1).....	36
Figura 8. Edad vs Porcentaje de factores de riesgo (Pregunta B.1.6).....	38
Figura 9. Formación vs Porcentaje de formación continua (Pregunta B.3.5).....	40
Figura 10. Relación terapéutica paciente	42
Figura 11. Apoyo emocional empático	43
Figura 12. Gestión de seguridad integral.	44
Figura 13. Identificación de riesgo suicida	45
Figura 14. Reconocimiento de factores protectores.....	46
Figura 15. Recopilación información colateral.....	47
Figura 16. Vigilancia y seguimiento	48
Figura 17. Comprensión y valoración.....	49
Figura 18. Fomento de esperanza	50
Figura 19. Actualización e intervención	51
Figura 20. Intervención y colaboración	52
Figura 21. Colaboración profesional continua.....	53
Figura 22. Reducción de ansiedad	54
Figura 23. Expresión emocional asistida	55
Figura 24. Entrenamiento para controlar impulsos.....	56
Figura 25. Seguridad ambiental preventiva	57

Figura 26. Formación especializada adicional.....	58
Figura 27. Especialización en salud mental.....	59
Figura 28. Enfermería adecuada para la atención de pacientes con riesgo suicidas.....	60
Figura 29. Comunicación y aprendizaje	61
Figura 30. Formación continuada de las enfermeras	62
Figura 31. Valoración de suicidios.....	63
Figura 32. Apoyo a investigación	64
Figura 33. Plan de prevención de suicidio	65
Figura 34. Comisión de prevención de suicidio.....	66
Figura 35. Participación de enfermería comunitaria.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupo Etario vs Porcentaje de Valoración (Pregunta B.1.7).....	33
Tabla 2. Sexo vs Apoyo emocional (Pregunta B.1.19)	35
Tabla 3. Tiempo de Trabajo vs Porcentaje de Formación Profesional (Pregunta B.2.1)	37
Tabla 4. Edad vs Porcentaje de factores de riesgo (Pregunta B.1.6)	38
Tabla 5. Formación vs Porcentaje de formación continua (Pregunta B.3.5)	40
Tabla 6. Prevención del suicidio	41
Tabla 7. Cuidado seguro cultural	43
Tabla 8. Valoración y planificación.....	45
Tabla 9. Activación de recursos de apoyo.....	47
Tabla 10. Afrontamiento y apoyo.....	49
Tabla 11. Identificación de beneficiarios	51
Tabla 12. Apoyo emocional terapéutico.	53
Tabla 13. Intervención en crisis	55
Tabla 14. Formación universitaria recibida	57
Tabla 15. Entorno seguro garantizado	59
Tabla 16. Apoyo psicológico laboral.	61
Tabla 17. Desarrollo profesional.....	63
Tabla 18. Protocolo de prevención de suicidio	65
Tabla 19. Plazas especializadas disponibles.	67
Tabla 20. Síntesis de procesamiento de casos.....	68
Tabla 21. Tabla cruzada Variable 1 x Variable 2	69
Tabla 22. Prueba- Chi cuadrado.....	72

RESUMEN

El estudio evaluó el conocimiento, las intervenciones, y la actitud frente a la prevención del suicidio del profesional del primer nivel de salud, considerando la relevancia en la identificación y atención de factores de riesgo. La investigación se desarrolló en la modalidad cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, con el empleo de un cuestionario estructurado a enfermeras de los servicios de primer nivel de atención. En términos de resultado, la mayoría del personal cuenta con un nivel adecuado de conocimiento sobre los factores de riesgo, las señales de alarma, y las intervenciones preventivas, aunque se describen, y se evidencian, carencias en la capacitación, en el avance, y la actualización en salud mental. En lo que se refiere a las intervenciones de enfermería, el personal reportó con mayor frecuencia el acompañamiento, el control del paciente, y la comunicación, mientras que el empleo de la intervención en crisis, control de los impulsos, y la colaboración en equipo, se mencionó con menor frecuencia. En cuanto a la actitud profesional, se observó que hay una actitud predominantemente positiva respecto a la prevención del suicidio, aunque se identificó una actitud moderada que necesita ser fortalecida. En conclusión, se destaca la importancia de promover la formación continua, estandarizar protocolos y fortalecer el compromiso institucional para mejorar la atención integrada y contribuir de manera óptima a la prevención del suicidio adolescente a nivel de atención primaria de salud.

Palabras claves: Conocimiento, prevención del suicidio, intervenciones de enfermería, control de pacientes, capacitación, colaboración en equipo, atención integral.

ABSTRACT

The study evaluated primary healthcare professionals' knowledge, interventions, and attitudes toward suicide prevention, considering the importance of identifying and addressing risk factors. The research was conducted using a quantitative, descriptive, cross-sectional design, employing a structured questionnaire administered to nurses in primary care services. In terms of results, most staff members have an adequate level of knowledge about risk factors, warning signs, and preventive interventions, although gaps in training, professional development, and mental health updates are described and evidenced. Regarding nursing interventions, staff most frequently reported providing support, monitoring patients, and communicating, while crisis intervention, impulse control, and teamwork were mentioned less often. Regarding professional attitude, it was observed that a positive attitude toward suicide prevention was more prevalent, although some attitudes were identified as moderate and need to be reinforced. In conclusion, emphasis is placed on the importance of fostering continuous training, standardizing protocols, and strengthening institutional commitment to improve comprehensive care and contribute optimally to suicide prevention among adolescents at the primary health care level.

Keywords: Knowledge, suicide prevention, nursing interventions, patient management, training, teamwork, comprehensive care

INTRODUCCIÓN

Los casos de suicidio son considerados un problema de salud pública a nivel mundial. La OMS lo considera uno de los accidentes principales de muerte en la juventud y la adultez. Los suicidios en aumento en Ecuador son alarmantes. Se evidencia la obligatoriedad de políticas de salud de primer nivel. La magnitud de este fenómeno, enfermeras trabajan de manera primaria en la detección y capacitación sobre los riesgos potenciales, en la adopción de acciones y en la promoción de las políticas de salud mental de la comunidad.

Lo que resulta construir un objetivo de investigación que pretenda identificar el conocimiento, las actitudes y las prácticas que tiene el personal de enfermería en relación con la prevención del suicidio, con el fin de abordarlo. Los resultados servirán para identificar fortalezas y debilidades de la formación profesional, ya que también informarán el diseño de nuevas propuestas de formación y de nuevas iniciativas a nivel comunitario que busquen fortalecer los programas de atención a la salud mental y reducir la tasa de suicidio en el país.

Planteamiento del problema

En Quito, las cifras de ideación y conducta suicida han crecido significativamente. Esta situación se relaciona con el consumo de sustancias, la violencia intrafamiliar, el desempleo, el exceso de presión académica, la escasez de oportunidades y dificultades para el acceso a una atención de salud mental oportuna y de calidad.

En esta situación, el personal de enfermería comunitaria, especialmente el que se encuentra en el nivel primario de atención, juega un papel crucial en la detección temprana de signos de alerta y la implementación de acciones preventivas a nivel comunitario. Su participación es esencial para la intervención temprana respecto a la identificación de individuos en situaciones de vulnerabilidad y para mejorar su bienestar psicosocial.

Sin embargo, durante la puesta en práctica del enfoque de enfermería comunitaria se ha priorizado, la asistencia en situaciones de crisis, con un abordaje predominantemente reactivo, en contraposición a la necesidad de trabajar un enfoque preventivo en la atención del suicidio. Esta desinformación puede originarse en la escasa formación en el área de la salud mental, o bien, en la falta de normativas que canalicen de forma clara la acción de la enfermería comunitaria en la prevención de la problemática.

El análisis detallado del saber, las habilidades, las prácticas y las orientaciones profesionales de los enfermeros en atención primaria en relación con la prevención del suicidio,

permite detectar potenciales fortalezas y debilidades y oportunidades de mejora los enfoques que se han diseñado en la comunidad. Este conocimiento permitirá la elaboración de dispositivos formativos y de programas de actuación que capacitarán al personal de enfermería en el fortalecimiento sobre la prevención del intento suicida y de la salud psicológica en el ámbito comunitario.

Formulación del problema

¿De qué manera se identificaría las intervenciones de enfermería que contribuyen a la prevención del suicidio en adolescentes en el primer nivel de atención de salud?

Objetivo general

Identificar las intervenciones de enfermería que contribuyen a la prevención del suicidio en adolescentes en el primer nivel de atención de salud.

Objetivos específicos

1. Medir el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería con relación a la prevención del suicidio en adolescentes.
2. Conocer las intervenciones de enfermería que se aplican con mayor frecuencia en relación a la prevención del suicidio.
3. Determinar la actitud que tiene el profesional de enfermería del primer nivel de salud frente a la prevención del suicidio en adolescentes.

CAPÍTULO I

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Antecedentes de la investigación

Según Sorzano, Arnedo, Rivera y Ramírez (2020) en su artículo titulado "Comportamiento suicida. Cuidados de enfermería con el fin de prevenir y actuar en situaciones de crisis", afirman que el suicidio es determinado por los factores de riesgo y predisposición, lo cual se basa en un estudio transversal ejecutado en la "Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud". Esta red abarca centros de salud mental, internaciones hospitalarias, rehabilitación psicosocial, así como la creación de líneas de capacitación e investigación. Esto se debe al enfoque que han adoptado los estudios de "La Comunidad Autónoma De La Rioja" dedicado al análisis de estrategias de atención de enfermería a personas con riesgo suicida. Es evidente que existe compromiso y responsabilidad por parte de los profesionales de la salud, en especial de las enfermeras, en la vigilancia y la acción frente al suicidio. Sin embargo, existen diferencias en su perspectiva sobre cómo proporcionar cuidado de alta calidad a personas con riesgo de suicidio. Estas deficiencias pueden ser suplidas mediante planes universitarios de enfermería y formación, además de la puesta en marcha de directrices fundamentadas en la sustentación e intervenciones nacionales de España.

En tanto que Soto, Villarroel, Véliz, Moreno y Estay (2021) en su artículo titulado como "Intervenciones para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Revisión sistemática", indican que el suicidio en "adolescentes y adultos jóvenes es un asunto de salud mental pública" que necesita programas de acción. Empleándose un método cualitativo, con la metodología PICO y el modelo PRISMA, descubriendo que los planes de intervención en grupos de riesgo y ambientes controlados, como zonas hospitalarias y espacios educativos, incrementan la eficacia en la disminución de la ideación y el comportamiento suicida. Por lo que indica que la prevención eficaz del suicidio representa un reto para los expertos y elementos sociales encargados de la salud psicológica de los jóvenes. Donde la ordenación de los datos divulgados sobre este asunto facilita la definición de normas conceptuales y empíricas para respaldar los esquemas de acciones con mayores posibilidades de eficacia. Las acciones que se enfocan en grupos de riesgo y en contextos controlados (hospitales, escuelas, etc.) tienen más probabilidades de éxito en la "prevención del suicidio".

Mientras que Suárez (2023) en su artículo con la temática "Estrategias para la prevención del suicidio", dice que el suicidio es una patología que puede evitarse en diferentes

situaciones, para la cual resulta crucial aplicar estrategias eficaces y acciones generales. La educación en cuidado mental es esencial para una estrategia a nivel mundial. Los asesores deben tener en cuenta la red de soporte del paciente, limitar los procedimientos, valorar el riesgo durante la entrevista, categorizar el riesgo y efectuar la prescripción. Es necesario que los canales de comunicación tomen en cuenta el efecto de las noticias en televisión sobre los suicidios y apliquen tácticas para evitar el efecto Werther. Es necesario que los educadores respondan a cambios como la reducción del desempeño escolar, escasa motivación, comportamiento inadecuado, ausentismo y el uso de sustancias psicoactivas. Desde el punto de vista de la salud pública, se necesitan acciones eficaces en la ciencia social y un análisis constante de estrategias preventivas orientadas a grupos vulnerables.

En tanto que Pombosa-Villamarín, Sinchi-Guevara, Padilla-Buñay, & Damián-Sinchiguano (2025) en su artículo titulado como "Intento autolítico: factores protectores e intervenciones de enfermería" dicen que para prevenir conductas suicidas, son indispensables los factores de protección como la autoestima, el apoyo social, las dinámicas familiares positivas y la regulación emocional. Los factores esenciales deben ser potenciados en las medidas de enfermería a través de dimensiones preventivas a partir de la atención primordial, incluyendo la educación, la detección temprana de amenazas y el establecimiento de redes de apoyo. Asimismo, es necesario instaurar protocolos estandarizados, robustecer la capacitación continua y fomentar una perspectiva humanizada. Para detectar peligros, promover comportamientos sanos y reintegrar a las personas afectadas en sus ambientes comunitarios, es fundamental una relación terapéutica fundamentada en la confianza y la empatía. Por lo que los elementos protectores son cruciales para prevenir el suicidio, en tanto que la función de enfermería se enfoca en desarrollar estrategias preventivas, reforzar las relaciones terapéuticas fundamentadas en la confianza y la empatía, y gestionar riesgos de forma eficaz.

Gómez-García et al. (2021) en su investigación titulado como "Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención", dice que este análisis resalta la ausencia de un organismo rector y de programas nacionales para prevenir y atender el suicidio. Se enfatiza la relevancia de adecuar estos programas a las demandas y al ambiente del equipo de salud, además de que es necesario combinar el modelo de salud mental gracias a la escasa comunicación entre los niveles de atención. Por una variedad de razones, es importante capacitar al personal en el reconocimiento y manejo del riesgo de suicidio. En este sentido, el apoyo ya mencionado al personal a cargo

de estas situaciones también es importante, así como optimizar el sistema de orientación y monitoreo.

Mientras que Juanós-Álvarez, Casanova-Garrigós, Moreno-Poyato, Torrubia-Pérez, Capera-Fernández, Mora-López (2024), titulado como "Actitudes y percepciones de las enfermeras hacia la conducta suicida: revisión sistemática de estudios cualitativos", según el análisis de diferentes artículos, se dice que la evaluación del comportamiento suicida está limitada debido a la falta de capacitación en salud mental de las enfermeras y la carga de trabajo. Las actitudes hacia el suicidio tienen elementos socioculturales que dictan la accesibilidad de la atención médica y el enfoque paternalista de los profesionales de la salud. Se enfatiza la necesidad de formación en prevención del suicidio y de una mayor investigación cualitativa.

En tanto que Díaz-Valencia y Urgilés-Vallejo (2025) en su artículo titulado "Vivencias de los profesionales de enfermería frente a los pacientes con intento auto lítico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revisión sistemática integrativa", explican que la formación y experiencia de la enfermera impactan de la manera negativa que se comportan frente al suicidio. La relación, la comunicación empática, impactan de manera curativa los sentimientos de esos y sus familiares. La insuficiente identificación de los riesgos en la UCI y la falta de planes comunitarios restringen la prevención de los intentos suicidas. Para disminuir la probabilidad de reintentos, es esencial realizar un seguimiento posterior a los intentos de suicidio mediante el uso de tácticas de cumplimiento y tratamiento. Para detectar variables de riesgo en comunidades vulnerables, la prevención necesita tener un enfoque transversal y multifacético.

De igual manera Cabrera, Torres, Vásquez, López, Tirado, Arévalo, Medina, Rodríguez, Ramírez y González (2024) en su artículo titulado como "Effect of community interventions for the prevention of suicide in adolescents and young adults: a scoping review"; dicen que el "suicidio es un problema de salud pública", especialmente en países con bajos recursos donde las tasas de suicidio juvenil son más altas. Esta revisión evalúa y categoriza las intervenciones comunitarias para "jóvenes y adultos jóvenes a nivel mundial". Las capacidades autónomas y de autolesionarse entre la población adolescente y los casos de intentos de suicidio son alarmantemente prevalentes en muchos países de ingresos bajos a medianos y son el enfoque principal de las muchas estrategias que están a la espera de ser ejecutadas. Esto subraya la necesidad de un enfoque adaptado al contexto comunitario adecuado, incluyendo los aspectos culturales, los sistemas de valores, las necesidades y la situación de la comunidad. Es

importante que esta comunidad continúe participando para mitigar el suicidio en la población joven y adulta. No obstante, la literatura sigue teniendo importantes lagunas en su eficacia a largo plazo, la diversidad en las poblaciones y el posible faltante de recursos.

En tanto que Salvo, Florenzano y Gómez (2021), en su artículo titulado como "Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria", dice que el suicidio, debe ser visto como un asunto de salud pública que tiene muchas causas, la cual necesita de una perspectiva integral para su prevención. Las estrategias comprenden políticas relacionadas con la salud mental, limitaciones en la accesibilidad a métodos de formación sobre atención primaria y respaldo a grupos vulnerables. Los profesionales de la salud tienen que estar atentos a las ideas suicidas, evaluando el riesgo en función del historial de trastornos psiquiátricos y suicidios, además de elementos protectores como el respaldo social.

Finalmente, Pérez y Moreno (2020) en su investigación "Intervención de enfermería en la prevención del suicidio en adolescentes: revisión sistemática", dicen que la investigación muestra un elevado índice de pensamientos suicidas en adolescentes, destacando elementos como el sexo, la melancolía, la autoestima y las disfunciones en la comunidad LGBTQ+. Los elementos menos influyentes incluyen el uso de alcohol, sustancias alucinógenas, variables sociodemográficas y el uso de internet. Las medidas que se concentraron en la enseñanza, la conversación y el contacto directo con los pacientes se señalan como las más productivas para la prevención del suicidio. Se señaló que el concepto de 'espacio seguro' es vital para que 'los miembros de la profesión de salud intenten encontrar comportamientos suicidas' e informen a los especialistas en salud mental.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Salud mental

Es un componente esencial del bienestar humano que incluye el estado de equilibrio de cada individuo en el ámbito emocional, psicológico y social. Implica el dominio de la gestión adecuada de las emociones, el manejo de los desafíos de la vida cotidiana, el establecimiento de relaciones y el hecho de tomar decisiones responsables (Calvo, 2020).

Por otra parte, no se refiere solamente a la ausencia de enfermedades o trastornos, sino a que se trata de un estado dinámico en el que la persona se siente capaz de desarrollarse, ser productivo, trabajar y colaborar con la comunidad de la cual forman parte. Por último, al estar integrado por factores de tipo biológicos, sociales y culturales, la salud en ese componente puede ser optimizada o debilitada, por lo cual su atención se deberá centrarse en la promoción

de hábitos saludables, redes de apoyo y el manejo de servicios especializados en el caso de que los problemas se hagan evidentes (Cuenca, Robladillo, Meneses, & Suyo, 2020).

1.2.2. Suicidio

El suicidio es visto por la "Organización Mundial de la Salud (OMS)" como el acto consciente de poner fin a la propia vida. Por lo que se entiende que el suicidio representa un serio problema de salud pública que impacta a personas, comunidades y sociedades a nivel global. Las entidades internacionales sostienen que el suicidio es evitable y que es crucial tratar sus raíces para disminuir su prevalencia. En países como México, el "Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS)", considera esencial proporcionar "herramientas a los medios de comunicación para una correcta gestión de la información relacionada con este fenómeno, dado que se ha demostrado su significativo impacto en la prevención de la conducta suicida". De acuerdo con los "Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)", cerca de 1,2 millones de adultos, entre los que se incluyen 243,000 de Latinoamérica e Hispanoamérica, buscan el suicidio anualmente. Más de 1 de cada 5 individuos que perdieron la vida debido a suicidio habían manifestado su intención de suicidio.

El deceso de 47,000 individuos en Estados Unidos en 2021 evidenció una crisis de salud pública que ha crecido un 30% en un periodo de 20 años. En 2020, 4,571 individuos de procedencia latinoamericana e hispana murieron debido al suicidio, un número que supera las defunciones por homicidio. En ese propio año, 3 millones de adolescentes latinos/hispanos de 12 a 17 años manifestaron haber considerado seriamente el suicidio (Mayoral, y otros, 2023).

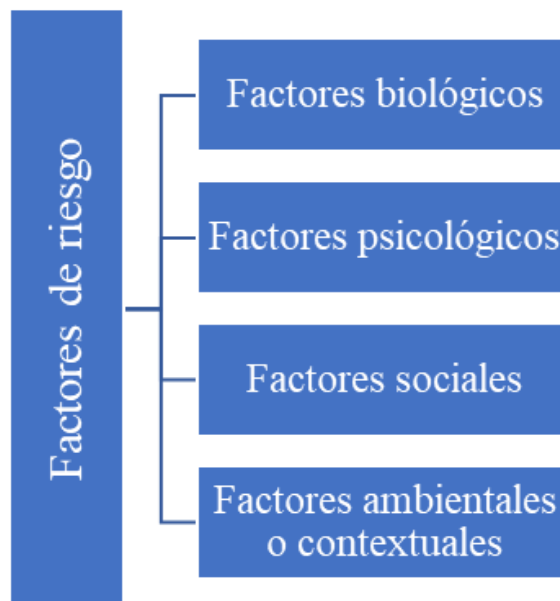
1.2.2.1. Factores de riesgo

Un riesgo se considera como una condición, característica o circunstancia que influye en la posibilidad de que una persona padezca una enfermedad, desarrolle un problema de salud o presente conductas dañinas (por ejemplo, drogadicción, depresión o suicidio). Dicho de otra manera, un riesgo aumenta la probabilidad de que se presente un problema, pero no hay certeza de que se presente un problema (Schooling & Jones, 2018).

Es particularmente importante en la atención de grupos vulnerables como la niñez o la adolescencia. Por lo que según Paredes, Bravo, Posso, y Quelal (2022) los factores de riesgo que influyen en el suicidio están las enfermedades de salud mental como la depresión, las cuales pueden ser detectadas si se presentan todos los días en un período mínimo de 2 semanas.

Estas clases de factores por lo general son:

Figura 1. Tipos de Factores de riesgo



Fuente: Paredes et al. (2022)

Según Paredes et al. (2022) las condiciones que se dan por cada tipo de factor de riesgo son:

a) Factores biológicos

- Alterar los hábitos de nutrición y de descanso.
- Vivir con dolor corporal sin un motivo físico.
- Poseer historial familiar de depresión, suicidio, maltrato.
- Poseer trastornos de salud física.

b) Factores psicológicos

- Sentir desesperación, incapacidad, pérdida de valor, melancolía.
- Perder interés en ocupaciones que, normalmente, se ven como divertidas.
- Sentir cansancio, con escasa energía.
- Sentir angustia, irritabilidad, inquietud.
- Poseer problemas para enfocarse o tomar decisiones.
- Poseer ideas suicidas o vinculadas con la muerte.
- Previamente haber intentado suicidio.

- Tener impulsividad o aislamiento.

c) Factores sociales

- Disminuir el desempeño académico o profesional.
- No desear interactuar con otras personas.
- Emplear sustancias y alcohol.
- Difundir una pérdida significativa, similar a la de un vínculo, una casa o una muerte.
- Ser testigo de un suceso que provoca vergüenza, culpabilidad, deshonra.

d) Factores ambientales o contextuales

- Familiarizarse con la conducta suicida de otro individuo.
- Obtener acceso de manera sencilla a los canales para cometer suicidio.

1.2.2.2. Factores protectores

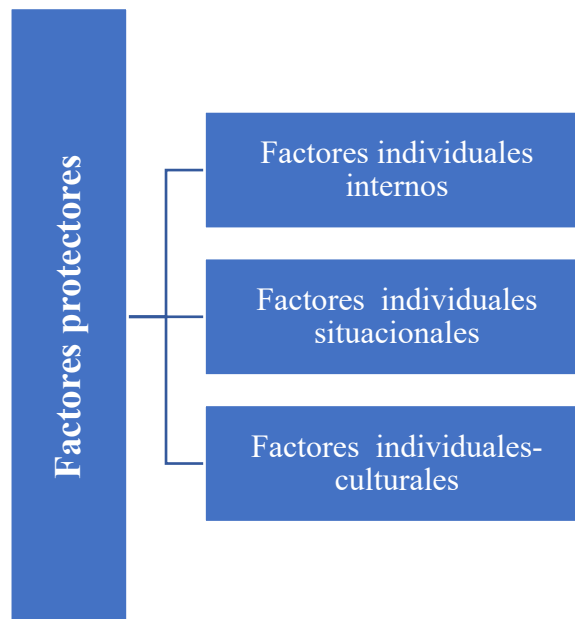
Las condiciones a nivel personal, familiar y social que reducen las posibilidades de que una persona desarrolle conductas de riesgo o problemas de salud se conocen como factores protectores. Estas condiciones son sinérgicas y fortalecen los mecanismos de afrontamiento, resiliencia y adaptabilidad. Los comportamientos protectores son condiciones escudo que permiten enfrentar situaciones de riesgo y favorecen el desarrollo integral y bienestar (Zoellner, y otros, 2024).

Se reconocen la autoestima positiva, el progreso de habilidades sociales, el apalancamiento familiar y de la comunidad, la comunicación y el fortalecimiento de la cohesión, el desarrollo de la integración escolar, y la integración de servicios de salud y educación. En suma, los comportamientos protectores no anuncian la completa contrariedad de situaciones conflictivas, solo aminoran el impacto negativo y favorecen la probabilidad de que los jóvenes sigan la creación de proyectos de vida (Bakken, Skokauskas, Sund, & Kaasbøll, 2025).

Un factor de protección es un atributo o característica que disminuye la posibilidad de tratar o consumir el suicidio. Los factores de protección son competencias, fortalezas o insumos que asisten a las personas para manejar con más eficiencia los eventos de estrés (Martínez, Martínez, & Rodríguez, 2023).

Mientras que los factores protectores son:

Figura 2. Tipos de Factores Protectores



Fuente: (Madruga & Guzmán, 2025)

Según Madruga y Guzmán (2025) las opciones que da cada tipo de factor es:

a) Factores individuales internos

- Habilidad para resolver problemas, autocontrol, manejo de situaciones y resiliencia.
- Capacidad para las relaciones interpersonales sociales.
- Opción para adquirir nuevos conocimientos.
- La autovaloración y la autopercepción.
- Capacidad para organizar motivos para vivir.

b) Factores individuales situacionales

- Ambiente de trabajo estable.
- Estado civil: matrimonio o unión libre.
- Poseer hijos (en especial para las mujeres)

c) Factores individuales culturales

- Espiritualidad / Creencias religiosas.
- Adquirir valores tradicionales y culturales.

- Sentirse vinculado a la comunidad o a un colectivo.
- Valores favorables.
- La falta de ética al suicidio.

1.2.3. Enfermería comunitaria

Figura 3. Cuidado de enfermería integral para familias y comunidades



Fuente: (Navarrete, Zambrano, Loor, & Gómez, 2024).

1.2.3.1. Conceptos y principios

De acuerdo con la OMS, un "enfermero comunitario" no solo se encarga del cuidado directo de los pacientes, sino que también aporta de forma considerable a la promoción de la salud o a la prevención de enfermedades, es decir, a la administración de la asistencia sanitaria en el entorno comunitario.

De acuerdo con la OPS, la "enfermería en salud comunitaria" se refiere a la elaboración y uso de saberes y métodos científicos para fomentar, restaurar y preservar la salud de la comunidad. Su responsabilidad es identificar las necesidades de salud de la comunidad y lograr su implicación en los programas vinculados a la salud y el bienestar de esta (Navarrete, Zambrano, Loor, & Gómez, 2024).

La "Enfermería Comunitaria" es la especialidad que condensa los saberes teóricos y las destrezas operativas de la atención sanitaria y la salud pública, utilizando estos como opciones (estrategias) laborales en la comunidad con el objetivo de fomentar, preservar y recuperar la salud de la población, incluyendo su participación (comunitaria), a través de atención directa e indirecta a personas, familias, otros colectivos y a la comunidad en general, como mi comunidad (Mina & Sumarriva, 2023)

Los principios de la enfermería comunitaria y roles operativos según Hidalgo y Diaz (2023) son:

- Se fundamenta en un sólido cimiento de la "enfermería, incorporando a su práctica saberes de salud pública".
- La Enfermería Comunitaria tiene la obligación de cuidar a la población en su totalidad.
- "El enfoque de la Enfermería Comunitaria se basa en las demandas y problemas de salud esenciales de la población a través de los procesos involucrados".
- La labor de la Enfermería Comunitaria adoptará un carácter integral e integrado.
- Los análisis que se ordenan y están en curso son fundamentales para los desarrollos y refinamientos de la práctica de proporcionar atención médica.
- Seguir aprendiendo en el área de la salud también resulta muy importante para el desarrollo profesional y personal.
- Cada problema y sus requerimientos de salud deben ser examinados y analizados desde enfoques multidisciplinarios.
- La Enfermería comunitaria debe fomentar valores que ayuden a mantener la solidaridad y la equidad social, así como la igualdad de oportunidades.

Los roles operativos de la enfermería comunitaria según Hidalgo y Diaz (2023) son:

- Fomentar la atención.
- Enseñanza.
- Ejecución.
- Estudiante.

Los roles de actitud son:

- Orientar.

- Fomentar.
- Coordinar.
- Estimular.
- Facilitar.
- Cooperar.

1.2.3.2. Intervenciones comunitarias en la salud

La Intervención Comunitaria comprende una serie de medidas enfocadas en fomentar el crecimiento de una comunidad mediante la implicación directa de esta en la modificación de su propia realidad. Así pues, busca la formación y el robustecimiento de la comunidad, promoviendo su gestión personal para su propio cambio y el de su entorno. Al proporcionar a la comunidad la habilidad de tomar decisiones y actuar, se potencia su refuerzo como espacio de prevención (Cotonieto & Rodríguez, 2021).

En este contexto, la intervención de la comunidad constituye una opción que puede funcionar como un contrapunto en comunidades urbanas poco capaces a modificar parte de su realidad, oscurecida por el temor social en sus manifestaciones de aislamiento, ausencia de coexistencia y falta de participación organizada, especialmente en iniciativas de bienestar colectivo (Carrillo, Cruz, Jiménez, León, & Quesada, 2022).

Los cinco pasos de planificación en la intervención comunitaria son:

a) Fase 1. Buscar alianzas

En esta etapa inicial, es imprescindible buscar alianzas en un contexto político y con los actores sociales que posean influencia (y conocimiento) en el territorio, con el fin de formar un grupo de impulso o coordinación. Es posible formar diversos grupos dependiendo del público objetivo de la intervención, como, por ejemplo, para personas mayores, para adolescentes, para mujeres, entre otros. Para lograrlo, es necesario explorar los recursos disponibles tanto en un contexto de la colectividad, como de distrito, de agrupaciones e institucional (como la agrupación de vecinos y el conjunto de atención primaria) (Pérez, Marugán, Bachiller, & Casado, 2023).

b) Fase 2. Conocimiento de la situación

En esta etapa, se realiza un análisis de los problemas identificados en el entorno tratado. Es posible emplear datos tanto cuantitativos como cualitativos que identifiquen las demandas

comunitarias y de sanidad y sus factores, además de los recursos sanitarios del área. Para identificar requerimientos, la sugerencia sería utilizar datos tanto cuantitativos y cualitativos (tales como encuestas, registro de domicilio, registros de partidas de vida, mecanismo de información de salud mental, etc.), además de datos cuantitativos y cualitativos (como entrevistas a informantes esenciales, grupos nominales, grupos de discusión, etc.) (Pérez, Marugán, Bachiller, & Casado, 2023).

c) Fase 3. Plan de acción

Esta etapa incluye la determinación de prioridades, el diseño e implementación de las intervenciones. En esta etapa, los problemas identificados en la etapa previa se organizan a través de una priorización participativa de las demandas, se realiza un estudio bibliográfico de las intervenciones eficaces y se proyectan e instauran las intervenciones (Moreno, y otros, 2025).

d) Fase 4. Evaluación

"En esta fase se hace un seguimiento, evaluación de proceso y de resultados de todas las intervenciones". Este apartado se explica con mayor detalle en la última parte del módulo (Pérez, Marugán, Bachiller, & Casado, 2023).

e) Fase 5. Sostenibilidad

A esta etapa se refiere la conservación de las acciones y dinámicas implementadas, principalmente con los suministros propios del territorio. Incluye también la identificación constante de nuevas demandas. Es esencial fortalecer a la ciudadanía para alcanzar la etapa de sostenibilidad (Moreno, y otros, 2025).

1.2.4. Rol de la enfermería en la prevención del suicidio

La enfermería tiene una posición privilegiada para detectar a tiempo comportamientos de riesgo, ofrecer acompañamiento terapéutico y fomentar estrategias de afrontamiento saludables, tanto en el entorno comunitario como en el clínico. La distribución de intervenciones personalizadas y ajustadas a las necesidades comunitarias es posible gracias a su perspectiva integral, enfocada en el ser humano y la comunidad (Sánchez, 2025).

Las labores esenciales relacionadas con la enfermería en este campo según Sánchez (2025) comprenden:

1. Detección y cribado: categorización de indicios de riesgo suicida a través de cuestionarios, entrevistas o interacciones rutinarias dentro de la atención primaria.

2. Educación en salud: Educar a las escuelas, comunidades y familias para reconocer signos de advertencia y fomentar la ayuda mutua.
3. Acompañamiento terapéutico: Implica construir una relación segura que permita la expresión de emociones y pensamientos sin miedo a ser juzgado.
4. Intervención en crisis: actuar con urgencia en situaciones de peligro inminente, referir a servicios especializados y continuar brindando atención.
5. Promoción del Bienestar Mental: Implementación de actividades a nivel comunitario que mejoren los factores de protección y mitiguen el estigma en torno a los problemas de salud mental.

1.2.5. Intervenciones de enfermería para la prevención del suicidio

Desde el punto de vista de la enfermería, el trabajo de prevención del suicidio se inicia con la identificación de los factores de riesgo, la evaluación del riesgo a través de escalas validadas y la comprensión de intervenciones efectivas en situaciones de ideación o intento de suicidio (Guerrero, y otros, 2022).

El propósito de cada tipo de prevención sería.

- Prevención primaria

Se enfoca en la identificación temprana de elementos de riesgo y en la protección específica de la población en situación de vulnerabilidad. En resumen, realizar "acciones antes de que ocurra el comportamiento suicida o que se manifieste la ideación".

- Prevención secundaria

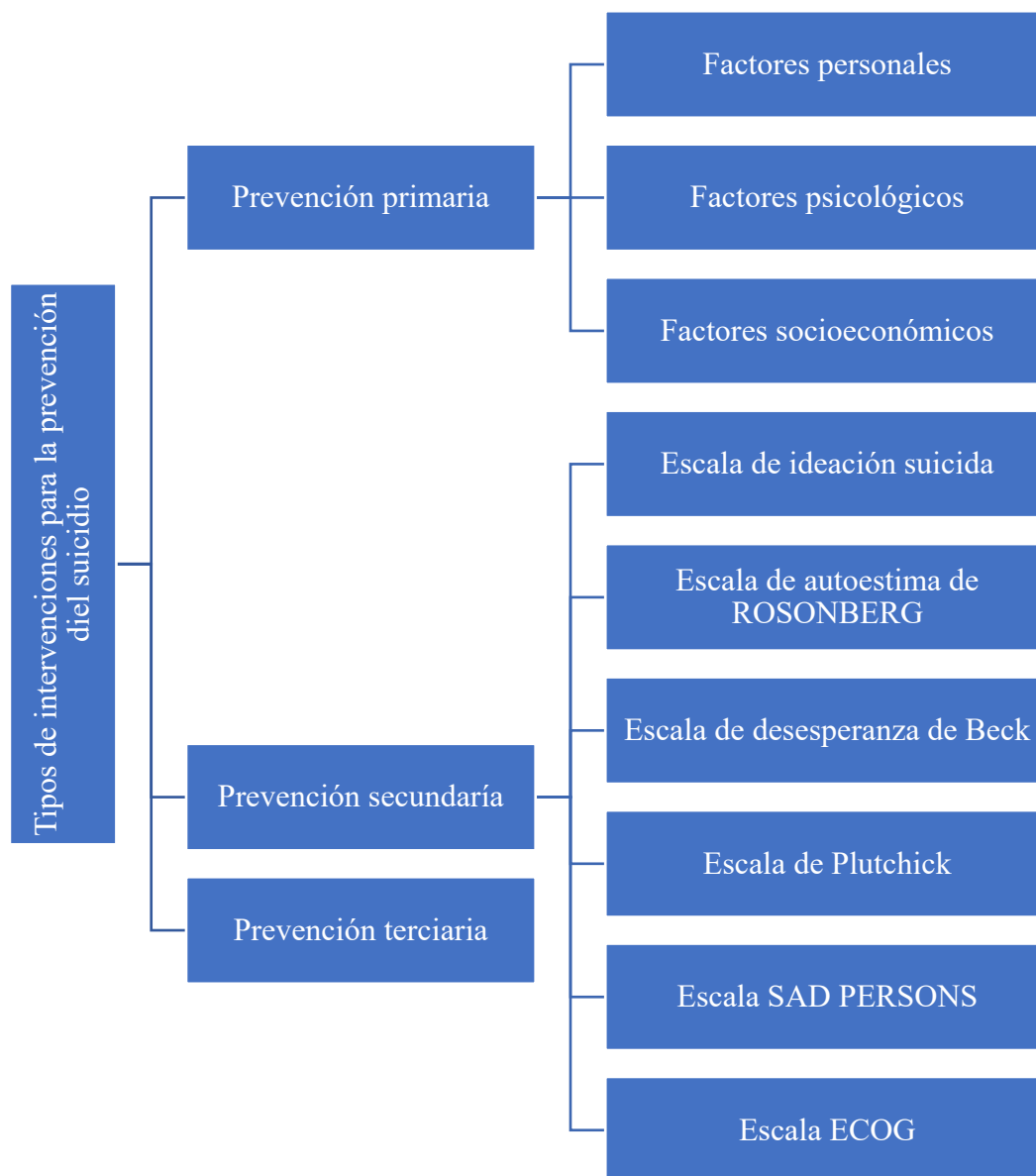
El "propósito es reducir la probabilidad de que se realice un esfuerzo de suicidio en individuos de alto riesgo, incluyendo medidas que faciliten un diagnóstico temprano, la captación oportuna y la provisión de los tratamientos apropiados".

- Prevención terciaria

Va dirigida a los ciudadanos que han experimentado un intento de suicidio fracasado y a aquellos que han optado por las acciones suicidas, ya sea debido al fracaso de las tácticas preventivas o a la ausencia de una identificación temprana de la idea de suicidio.

Las intervenciones de enfermería para la prevención del suicidio son:

Figura 4. Tipos de intervenciones de enfermería



Fuente: (Guerrero, y otros, 2022).

1.2.5.1. Escala de valoración que detecte y valore el riesgo de suicidio

a) Factores personales

Son todos los elementos de cada persona que afectan el riesgo o la protección de la conducta suicida. Tienen que ver con las características individuales, las condiciones biológicas y las experiencias que una persona haya vivido y que determinan la manera en que una persona puede hacer frente a una situación difícil o a una situación estresante (Yöyen & Kele, 2024) y (Bahamón, y otros, 2025).

Los más frecuentes según Freichel et al. (2025) son:

- Edad y sexo: ciertos grupos de edad tienen mayor riesgo (por ejemplo, adolescentes y adultos mayores).
- Historia personal: dado el historial de intentos de suicidio, autolesiones.
- Condiciones de salud: enfermedad crónica, discapacidad y dolor persistente.
- "Rasgos de personalidad: impulsividad, baja tolerancia a la frustración, dificultad en la regulación emocional".
- Uso de sustancias: el uso de alcohol y drogas aumenta la vulnerabilidad.
- Red de apoyo limitada: ausencia de amigos cercanos, relaciones familiares conflictivas, o aislamiento social.
- Experiencias adversas en la infancia: estar expuesto a violencia, descuido, abuso físico o sexual, o sufrir una pérdida importante.

b) Factores psicológicos

Estos aspectos tienen que ver con el funcionamiento mental y emocional de las personas. Son las formas en que estas personas perciben, entienden y reaccionan ante las diversas experiencias de la vida. Estos aspectos determinan la autoestima, el equilibrio emocional, el estrés, la resiliencia y la salud mental en general. Cuando estas dimensiones se ven alteradas, se aumentan las probabilidades de que la persona presente ideación suicida o realice conductas de riesgo (Wang & Li, 2025) y (Nobile , Gourguechon, Olié, & Courtet, 2025).

Según Song & Kim (2025) los principales factores psicológicos que se relacionan con el suicidio son:

- Alteraciones mentales como trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, depresión, trastornos bipolares y de ansiedad.
- Baja autoestima, es decir, una percepción negativa y autocrítica, sintiendo que no se vale nada y que no se es capaz de hacer algo.
- Desesperanza, que es la sensación de que nada puede mejorar o que el futuro no vale la pena.
- Estrés crónico o mal manejo del estrés, que es la existencia de un malestar emocional por un largo periodo que sobrepasa los recursos que una persona posee.
- Aislamiento emocional o la sensación de no ser comprendido o no ser apoyado, aun en presencia de personas cercanas.

- Impulsividad, que es la falta de control de las acciones de una persona y que puede llegar a un intento suicida.

Los factores principales, según McClelland, Loney y Platt (2024), son también:

- Distorsiones cognitivas, que son los pensamientos rígidos o negativos, como en la frase “nunca voy a salir de esto”.
- Duelo complicado que es la incapacidad de superar una pérdida.

c) Factores socioeconómicos

Son las condiciones sociales y económicas que rodean y afectan a una persona y que determinan su calidad de vida, sus oportunidades y su bienestar. Además de ser problemas particulares, se explican por el contexto familiar, comunitario y social (Pirkis et al., 2024). En la prevención del suicidio, el contexto social y los fundamentos económicos son problemas de primer orden, dado que la pobreza, la desigualdad y la exclusión social son factores que tienden a incrementar la ideación y la conducta suicida (Liu, y otros, 2023).

Según Madigan y Daly (2023); los principales factores socioeconómicos asociados con el suicidio son:

- Desempleo y pobreza: ausencia de trabajo y prácticamente ningún ingreso.
- Bajo nivel educativo: la ausencia de oportunidades educativas que restringen el empleo futuro y la integración social.
- Sobreendeudamiento y las crisis económicas resultantes: situaciones psicológicamente perturbadoras que conducen a la desesperanza.
- Desigualdad: la sensación y sentimientos de injusticia social, exclusión, discriminación y ostracismo.
- Acceso limitado a la atención médica: indisponibilidad de atención médica física y mental y costos exorbitantes para obtenerla.

En tanto que Schoen et al. (2024) dice que dichos factores relacionados son:

- Familias disfuncionales: presencia de violencia doméstica, abandono y falta de apoyo emocional.
- Migración y desarraigo: separación familiar, pérdida de identidad cultural y ausencia de redes de apoyo.
- Estigmatización social: discriminación basada en género, etnia, orientación sexual y estado de salud.

d) Escala de ideación suicida

Se trata de una escala no aplicada, creada por Beck (1979) para medir y valorar la intención de suicidio, o el nivel de gravedad y potencia con el que alguien consideró o está considerando suicidio. Por lo que esta escala aprecia elementos como la intensidad, gravedad, nivel, frecuencia, duración y postura del individuo con pensamiento suicida (Baño & Fuster, 2023).

Por lo que es una escala de 19 puntos que el terapeuta debe completar durante una entrevista semi estructurada. Las adaptaciones al español la muestran segmentada en diversas secciones que incluyen una serie de atributos relacionados con:

- Postura ante la vida y la muerte.
- Reflexiones o anhelos de suicidio.
- Proyecto de tentativa de suicidio.
- Implementación del esfuerzo previsto.

e) Escala de autoestima de ROSONBERG

Es la herramienta más empleada a escala global para evaluar la autoestima; la cual se caracteriza como una percepción de uno mismo, ya sea positiva o negativa, que se forma a través de una evaluación personal de las propias particularidades suicida (Baño & Fuster, 2023).

Este examen busca valorar la percepción de satisfacción que la persona posee sobre sí misma suicida.

"Se valora en la siguiente escala:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo"

f) Escala de desesperanza de Beck

Es la escala que mide la existencia de síntomas de depresión que se han manifestado en las dos semanas recientes, conforme a los parámetros diagnósticos establecidos en el DSM-IV (Alamo, Baader, Antúnez, Bagladi, & Bejer, 2021).

Según Alamo et al. (2021), esta escala, consta de 20 declaraciones con dos posibles respuestas (verdadero o falso), es corta y puede emplearse durante aproximadamente 5 a 10 minutos. Los componentes que indican ansiedad se puntúan con 1, y los que no lo hacen, con 0; de este modo, un total de 20 puntos es el más alto. Beck ha creado seguidamente la escala de notas para su interpretación:

- "0-3: intervalo normal o asintomático;
- 4-8: leve;
- 9-14, moderado;
- 15-20: severo".

Se ha notado que un puntaje superior a 9 es un buen indicador de un comportamiento suicidio potencial.

g) Escala de Plutchick

Es un método frecuentemente empleado para la evaluación del riesgo de suicidio en una variedad de edades. El estudio de las características psicométricas de este instrumento ha sido escasamente divulgado en el español. Se tienen dos trabajos relevantes: donde la versión traducida al español por Rubio et al. (1998), en la que no se propone una estructura factorial, pero sí se propone un estudio de la consistencia interna del método. En contraposición, se ha descubierto la versión de Suárez-Colorado et al. (2019), en la que estudian el instrumento en un grupo de adolescentes, modificando su estructura lingüística en relación con la versión de Rubio et al. (1998), añadiendo dos factores y hallando una consistencia interna excelente.

Es una escala inicial de 20 puntos que evalúa los intentos de autogobierno anteriores, la fuerza de la idea de suicidio presente, las emociones de depresión, desesperación y otros factores vinculados a las tentativas de suicidio. Se compone de 15 elementos que hacen referencia a la inclinación del paciente a "actuar sin reflexionar" o de manera impulsiva (Arias & García, 2021).

Se indica que oscila con un valor que va de 0 y 45 puntos que son:

- "Nunca=0
- Casi siempre=3".

Se considera alta impulsividad a partir de 20 puntos en la adaptación española.

h) Escala SAD PERSONS

Es un acrónimo empleado como herramienta de memoria. Al principio, la desarrollaron como un instrumento de análisis clínico para expertos sanitarios para el propósito de determinar el riesgo de suicidio. En tanto que en 1996, Gerald A. Juhnke creó la Escala Adaptada SAD PERSONS para su aplicación en niños (González-Chamorro, 2024).

La escala SAD PERSONS (SPS) es ampliamente empleada para medir el riesgo de suicidio en contextos educativos y clínicos.

Cada elemento se refiere a un factor de riesgo para el suicidio y se evalúa su ausencia/presencia otorgándoles una puntuación de 0 a 1.

i) Escala ECOG

Se trata de la escala creada por el "Grupo Colaborativo Oriental (ECOG) de Estados Unidos y reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar la calidad de vida del paciente con cáncer. Se publicó en 1982 por Oken y colaboradores". También se conoce como la escala ECOG, la escala WHO o el coeficiente Zubrod (Kumar, Zhu, Sun, Kotak, & Liu, 2024).

La función primordial de esta escala es medir la calidad de vida del paciente o "estado de desempeño".

La escala ECOG mide el progreso de las habilidades del paciente en su vida cotidiana, preservando al máximo su independencia. Esta información es crucial al proponer un tratamiento, puesto que de esta escala se basará el protocolo de tratamiento y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG otorga calificaciones de 0 a 5.

1.2.5.2. Programas de prevención del suicidio

a) Prevención del Suicidio – SUPRE

"Es una estrategia de prevención del suicidio promovida por la Organización Mundial de la Salud". SUPRE recoge datos y ha iniciado una investigación acerca del suicidio en cinco continentes. SUPRE igualmente divulga recomendaciones que los medios de comunicación deben acatar para evitar suicidios de imitadores suicidas.

Es el Programa de la Organización Mundial de la Salud para prevenir el suicidio, que analiza la problemática desde un enfoque global, las particularidades de las intervenciones sugeridas, además de los retos y barreras que surgen (Organización Mundial de la Salud, 2020).

b) Programa SAMHSA

Que significa "The Substance Abuse and Mental Health Services Administration la cual traducido quiere decir La gestión de servicios de salud mental y abuso de sustancias"; esta se trata de una entidad dentro del "Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos". SAMHSA ofrece liderazgo y una perspectiva federal en los proyectos de tratamiento y prevención orientados a la salud mental y al consumo excesivo de sustancias a escala nacional. La Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH, por sus siglas en inglés) contribuye a simplificar esta tarea al examinar las razones y la magnitud del consumo de drogas en Estados Unidos, así como sus efectos (Mansoor & Ansari, 2025).

La SAMHSA se fundó en 1992 con el propósito de eliminar la morbilidad asociada a las disfunciones mentales y el consumo de sustancias.

c) Programa “Hablemos de Todo” – Chile

Hablemos de Todos es un programa dirigido a los y las adolescentes en Chile que tiene como finalidad otorgar un espacio seguro para que se trate la salud mental y los problemas asociados a ella, la sexualidad, la violencia y el autocuidado. Se ejecutan actividades en todo el territorio nacional, a partir de las cuales los y las adolescentes pueden compartir ideas con respecto a estos problemas para tomar decisiones en salud, bienestar y autocuidado. Uno de los beneficios que tienen los y las participantes del programa es el acceso a un chat en que se brinda apoyo, orientación y asistencia por un equipo de psicólogos.

El programa opera de lunes a viernes de 10:00 a 22:00. También de 11:00 a 17:00. Utilizando una pedagogía dinámica, el programa aboga y fomenta el compromiso activo de los jóvenes para desafiar estereotipos y conceptos erróneos sobre una variedad de temas, incluyendo anticoncepción, diversidad, sexualidad, acoso, uso problemático y trastornos alimentarios. Más tarde, los jóvenes participan en talleres de danza, conciertos de música y actuaciones en vivo (Conciencia Saludable, 2024).

d) Plan de salud mental con atención en el riesgo de suicidio de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios de primera línea en la emergencia sanitaria del DMQ – Ecuador

Este plan tiene como propósito principal fomentar la Salud Mental y minimizar el peligro de suicidio en los habitantes del Distrito Metropolitano de Quito, enfocándose en infantes, jóvenes, adultos mayores y trabajadores que están en la primera línea de la emergencia sanitaria, mediante un enfoque especializado e integral con el objetivo de reducir los elementos

de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores (Ecuador, Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito, 2020).

Por lo que, este plan tiene tres fases que son:

- Fase de coordinación

Las iniciativas para prevenir el suicidio demandan la cooperación y coordinación entre diferentes sectores sociales, que incluyen la salud, la educación, el trabajo, la justicia y la comunicación. La estrategia se enfoca en fomentar los elementos de protección y manejar los elementos de riesgo a nivel personal, colectivo y comunitario. Un plan de ejecución integra aspectos teóricos y prácticos de la salud mental e incluye los objetivos de los participantes mientras facilita el intercambio de conocimientos. Implica generar datos diagnósticos y evaluativos, ofrecer asistencia técnica y operativa, cumplir con responsabilidades profesionales, promover la asistencia y el acompañamiento, y fortalecer los servicios de salud para individuos de alto riesgo.

- Fase de ejecución

El fomento y la mejora del bienestar mental que surgen de estas acciones contribuyen a reducir el riesgo de suicidio al eliminar los obstáculos para recibir atención y aumentar su disponibilidad. Por estos el desarrollo de la salud mental a partir de actividades sociales, culturales y recreativas, el desarrollo de programas preventivos en el contexto de género, a la razonable. Tales acciones incluyen la preocupación por los niños y adolescentes en sucursales, padres en la educación de emociones y conflictos, el hostigamiento de adultos, los impasses, el cultivo de emociones fronterizas y alertas, y el empoderamiento de quienes buscan ayuda.

En esta fase se dan las actividades de prevención del suicidio las cuales están la fomentación de eventos, diálogo, datos a través "de redes, especializados, sugerencias, psicológica, exámenes de confirmación, derivación, grupos de apoyo, información acerca de sitios de asistencia y número de emergencia o ayuda".

- Fase de evaluación

La Supervisión se lleva a cabo en las acciones de fomento de la salud mental con el objetivo de medir la eficacia de las intervenciones y optimizar las medidas de mejora. Se utilizan herramientas de evaluación como cuestionarios, entrevistas y grupos de discusión para evaluar la calidad de la intervención.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Métodos

2.1.1. Enfoque

Según Cueva, Jara, Arias, Flores, y Balmaceda (2023) explican que los métodos con enfoques cuantitativa que tiene como función la visión en una única investigación, con la finalidad de proporcionar un análisis más detallado y estadístico en cuanto a las cuestiones de estudio. Esta investigación es empleada mediante métodos de investigación sistemáticas y análisis cuantitativo, el cual se basa en la integración de la precisión.

2.1.2. Tipo de investigación

2.1.2.1. Descriptiva

Se refiere a un enfoque de investigación que examina y detalla las particularidades de un grupo, circunstancia o fenómeno específico. La meta no es determinar vínculos causa-efecto, sino proporcionar una descripción minuciosa de la circunstancia (Vizcaíno, Cedeño, & Maldonado, 2023). Esta investigación se aplicaría porque se dirigirá a reconocer y describir los factores que actúan como riesgo psicosocial.

2.1.3. Diseño de investigación

2.1.3.1. No experimental

Hace referencia a la no alteración deliberada de las variables independientes, solo se examina el problema en su contexto cotidiano. Así, se trata de observar acontecimientos tal como suceden en su entorno natural para luego ser examinados. Simultáneamente, es transversal dado que reúne información en un solo instante, en un único periodo de tiempo (Calle, 2023). Este diseño es apropiado debido a que las variables no se alteran intencionadamente; en su lugar, se limitan a ser observadas y analizadas en su contexto natural.

2.1.3.2. Transversal

Los modelos transversales se describen como técnicas que calculan la rentabilidad de las participaciones en función de variables concretas de la compañía, empleando información básica como los atributos de la empresa y los datos del balance, además de datos técnicos como los indicadores de comercio. Así se define como el diseño de un estudio observacional, individual, que evalúa una o más cualidades o enfermedades (variables), en un instante

específico (Manterola, Hernández, Otzen, Espinosa, & Grande, 2023). Este diseño se utiliza cuando la recolección de datos se ejecuta de forma transversal, es decir, se lleva a cabo en un único instante temporal.

2.1.4. Población y muestra

2.1.4.1. Población

Se conoce como población o universo al grupo de cada una de las unidades que forman parte de un estudio. En un estudio estadístico, se conoce como universo o población al grupo de todos los componentes u observaciones vinculados a la investigación. Es el grupo de personas u objetos sobre los cuales se busca obtener información en un estudio. Es el conjunto de personas o componentes donde puede manifestarse una característica específica que se va a analizar (Tamargo, Jiménez, & Quesada, 2024). La población de estudio está conformada por el personal de enfermería que labora en establecimientos del primer nivel de atención en salud del cantón Quito, lo cual lo integran 29 profesionales involucrados con enfermería.

2.1.4.2. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son:

- Profesión: Graduados en Enfermería
- Área de Trabajo: Trabaja en centros de salud brindando servicios a la comunidad (unidades educativas de servicios de salud, brigadas móviles de salud, atención de emergencias y salud mental/comunitaria).
- Tiempo Mínimo en el Puesto: ≥ 6 meses en la unidad/área actual (para asegurar familiaridad con los procesos y la población de salud).
- Edad: Al menos 18 años.
- Residencia/trabajo: Trabajando activamente durante el período de recolección de datos o asignado regularmente al área de influencia del vecindario.

2.1.4.3. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son:

- No ejercicio clínico / en el campo: Personal administrativo, logístico o de soporte sin interacción principal o funciones comunitarias.
- Licenciados de enfermería.

- Rotación reciente, o sustitutos muy cortos: Antigüedad en el puesto < 6 meses o rotaciones temporales que dificultan la comprensión de los procedimientos locales.
- Sin contacto con jóvenes: No ha asistido ni intervenido con el grupo de edades 10-24 en los últimos 3 meses.
- Ausencias: Durante todo el período de trabajo de campo debido a vacaciones, licencia médica, comisión de servicio o día libre.

2.1.4.4. Muestra

"Es un subgrupo o segmento del universo o población donde se realizará el estudio. Existen métodos para determinar el número de los elementos de la muestra, tales como fórmulas, lógica y otros que se detallarán más adelante". La población representa una porción representativa de la muestra (Tamargo, Jiménez, & Quesada, 2024).

Se aplicaron estándares de inclusión, edad, asistencia al centro, y aceptación informada, de acuerdo con la accesibilidad y disponibilidad de la población objetivo, se determinó que la técnica de muestreo para este estudio será censal, la cual está conformada por 29 profesionales, que laboran en establecimientos del primer nivel de atención en salud del cantón Quito.

2.1.4.5. Variables

Variable independiente: Intervención de enfermería en el primer nivel de atención

Variable dependiente: Prevención del suicidio

2.1.4.6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems / Tipo	Escala de medición	Puntuación / Categorías
Intervención de enfermería en el primer nivel de atención (Variable Independiente)	El personal enfermero de atención primaria en el establecimiento realiza actividades enfocadas en la promoción de salud mental, identificación temprana de riesgo suicida autolesivos y abordaje de conducta autolesiva.	Puntaje en test de 20 reactivos (1 correcta = 1 punto).	1) Riesgo/protección 2) Señales de alerta 3) Tamizaje/escala (por ejemplo, C-SSRS, Plutchik, BHS). 4) Protocolos / distribución 5) Intervenciones cortas (PAP, seguridad del entorno)	% de respuestas correctas por dimensión.	20 ítems de opción múltiple (una correcta).	Discreta 0–20 y % 0–100.	Bajo: <60%; Medio: 60–79%; Alto: ≥80%.
Actitudes frente a la	Disposición, estigma, autoeficacia y	Escala Likert de 1 a 5,	1) Estigma/mitos 2) Autoeficacia	Acuerdo con enunciados	12 ítems Likert	Continua 12–60.	Negativa/baja : 36 o menos;

prevención del suicidio (V2 – Dependiente)	responsabilidad percibida del rol de enfermería ante el riesgo suicida.	compuesta por 12 ítems (de los cuales 4 están invertidos).	3) Rol profesional 4) Intención de actuar	clave; ítems invertidos para estigma.	(1=Total desacuerdo ... 5=Total acuerdo).		Neutral: de 37 a 47; Positiva/alta: de 48 o más
Prácticas preventivas de enfermería (V1 – Independiente)	Frecuencia de acciones: pesquisa, educación, plan de seguridad, restricción de medios, registro y derivación.	Likert de frecuencia (Nunca=1 ... Siempre=5) sobre 12 conductas.	1) Pesquisa 2) Intervención breve/plan de seguridad 3) Educación a familia 4) Registro/seguimiento 5) Derivación/red	% de atenciones con tamizaje; uso de escala; plan de seguridad; derivación y registro.	12 ítems Likert frecuencia.	Continua 12–60.	Escasa ≤ 36 ; Moderada 37–47; Satisfactoria ≥ 48 .
Contexto institucional (barreras/facilitadores) (V3 – Moderadora)	Condiciones del servicio que favorecen o limitan la prevención (recursos, protocolos, capacitación, carga laboral, red).	Índice de 10 ítems Likert 1–5.	1) Recursos/tiempo 2) Protocolos/guías 3) Capacitación 4) Red de derivación 5) Supervisión/cultura de seguridad	Disponibilidad de escalas; tiempo por consulta; capacitaciones y el acceso a salud mental.	10 ítems Likert.	Continua 10–50.	Alta barrera ≤ 30 ; Media 31–39; Baja barrera/alto facilitador ≥ 40 .
Nivel de competencia	Síntesis de saber, querer y poder hacer		—	Puntaje z por variable y suma	Derivado (sin ítems	Z estandariz	Básica $P < 33$; Intermedia

en prevención (V2 – Dependiente)	para prevenir el suicidio.			ponderada.	propios).	ado → percentiles .	P33–P66 Avanzada P>66 (ajustable tras piloto).
--	-------------------------------	--	--	------------	-----------	---------------------------	--

2.2. Técnicas e instrumentos

2.2.1. Técnicas

"Las técnicas empleadas son las encuestas, la cual es una metodología de investigación cuantitativa en el cual el especialista recolecta datos mediante un cuestionario anteriormente elaborado, sin alterar el ambiente ni el fenómeno en el que se recolecta la información". La información puede ser presentada en tríptico, gráfico, tabla o escrita. (Feria, Matilla, & Mantecón, 2020). Las encuestas se aplicarían a profesionales lo cual lo integran 29 profesionales involucrados con enfermería; que labora en establecimientos del primer nivel de atención en salud del cantón Quito.

2.2.2. Instrumentos

Para las encuestas se aplicaría como instrumento a cuestionarios de preguntas cerradas que son preguntas que solo permiten responder a través de una serie limitada de opciones. Estas preguntas pueden dejar de lado la riqueza de la información pero permiten su cuantificación; de esta manera, es más sencillo elaborar una tabulación, en la que los hallazgos sean más específicos y precisos (Feria, Matilla, & Mantecón, 2020). Se tratan de cuestionarios con preguntas cerradas que integran 5 referente a datos demográficos y laborales, 23 preguntas referente a "indicadores de intervención enfermera – relacionadas con la práctica clínica", 3 de "indicadores de intervención enfermera – relacionados con al formación" y 13 referente a los "indicadores de intervenciones enfermera – relacionados con al organiziación y directrices".

2.3. Procedimientos

Los procedimientos a aplicar son:

1. Fase diagnóstica:

En esta fase se da la recolección de información mediante encuestas a profesionales de enfermería dados en los establecimientos del primer nivel de atención en salud del cantón Quito. Dados en la determinación de los factores de riesgo presentes

2. Fase de análisis:

Análisis estadístico de los datos cuantitativos: tabulación, generación de gráficos y cálculo de porcentajes.

3. Fase de intervención:

Diseño y puesta en marcha de talleres educativos en salud mental, prevención del suicidio y manejo de las emociones.

4. Fase de evaluación:

Recolección de retroalimentación por parte de la comunidad sobre las actividades realizadas.

2.4. Procesamiento

Los datos fueron procesados a través de varias etapas utilizando diferentes programas informáticos que estructuraron, limpiaron, codificaron y prepararon la información para un análisis estadístico posterior.

a) Codificación de datos

Después de adquirir los cuestionarios aplicados al personal de enfermería, cada pregunta se codificó en una matriz de datos. Para ello, se asignaron valores numéricos a las opciones de respuesta de acuerdo con la escala utilizada:

- Siempre = 5
- Con frecuencia = 4
- A veces = 3
- Casi nunca = 2
- Nunca = 1

Este codificado permitió transformar respuestas cualitativas en datos cuantitativos útiles para el procesamiento estadístico.

b) Ingreso de datos en Excel

Los datos se ingresaron por primera vez en una hoja de cálculo en Microsoft Excel en la que se realizaron las siguientes operaciones:

- Revisión y corrección de inconsistencias en los datos.
- Identificación de los valores faltantes.
- Construcción de la matriz de datos (Filas = encuestados; columnas = variables).
- Cálculo de frecuencias simples y porcentajes.
- Preparación de tablas y gráficos preliminares.

Antes de exportar los datos al software estadístico, Excel permitió tener una exploración visual inicial de los resultados.

c) Traspaso de datos y su tratamiento en SPSS.

Una vez que se revisó la base de datos, se importó a SPSS versión 23, el software utilizado para realizar análisis estadísticos.

Las siguientes actividades se ejecutaron en SPSS:

Algunos de los siguientes pasos fueron los siguientes:

- Declarar el tipo de variables (categóricas, ordinales).
- Etiquetar los valores y variables.
- Verificar la consistencia interna.
- Tablas cruzadas para examinar la relación entre variables.
- Frecuencias absolutas y relativas.
- Las medidas de tendencia central fueron apropiadas.
- Prueba estadística chi-cuadrado utilizada para validar la hipótesis.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis e interpretación de datos

Para la realización del análisis e interpretación de datos se efectuó mediante la tabulación de datos de la siguiente manera que son:

3.1.1. Datos demográficos:

Figura 5. Grupo Etario vs Porcentaje de Valoración (Pregunta B.1.7)

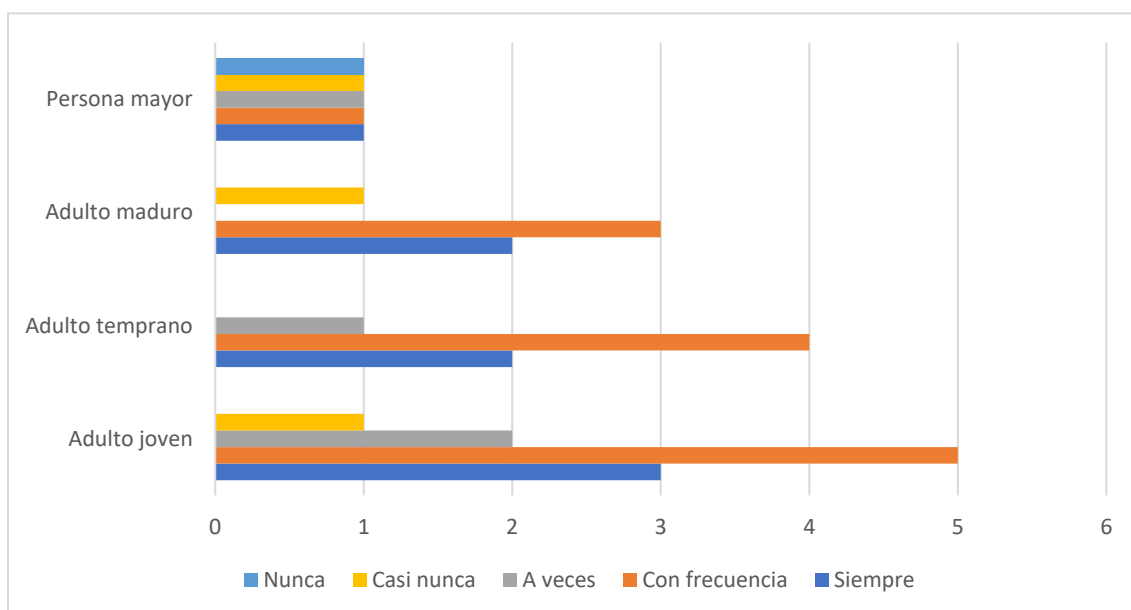


Tabla 1. Grupo Etario vs Porcentaje de Valoración (Pregunta B.1.7)

B.1.7. Como enfermera, realizas y registras la valoración de la ideación suicida y el plan de cuidados a seguir					
Grupo etario	Siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca
Adulto joven	3	5	2	1	0
Adulto temprano	2	4	1	0	0
Adulto maduro	2	3	0	1	0
Persona mayor	1	1	1	1	1

Análisis

La mayoría de encuestados que dan atención primaria realizan y documentan evaluaciones de ideación suicida así como el plan de cuidado para diferentes grupos de edad. Las respuestas que se dieron con más frecuencia fueron "Frecuentemente" (13 de 29) y

"Siempre" (8 de 29), lo que muestra que tales evaluaciones son parte de la práctica de enfermería rutinaria. Solo una enfermera respondió "Nunca", lo que indica que la omisión total de estas evaluaciones en el equipo encuestado es negligible.

Los adultos jóvenes presentan la mayor estima: 3 encuestadas lo realizan "Siempre" y 5 "Con frecuencia". Esto indica que, probablemente, esta etapa etaria tiene una mayor percepción de riesgo o tendencia al registro, que podría asociarse al hecho de que el suicidio en muchos contextos clínicos resulta ser más frecuente en la población joven. En contraste, en el caso de los ancianos, aunque las evaluaciones aún están en curso, la tasa a la que se realizan las evaluaciones se reduce aún más, lo que puede sugerir una menor sospecha de riesgo o una menor necesidad clínica en esta cohorte. Sin embargo, todavía hay registros en cada categoría, lo que demuestra que las evaluaciones no se limitan a solo un rango etario.

Interpretación

Según los profesionales encuestados del primer nivel de atención, las intervenciones clave para la prevención del suicidio, como evaluar y anotar la presencia de pensamientos suicidas, así como preparar el plan de atención adecuado, se llevan a cabo.

La mayor frecuencia de ocurrencia de respuestas que involucran "siempre" y "frecuentemente" muestra que estas acciones son parte del proceso de atención en la mayoría de los casos. Sin embargo, la existencia de respuestas ocasionales e infrecuentes evidencia la necesidad de fortalecer protocolos, capacitación y herramientas que permitan una mayor estandarización de estas prácticas.

Lo que se ha presentado permite sostener que el primer nivel de atención tiene las condiciones necesarias para poner en marcha atención en prevención del suicidio, lo que se han dado a conocer también son mejoras que pueden hacerse, sobremanera en el análisis de la equidad de los grupos de edad, y la capacitación de los recursos humanos para que la detección de riesgo de suicidio sea constante, sistemática y se realice independientemente de la edad o del contexto clínico.

Figura 6. Sexo vs Apoyo emocional (Pregunta B.1.19)

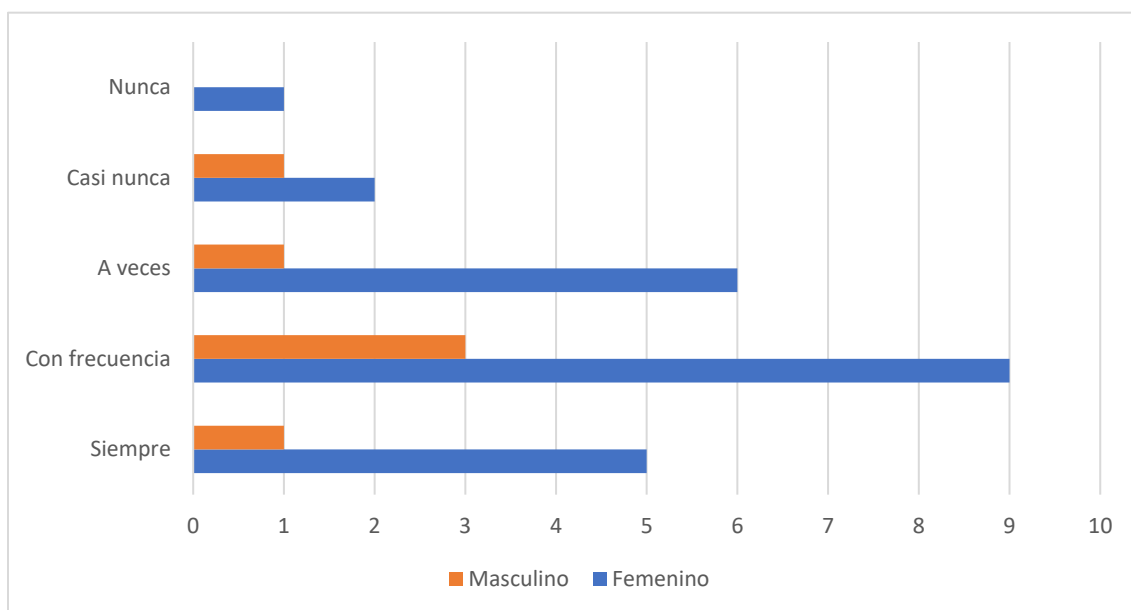


Tabla 2. Sexo vs Apoyo emocional (Pregunta B.1.19)

B 1.19 Como enfermera, desarrollas intervención de apoyo emocional en pacientes con riesgo suicida	Sexo	
	Femenino	Masculino
Siempre	5	1
Con frecuencia	9	3
A veces	6	1
Casi nunca	2	1
Nunca	1	0

Análisis

Según la Tabla 2 y la Figura 6, los datos recabados por el equipo de investigación reflejan que la mayoría de las enfermeras que se han desempeñado a nivel de atención primaria indican que llevan a cabo intervenciones de apoyo emocional con alto nivel de frecuencia. La opción que se repitió con mayor frecuencia fue “Con frecuencia” (12 de 29 participantes), luego le siguieron “A veces” (7 participantes) y “Siempre” (6 participantes).

El análisis por sexo muestra que las profesionales femeninas reportan realizar intervenciones para apoyo emocional con más frecuencia que los encuestados masculinos. En todas las categorías, excepto en "Nunca", el número de mujeres supera ampliamente al número de hombres.

Interpretación

Los datos muestran que las enfermeras en el primer nivel de atención sí llevan a cabo acciones de apoyo emocional en su trabajo como parte de las prácticas para la prevención del suicidio. Esto es una práctica bastante común y se la reconoce como valiosa. Además, todavía hay variaciones en la frecuencia de implementación, lo que sugiere que no todos los profesionales están igualmente capacitados, motivados o habilitados institucionalmente para llevar a cabo esta intervención de manera consistente.

La elaboración de capacitación, el protocolo de acción y las estrategias de estandarización para ayudar a garantizar que el apoyo emocional sea una medida de intervención que se proporcione a todos, se implique que sea una medida universal, consistente y efectiva para los pacientes de suicidio. También se añade. La información destaca que las habilidades emocionales y de comunicación requieren una enseñanza general a todos los empleados.

Los resultados destacan que el nivel de atención de primer contacto es un escenario estratégico para la prevención del suicidio. Sin embargo, debería fortalecerse con capacitación continua y apoyo institucional para abordar este problema de salud pública.

Figura 7. Tiempo de Trabajo vs Porcentaje de Formación Profesional (Pregunta B.2.1)

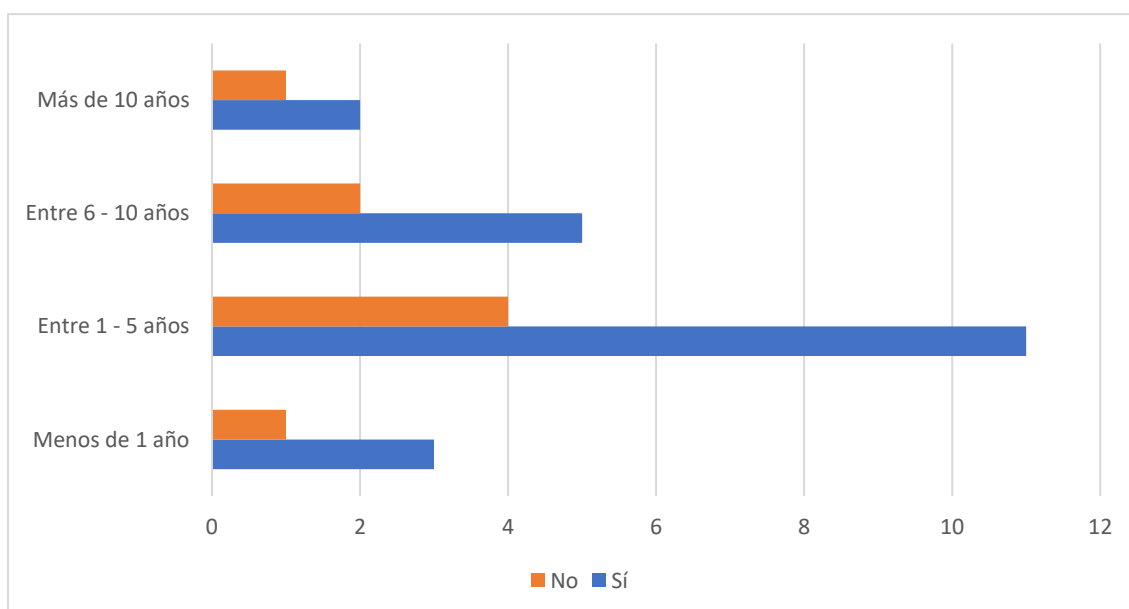


Tabla 3. Tiempo de Trabajo vs Porcentaje de Formación Profesional (Pregunta B.2.1)

B.2.1. Recibiste formación específica para intervención en prevención del riesgo y conducta suicida en tu formación		
Tiempo de Trabajo	Sí	No
Menos de 1 año	3	1
Entre 1 - 5 años	11	4
Entre 6 - 10 años	5	2
Más de 10 años	2	1

Análisis

Los resultados presentados en la Figura 7 y la Tabla 3 demuestran que la mayoría de las enfermeras ha recibido al menos alguna cantidad de capacitación especializada relacionada con la prevención del riesgo de suicidio y la intervención en comportamientos suicidas. Un total de 21 encuestados individuales, en contraste con 8 respuestas negativas, mostraron una inclinación abrumadoramente positiva respecto a la capacitación en este tema específico.

Los patrones de interés se relacionan con el tiempo dedicado al trabajo. Entre otros profesionales del grupo, aquellos que tienen de 1 a 5 años de experiencia laboral, 11 respuestas destacaron como las más calificadas, seguidas por aquellos con 6 a 10 años, 5 profesionales calificados. Incluso hay un subconjunto de 3 con menos de un año que también han recibido capacitación. Se refleja un interés completamente nuevo, o un requisito institucional para capacitar al personal desde la base. Por otro lado, los profesionales con más de diez años de experiencia muestran una capacitación menos actualizada (solo dos respuestas positivas), lo que podría correlacionarse con la ausencia de actualización continua o con un cambio en las políticas de capacitación a lo largo del tiempo.

Interpretación

Los datos sugieren que un gran número de enfermeras de atención de primer nivel han sido capacitadas para intervenir situacionalmente con el riesgo de suicidio, un hecho que es un indicador positivo de la seguridad del paciente y la calidad de la atención. En cuanto al grado de diferentes niveles de formación y su asignación a lo largo de la variable de antigüedad, esto significa un patrón en el que los empleados más antiguos han recibido una formación más antigua.

Los centros de educación superior deben seguir perfeccionando sus programas de educación continua para que puedan capacitar a todo el personal, sin importar cuánta antigüedad tenga, en nuevos materiales. Esto facilita la construcción oportuna y con base en evidencia la construcción de intervenciones de enfermería que potencialmente disminuyen el riesgo de suicidio en la atención primaria. El informe que el docente ha elaborado en función de las quejas sobre la capacitación es valioso, ya que evidencia las falencias en la capacitación que pueden tener efectos adversos en el diseño de la intervención que se espera.

Figura 8. Edad vs Porcentaje de factores de riesgo (Pregunta B.1.6)

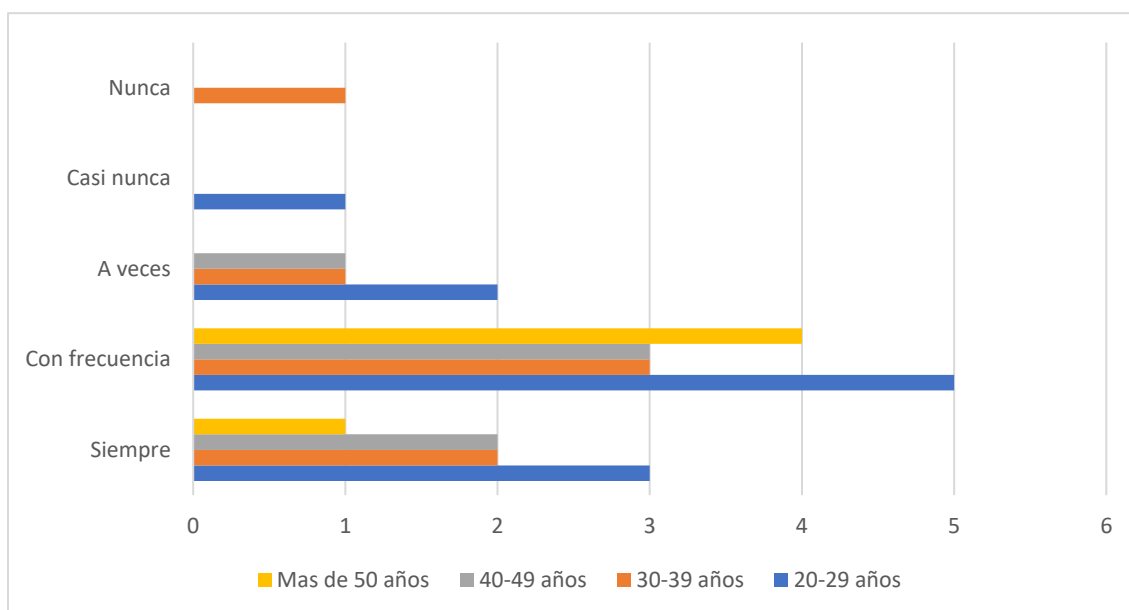


Tabla 4. Edad vs Porcentaje de factores de riesgo (Pregunta B.1.6)

B.1.6 Como enfermera, reconoces los factores de riesgos de comportamiento suicida	Edad			
	20-29 años	30-39 años	40-49 años	Mas de 50 años
Siempre	3	2	2	1
Con frecuencia	5	3	3	4
A veces	2	1	1	0
Casi nunca	1	0	0	0
Nunca	0	1	0	0

Análisis

En la Figura 8 y la Tabla 4, sostienen que las enfermeras identifican los riesgos del comportamiento suicida a través del ciclo de la vida. Las respuestas dominantes son "A

menudo" (15 de 29) y "Siempre" (8 de 29), lo que refleja un nivel satisfactorio de identificación y observación clínica por parte del personal de enfermería en el primer nivel de atención.

Con base en la edad, puede observarse que la clase que más reconoce estos elementos es la de 20-29 años (11 afirmaciones positivas), en seguida se encuentra el grupo de 30-39 años (7 afirmaciones) y 40-40 años (6 afirmaciones). La frecuencia de afirmaciones es menor para las personas de 50 años o más. Las características son reconocidas, pero más infrecuentemente son evidentes. Esto sugiere que el reconocimiento de los factores de riesgo es una constante a lo largo del ciclo de vida. Puede que solo difiera por la experiencia o la conciencia que el sujeto posee en relación con la cohorte.

Es interesante que un individuo eligió 'Nunca' mientras que otro eligió 'Casi Nunca'. Esto implica que la mayoría de los enfermeros reconocen los factores de riesgo, aunque en diferentes niveles de frecuencia.

Interpretación

Los resultados muestran que los enfermeros de primer nivel de atención tienen una apropiada habilidad para identificar los factores de riesgo vinculados a la conducta suicida, lo cual resulta ser uno de los elementos más relevantes de la prevención. Sin duda, hay incidencia y frecuencia de reconocimiento específicas para cada grupo de edad, con una detección temprana entre adultos jóvenes y mayor dificultad para identificar a aquellos mayores de 50 años.

Los estudios indican que los proveedores están haciendo lo que les corresponde, sin embargo, los profesionales deben capacitarse mejor sobre la inclusión de evaluaciones en todas las edades, dado que la evaluación del riesgo de suicidio no se limita a una característica poblacional. Esta revisión señala que hay un entendimiento de los factores de riesgo, sin embargo, los mecanismos institucionales deben ser más robustos para que esto pueda ser operacionalizado de forma más sistemáticamente preventiva.

Figura 9. Formación vs Porcentaje de formación continua (Pregunta B.3.5)

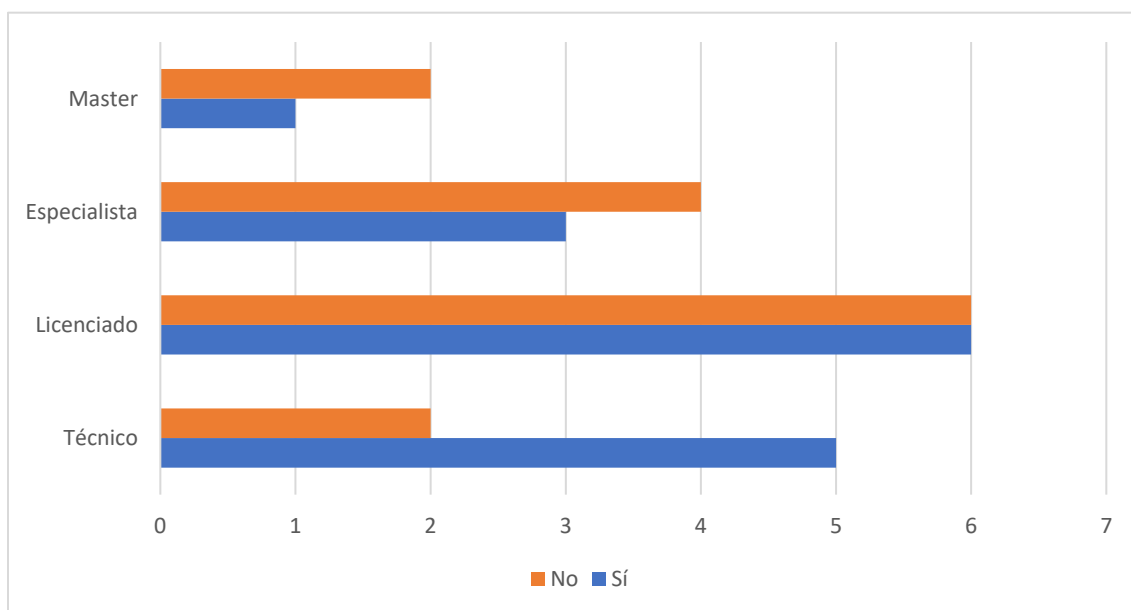


Tabla 5. Formación vs Porcentaje de formación continua (Pregunta B.3.5)

B.3.5. Existen en la organización estructuras que faciliten la formación continuada de las enfermeras/os en contenidos		
Formación	Sí	No
Técnico	5	2
Licenciado	6	6
Especialista	3	4
Master	1	2

Análisis

La Tabla 5 y la Figura 9, explora las percepciones según el nivel de formación profesional respecto a la existencia de estructuras organizativas que apoyen el trabajo de prevención del suicidio por parte de enfermeras. Los datos muestran una casi división equitativa con 15 respuestas afirmativas y 14 negativas, evidencia de que la presencia de tales estructuras no es uniforme y no es claramente visible para el personal.

Con respecto al nivel de formación, se observan algunas diferencias importantes. El grupo de Técnicos reporta una mayor percepción de apoyo institucional en (5 'Sí' y solo 2 'No'), seguido por los Especialistas profesionales (3 'Sí' en comparación con 4 'No'), mientras que entre los Graduados como Licenciados la percepción está completamente dividida (6 'Sí' y 6

'No'). El grupo de maestrantes respondió más a menudo que no a la encuesta respecto a la estructura organizacional existente con un 'No' (2 'No', 1 'Sí'). Esto sugiere que las percepciones sobre la existencia de la estructura organizacional varían según los diferentes niveles académicos, quizás en relación con las variaciones en las responsabilidades, expectativas o la participación en los procesos institucionales.

Interpretación

Los datos muestran que hay una percepción desigual entre el personal de enfermería con respecto a la presencia de estructuras organizativas para apoyar la intervención en prevención del suicidio a nivel de atención primaria. Incluso si hay apoyo del consenso, hay un porcentaje considerable de individuos en desacuerdo, lo que refuerza el conflicto interno y las posibilidades de que existan fallas dentro de la organización.

La situación sugiere un énfasis en el marco institucional de la prevención del suicidio al ampliar o profundizar los protocolos formales de prevención del suicidio, la capacitación, las políticas y los mecanismos de apoyo estructural sistémico. Las percepciones inconsistentes también sugieren la existencia de ciertos marcos que no están siendo comunicados ni integrados sistemáticamente a través de la diferente formación.

El hallazgo es importante porque muestra que las intervenciones de enfermería dependen no solo de la voluntad individual y del trabajo preparatorio de los profesionales involucrados, sino también de la fortaleza organizacional que apoya la prevención del suicidio. Esta evidencia apoya que los avances en estos marcos probablemente aumentarían la efectividad, consistencia y seguridad en todos los niveles de las intervenciones de capacitación del personal de enfermería.

3.1.2. Indicadores de intervención enfermera – relacionados con la práctica clínica

Tabla 6. Prevención del suicidio

Prevención del suicidio	Alternativa
Siempre	17
Con frecuencia	6
A veces	3
Casi nunca	0
Nunca	3
Total	29

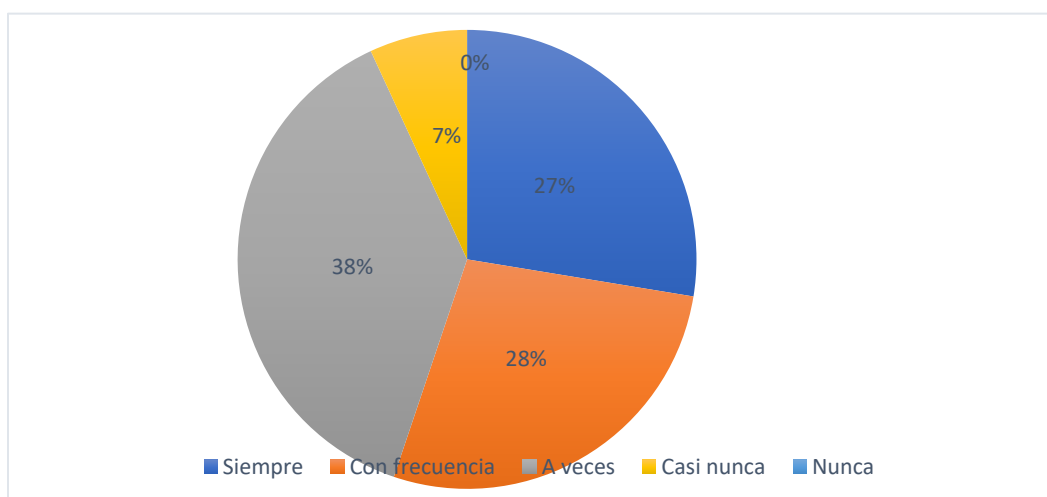
Análisis

La Tabla 6, representa cómo el personal de enfermería toma con seriedad las manifestaciones o indicios de riesgo suicida en los pacientes; donde el 17 de los encuestados señala que “siempre” se toman en serio las manifestaciones o indicios de riesgo suicida, 6 lo hace “con frecuencia”, mientras que 3 lo hace “a veces”, otros 3 indican que “nunca”, y 0 señala “casi nunca”.

Interpretación

Los resultados muestran que la mayor parte del personal de enfermería exhibe actitudes responsables en la identificación y respuesta a las señales de alarma de conductas suicidas.

Figura 10. Relación terapéutica paciente



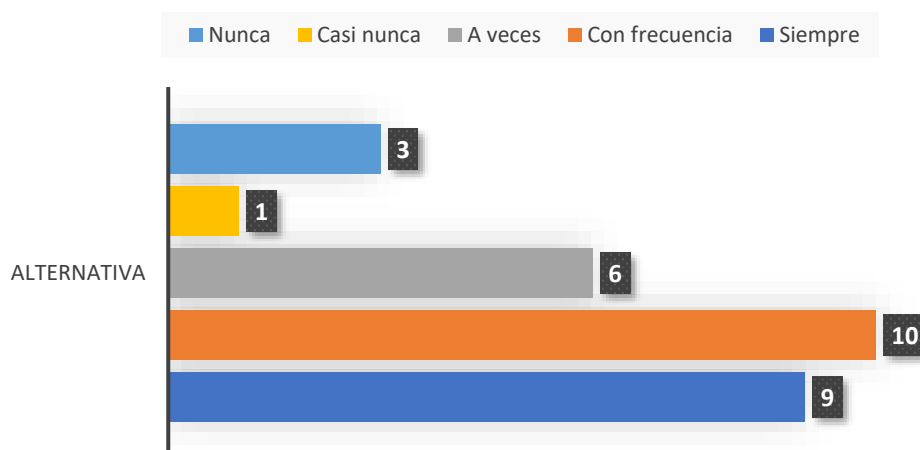
Análisis

En la Figura 10 se muestra que el 38% del personal de enfermería establece relaciones terapéuticas con pacientes en riesgo de suicidio “a veces”, el 28% “con frecuencia”, el 27% “siempre”, y el 7% “casi nunca”. No hubo respuestas de "nunca".

Interpretación

Aunque muchos enfermeros intentan crear vínculos terapéuticos, una parte significativa lo hace esporádicamente, subrayando la necesidad de formación en comunicación y empatía. Esto es crucial para la atención a estos pacientes, permitiendo reconocer alertas y realizar intervenciones preventivas, lo que resalta la importancia de la capacitación continua en salud mental y el acompañamiento emocional.

Figura 11. Apoyo emocional empático



Análisis

Con relación a la Figura 11 de los 29 enfermeros encuestados, 9 indicaron que "siempre" brindan apoyo emocional empático a pacientes con problemas con la salud mental y pensamientos suicidas, 10 dijeron que con "frecuencia", 6 se inclinaron por a veces, 1 casi nunca y 3 nunca.

Interpretación

Se debe proporcionar formación adicional en las áreas de habilidades psicológicas, para lo cual es importante ofrecer apoyo emocional que ayude a reducir el estigma y a construir la confianza del paciente. Por otra parte, se necesita educación continua que promueva la reflexión crítica del cuidante.

Tabla 7. Cuidado seguro cultural

Seguridad y competencia	Alternativa
Siempre	11
Con frecuencia	9
A veces	7
Casi nunca	0
Nunca	2
Total	29

Análisis

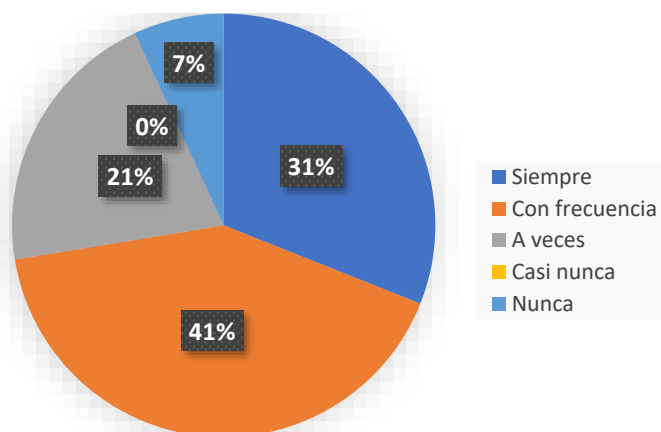
Según la Tabla 7, del total 11 enfermeros "siempre" proporcionan cuidados que cumplen consistentemente con los principios de vigilancia y competencia cultural, mientras

que 9 lo hace con "frecuencia". A pesar de la importancia de estas prácticas, los 9 enfermeros restantes solo las realiza "algunas veces o nunca", por lo que enfatiza la falta de atención educativa en el ámbito de la competencia cultural

Interpretación

Este fondo es crucial para promover una atención integral y respetuosa. Respecto a la atención que se brinda, se observan indicios positivos. Sin embargo, se hace necesario el reforzamiento de políticas, así como de la capacitación que la institución brinda, para que esta atención, en el ámbito de la institución, se considere éticamente equitativa, sin diferencias de tipo socioculturales.

Figura 12. Gestión de seguridad integral.



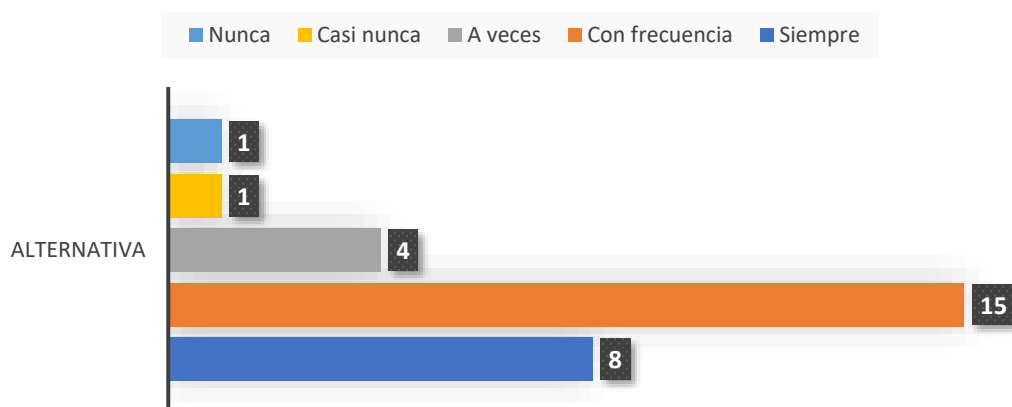
Análisis

La Figura 12 presentan las frecuencias de respuesta del personal de enfermería sobre cómo manejan los aspectos que afectan la seguridad física de los pacientes y de los equipos. En el informe, el 41% reconoció que la gestión ocurrió con frecuencia, el 31% afirmó que era constante, el 21% indicó que sucedía a veces, el 7% dijo que se realizaba casi nunca, y el 0% afirmó que dicha gestión nunca se llevó a cabo.

Interpretación

Esto muestra un gran compromiso con la integridad en la seguridad; no obstante, la escasa participación o, en casos, nula, sugiere que se deben enfocar esfuerzos en estrechar la seguridad dentro de la cultura formativa continua.

Figura 13. Identificación de riesgo suicida



Análisis

Del total de 29 enfermeras/os encuestadas, 15 indican que los factores de riesgo suicida son muy "frecuentes"; 8 dicen que "siempre", 4 "a veces", y 1 dijo "nunca", y de igual manera 1 se inclinó por "casi nunca".

Interpretación

Aunque la mayoría de los enfermeros/as manifiestan la disposición a la detección activa, la pequeña cantidad que no lo hace comprueba la necesidad de profesionalizarse y capacitarse más en la evaluación de riesgo suicida. Esto refuerza la necesidad de que se provean capacitación, herramientas y recursos clínicos.

Tabla 8. Valoración y planificación.

Valoración y Planificación	Alternativa
Siempre	8
Con frecuencia	13
A veces	4
Casi nunca	3
Nunca	1
Total	29

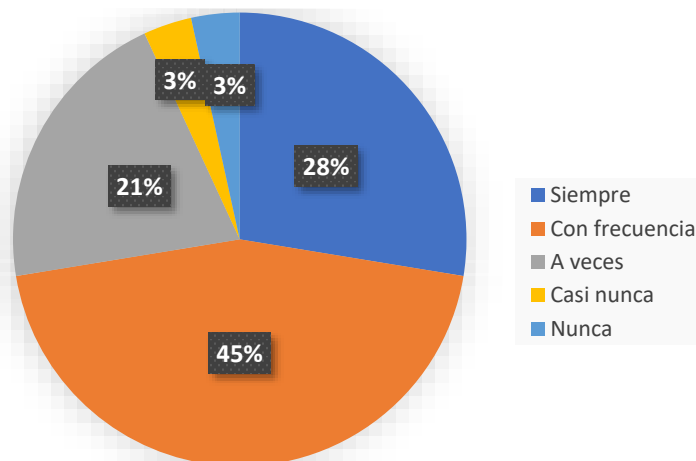
Análisis

Según la Tabla 8, la cual compila a los 29 enfermeros consultados, se informa que ocho de ellos sostienen "siempre" considerar la idea de suicidarse y el plan de cuidados; cuatro lo hacen "frecuentemente"; tres "raramente"; uno "nunca" y trece "a menudo".

Interpretación

Si bien la mayoría de los profesionales de la enfermería realizan prácticas de evaluación y planificación necesarias para la prevención de este riesgo, un porcentaje importante lo hace de manera esporádica o incluso no lo hace. Esto hace evidente la necesidad de reforzar la capacitación en protocolos clínicos sobre la conducta suicida.

Figura 14. Reconocimiento de factores protectores.



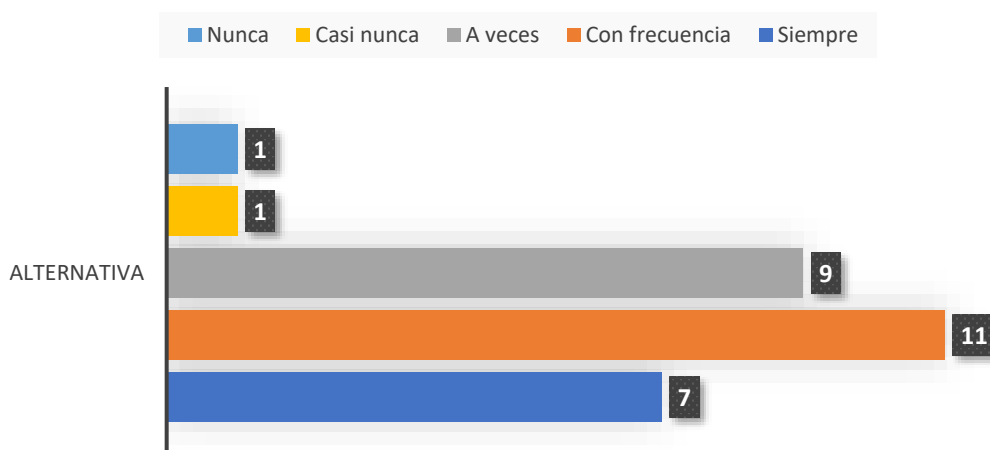
Análisis

La figura 14 muestra que el personal de enfermería identifica los factores positivos asociados a la prevención del suicidio, donde un 45% los identifica de "con frecuencia", el 28% lo muestra "siempre", mientras que el 21%, lo dice a veces, el 3% se inclina "casi nunca", y la última opción que es nunca lo dicen el 3%.

Interpretación

El apoyo familiar, las redes sociales, la estabilidad emocional y la adherencia al tratamiento son factores determinantes altamente relevantes para la prevención del suicidio. A pesar de esto, un escaso número de profesionales identifica estos factores de manera poco frecuente, lo cual revela una necesidad de formación en los ámbitos de salud mental y en el uso de las técnicas de detección positiva.

Figura 15. Recopilación información colateral.



Análisis

La atención de enfermería incluye la atención colateral a personas que presentan riesgos de suicidio. Esto lo hacen 11 "frecuentemente", 7 "siempre", 9 "ocasionalmente", 1 "rara vez" y 1 "nunca".

Interpretación

Sin embargo, a pesar de que se evalúe el uso de esta información y se reconozca su valor, está aún no se utiliza de manera continua. Esto pone de relevancia la importancia de la atención clínica en desarrollar la comunicación y la colaboración interprofesional.

Tabla 9. Activación de recursos de apoyo

Activación de recursos de apoyo	Alternativa
Siempre	7
Con frecuencia	11
A veces	5
Casi nunca	3
Nunca	3
Total	29

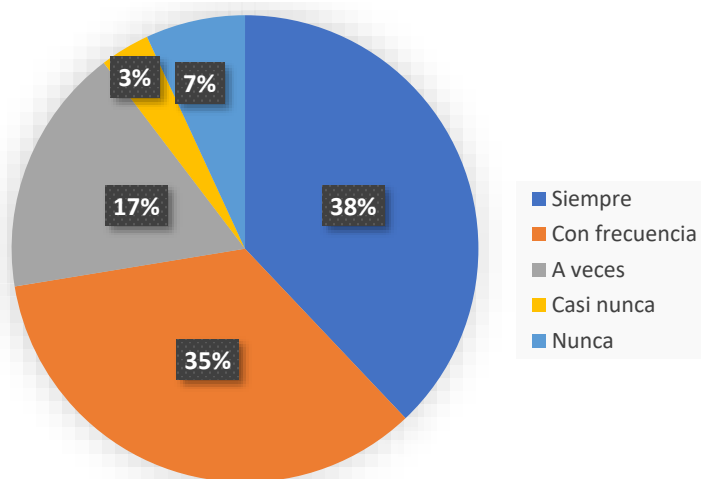
Análisis

Los resultados muestran que 11 miembros del grupo de enfermería utilizan las herramientas "frecuentemente", 7 lo hacen "habitualmente", 5 "de vez en cuando", 3 "casi nunca" y distintos 3 "nunca".

Interpretación

A pesar del esfuerzo de algunos para activar redes de apoyo, se requiere mejorar el entrenamiento en protocolos que optimicen la respuesta ante el riesgo suicida. Integrar recursos externos es esencial para un enfoque integral de la prevención del suicidio. Para asegurar la protección del paciente, resulta esencial ampliar la capacitación relacionada con las intervenciones en crisis, la comunicación interprofesional y las derivaciones.

Figura 16. Vigilancia y seguimiento



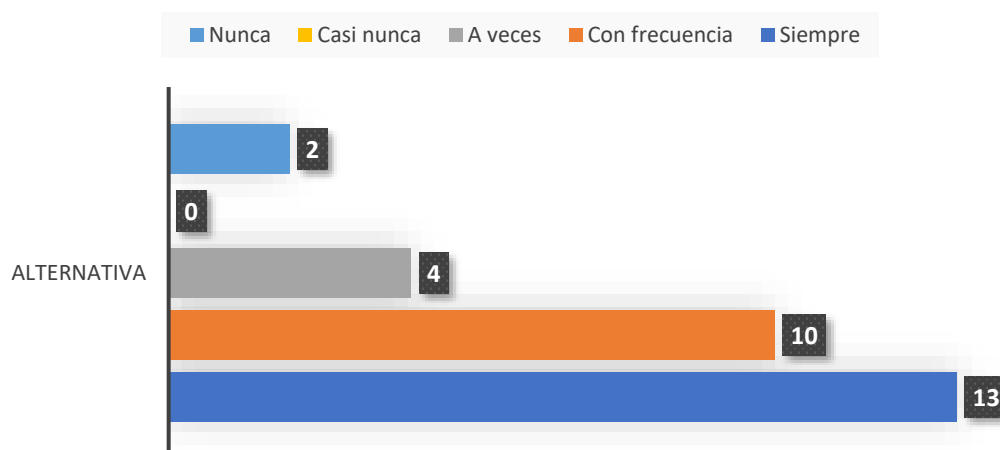
Análisis

El personal de enfermería ha manifestado un gran interés por la vigilancia y seguimiento de pacientes con riesgo de suicidio, con un 38 % de ellos actuando sistemáticamente "siempre", un 35 % de forma activa "con frecuencia", 17 % se inclina por "a veces", 3% "casi nunca" y 7% "nunca".

Interpretación

Como hay un porcentaje menor que ocasionalmente completa esta tarea, lo que indica la necesidad de fortalecer la cultura de seguimiento sistemático, así como la responsabilidad compartida dentro del equipo de atención médica. A pesar de los continuamente positivos y activos enfoques para la vigilancia, es necesario fijar protocolos estandarizados y políticas de formación indefinida que garanticen un cuidado seguro y con empatía.

Figura 17. Comprensión y valoración



Análisis

La mayoría de los trabajadores de enfermería se ocupa activamente de observar y hacer seguimiento a aquellos pacientes con riesgo de suicidio, evaluándolos 13 "siempre", 10 "frecuentemente" y el resto, que son 6, "a veces y nunca".

Interpretación

Como, un porcentaje menor, aunque sea en ocasiones, también se le atribuye esta tarea, lo cual denota la necesidad de seguir trabajando en esta cultura de seguimiento y responsabilidad en los miembros del equipo de salud. Las cifras reflejan una tendencia positiva en el sentido de la vigilancia, por lo que resulta relevante, aunque no suficiente, la implementación de protocolos estandarizados junto con el diseño de otras estrategias de formación en el cuidado seguro y la capacitación en la atención empática.

Tabla 10. Afrontamiento y apoyo

Afrontamiento y apoyo	Alternativa
Siempre	12
Con frecuencia	9
A veces	5
Casi nunca	1
Nunca	2
Total	29

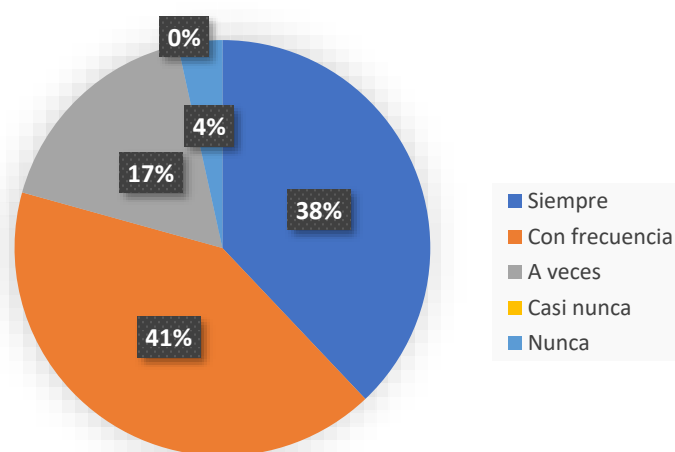
Análisis

La tabla 10 indica que el equipo de enfermería utiliza métodos para solucionar problemas a la hora de brindar ayuda a personas con riesgo de suicidio, distribuidos de la siguiente manera: 12 "siempre", 9 "comúnmente", 5 "ocasionalmente", 1 "casi nunca" y 2 "nunca".

Interpretación

Como la mayoría utiliza enfoques en el manejo de la situación y servicios de apoyo que son básicos para la promoción del bienestar psicológico del paciente, la existencia de un porcentaje que casi nunca o nunca utilice, implica que hay una necesidad de desarrollo en las competencias terapéuticas del enfermero. Por lo que la capacitación constante en el desarrollo de técnicas de afrontamiento y comunicación resulta crucial en la provisión de cuidados holísticos.

Figura 18. Fomento de esperanza



Análisis

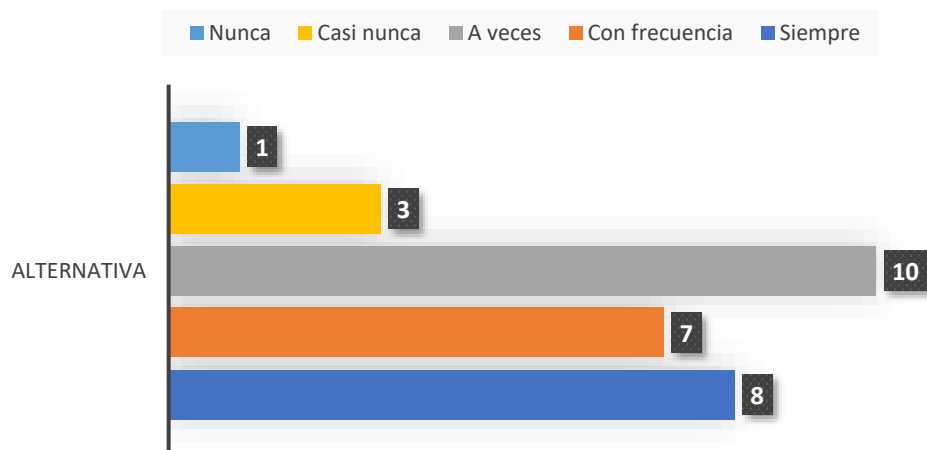
La figura 18 muestra que el 41% de los profesionales de enfermería que adoptan la responsabilidad de fomentar la esperanza en enfermos con riesgo suicida lo hacen con regularidad, el 38% siempre, el 17% a veces, el 4% nunca y el 0% casi nunca.

Interpretación

Esta práctica resulta significativa en la prevención del suicidio, en la medida en que se manifiestan y reactivan los recursos positivos del paciente y se optimizan sus posibilidades de cambio. No obstante, su práctica en la opción ocasional referida se manifiesta como la mejora de la construcción de estrategias comunicativas y la integración de la terapia en el área de la

salud mental. En el total de las respuestas, se manifiesta de forma positiva la tendencia hacia el cuidado humanizado, que incluye la esperanza como un prisma de protección en el proceso de recuperación de la paciente.

Figura 19. Actualización e intervención



Análisis

En la actualización sobre el tratamiento de pacientes con riesgo suicida, 10 dicen que "a veces" actualizan sus conocimientos, 8 "siempre", 7 "con frecuencia", 3 "casi nunca" y 1 "nunca".

Interpretación

La actualización profesional es un interés que se percibe, sin embargo, no se realiza de forma continua, lo cual es crítico para la atención que se brinda en la salud mental. Es imperativo proponer el fortalecimiento de la formación continua y el acceso a información actualizada.

Tabla 11. Identificación de beneficiarios

Identificación de beneficiarios	Alternativa
Siempre	5
Con frecuencia	17
A veces	4
Casi nunca	2
Nunca	1
Total	29

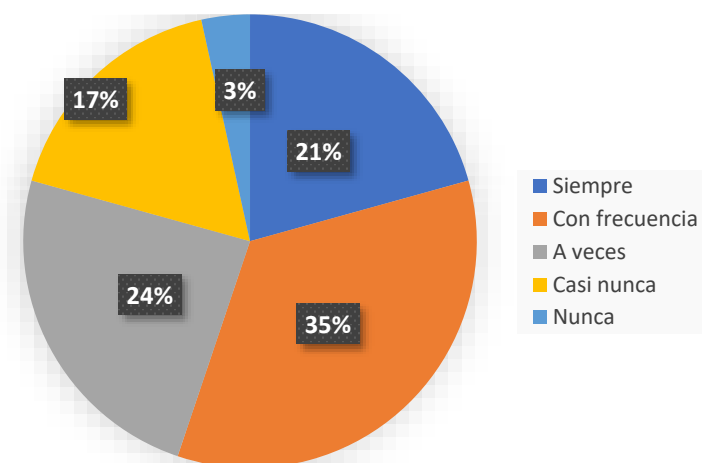
Análisis

La identificación de pacientes, familiares o supervivientes que puedan optimizar el uso de los recursos al alcance de los profesionales de la enfermería es la acción más frecuente que lo señalan 17 encuestados, 5 siempre, 4 a veces, 2 casi nunca y 1 nunca.

Interpretación

No obstante, el hecho de que la menor parte de este personal señale la identificación es escasamente o, en el peor de los casos, nunca, genera la alerta de que es necesario redoblar esfuerzos en la capacitación en el proceso de identificación y derivación de necesidades.

Figura 20. Intervención y colaboración



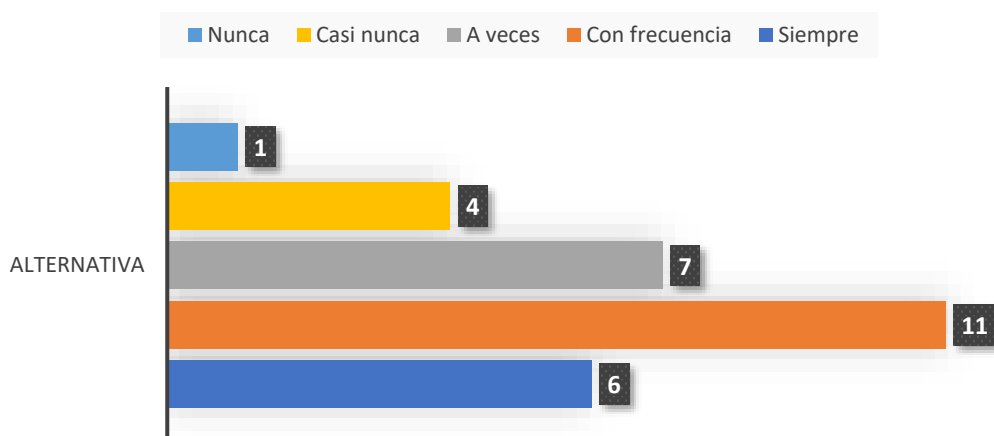
Análisis

La figura 20 muestra la frecuencia de participación del personal de enfermería en intervenciones psicológicas breves, "revelando que el 35 % participa frecuentemente, el 24 % a veces, el 21 % siempre, el 17 % casi nunca y el 3 % nunca".

Interpretación

A pesar de que esto muestra una actitud para trabajar de manera colaborativa hacia la atención integral, la baja participación implica la necesidad de mejorar la colaboración y la formación interdisciplinaria. Aumentar la disposición a participar en las reuniones de debriefing mejora el bienestar mental del equipo y la calidad de la atención para los pacientes.

Figura 21. Colaboración profesional continua



Análisis

Del total de 29 enfermeros encuestados, 11 de los profesionales de enfermería dicen que participa con frecuencia en actividades de colaboración profesional, 6 lo indicó que siempre, 7 se inclinó por a veces, 4 casi nunca y 1 nunca, evidenciando un interés significativo en el avance de la práctica clínica.

Interpretación

La celebración de estos encuentros aporta al aprendizaje colectivo y al bienestar del equipo, aunque el poco involucramiento de algunos enfermeros subraya la importancia de integrar estos staff en actividades de educación continua. No obstante, el aumento de colaboración hace necesario el fortalecimiento de la motivación y las oportunidades de involucramiento, de manera que el cuidado y la satisfacción del personal de enfermería se vean.

Tabla 12. Apoyo emocional terapéutico.

Apoyo emocional terapéutico.	Alternativa
Siempre	6
Con frecuencia	12
A veces	7
Casi nunca	3
Nunca	1
Total	29

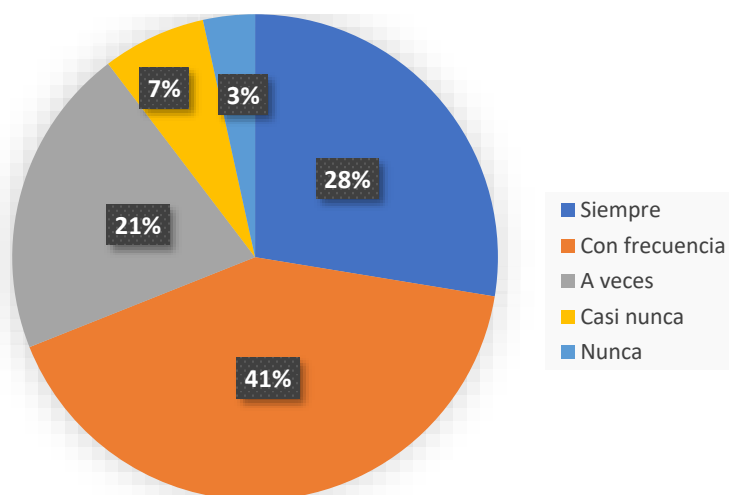
Análisis

Del total de encuestados, en la Tabla 12, se muestra que la mayoría del personal de enfermería brinda intervenciones de apoyo emocional a pacientes con riesgo suicida, siendo un 12 encuestados con frecuencia, 6 siempre, 7 a veces, 3 casi nunca y 1 nunca.

Interpretación

No obstante, la información indica un compromiso significativo con el acompañamiento psicosocial. Aun así, el hecho de que un 34 % (7 a veces y 3 casi nunca) de la población estudiada realice estas intervenciones de forma ocasional o casi nunca, sugiere la necesidad de una mayor capacitación en el área de la enfermería, en lo que respecta a las competencias emocionales y comunicativas. Esto conlleva demostrar una iniciativa con enfoque en la descalificación en el uso de otras herramientas y la adecuación en el uso de la tecnología de la información y la comunicación en su actividad académico-administrativa.

Figura 22. Reducción de ansiedad



Análisis

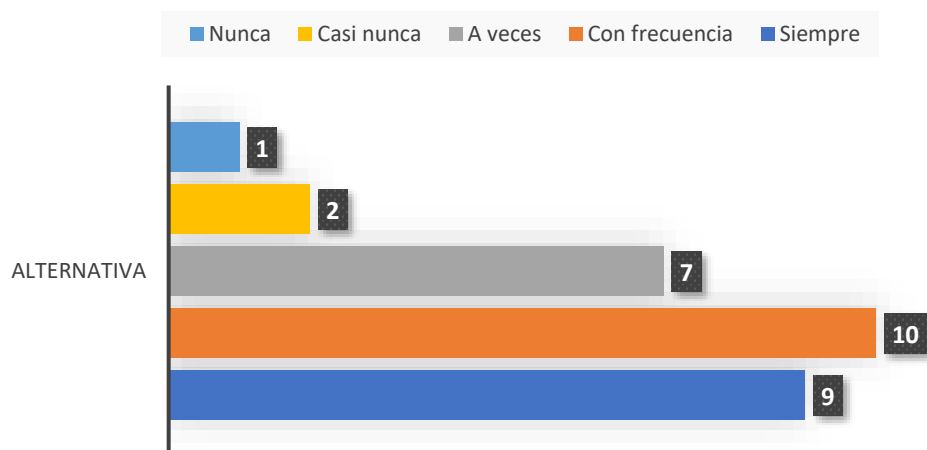
En la Figura 22 se indica que el 41% del personal de enfermería frecuentemente lleva a cabo la reducción de la ansiedad con pacientes en riesgo de suicidio, el 28% lo hace de manera consistente y el 21% lo hace en ocasiones, así como casi nunca y nunca el 10%.

Interpretación

Esto sugiere que, en general, se implementan técnicas de reducción que permitan mejorar la comunicación y la estabilidad del paciente. Sin embargo, la baja frecuencia en algunos casos resalta la necesidad de la formación en la hospitalización emocional y ansiedad,

promoviendo espacios asistenciales que prioricen la contención emocional para ofrecer un servicio humanizado e integral.

Figura 23. Expresión emocional asistida



Análisis

La figura 23 indica que 10 encuestados del personal de enfermería en ocasiones y 9 en siempre apoyan la expresión emocional de los pacientes con conductas suicidas; en tanto que 7 lo dice a veces, y casi nunca 2, así como nunca 1 persona lo indica.

Interpretación

Este tipo de comunicación puede ser fundamental en el proceso de reducción del sufrimiento y en la construcción de la relación terapéutica. No obstante, dado que un pequeño porcentaje de ellos interviene de manera infrecuente o no lo hace en absoluto, esto señala una brecha en las habilidades comunicativas y empáticas. Por otro lado, los resultados indican una tendencia positiva respecto al acompañamiento emocional.

Tabla 13. Intervención en crisis

Intervención en crisis	Alternativa
Siempre	6
Con frecuencia	11
A veces	4
Casi nunca	7
Nunca	1
Total	29

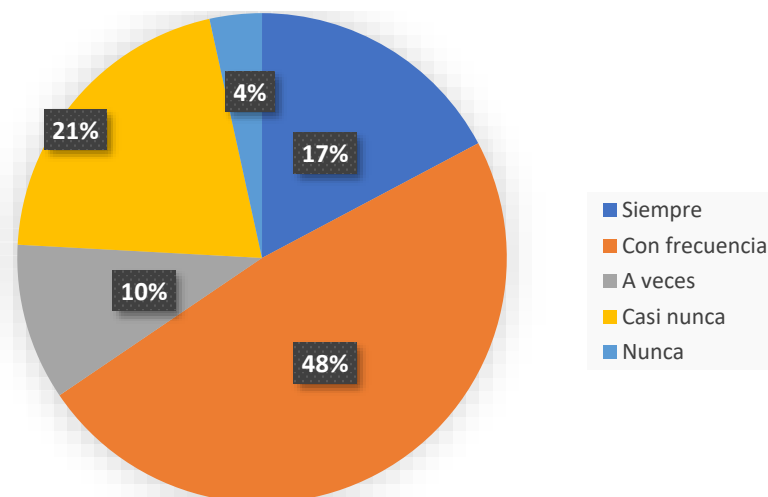
Análisis

La investigación muestra que el personal de enfermería participa en la intervención en crisis sobre suicidio y autolesiones, donde se resalta la respuesta de 11 encuestados de forma frecuente, 6 lo hace siempre, 4 a veces y 1 nunca, mientras que 7 lo indica que casi nunca lo hace. Esto último puede indicar que existen oportunidades de mejora en el uso de competencias emocionales en la intervención en crisis.

Interpretación

Aquí es donde la formación en el uso de técnicas de comunicación terapéutica y primeros auxilios psicológicos, entre otros, resulta valiosísima. Incluso cuando el resultado es positivo en una evaluación, es necesario contar con formación en salud mental y supervisar la aplicación y cumplimiento de los protocolos con el fin de salvaguardar la salud y la seguridad en la atención durante situaciones de crisis.

Figura 24. Entrenamiento para controlar impulsos



Análisis

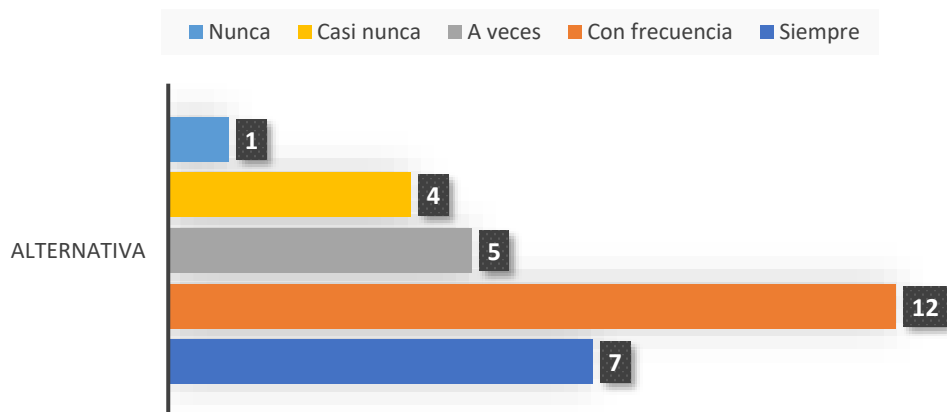
Del 100% de encuestados, el 48% lo dice que el entrenamiento para controlar impulsos lo hace frecuentemente; mientras que el 17% lo hace siempre, el 10% lo indica que a veces, 21% lo dice que casi nunca y el 4% nunca.

Interpretación

El personal de enfermería presenta un elevado promedio de 48% de intervenciones de entrenamiento sobre el control de impulsos en pacientes con riesgo de suicidio. Esto resulta relevante para el paciente ya que ayuda en la prevención de conductas autolesivas y en la regulación de la emoción de manera positiva. Por lo que hay enfermeros que realizan las

intervenciones esporádicamente, y esto refleja una falta de capacitación que es urgente para la implementación de técnicas de manejo conductual. Para el manejo integral y humanizado de estos pacientes se sugiere el entrenamiento en estrategias de comunicación terapéutica.

Figura 25. Seguridad ambiental preventiva



Análisis

La figura 25 muestra con qué frecuencia el personal de enfermería realiza intervenciones encaminadas al manejo de ambientes seguros para prevenir riesgos en pacientes con ideación suicida. Con frecuencia lo dicen 12 encuestados, 7 lo hace siempre, 4 a veces, 4 lo hace casi nunca y 1 nunca.

Interpretación

Esto refleja el compromiso en la protección del paciente y la actividad en el área. Sin embargo, el hecho de que una proporción de profesionales mencionada realice la intervención de forma esporádica, y la falta de respuesta ante un protocolo de seguridad, evidencia que la formación en este aspecto debería revisarse, así como la disponibilidad de recursos en los centros de salud. En la mayor parte de los casos, el manejo del control y seguridad es de forma activa, lo cual es positivo que sugiere su capacitación en niveles más altos, y en el uso de seguridad.

3.1.3. Indicadores de intervención enfermera - Relacionados con la formación

Tabla 14. Formación universitaria recibida

Formación universitaria recibida	Alternativa
Sí	21
No	8
Total	29

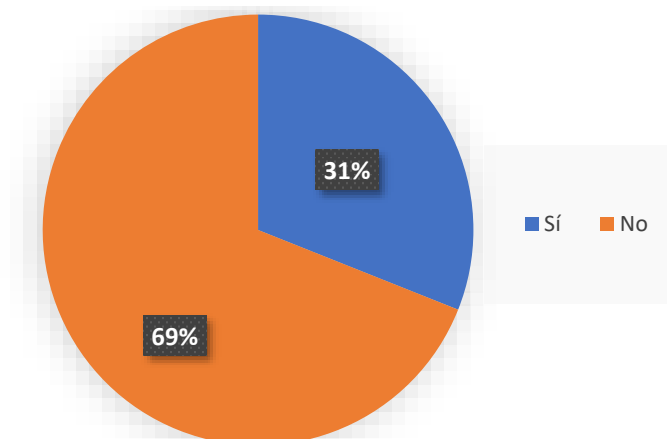
Análisis

La mayoría del personal de enfermería (21 encuestados) recibió formación específica en la prevención del riesgo y la conducta suicida, por lo que verifica la importancia de la inclusión de salud mental en la formación de enfermería. Sin embargo, 8 enfermeros/as dice que no recibió dicha formación por una falta en la educación que puede impactar negativamente la intervención en crisis suicidas.

Interpretación

Por ello, es necesario que todos los profesionales en formación, busquen una atención más segura y con mayor evidencia en la prevención del suicidio, desarrollando las competencias en esta rama.

Figura 26. Formación especializada adicional



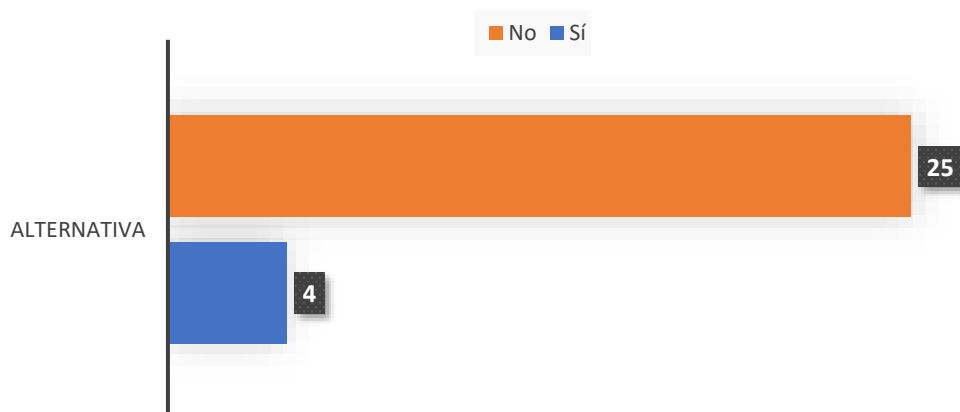
Análisis

Según la figura 26, indican que solo el 31 % del personal de enfermería ha recibido formación en prevención del riesgo y conducta suicida, y esto refleja una carencia importante en la formación continua en el área asistencial y el 69% lo dice que no.

Interpretación

Esta falta de educación continua en el área asistencial impide que el personal identifique los riesgos y brinde apoyo psicológico. No obstante, el 31 % que ha recibido capacitación puede actuar como referente en su equipo, promoviendo el uso de la evidencia en su práctica. Es fundamental el establecimiento adecuado de las líneas de formación en el área de salud mental para atención y prevención del suicidio, esto por el impacto que tiene en el fortalecimiento de la salud del sistema sanitario.

Figura 27. Especialización en salud mental



Análisis

Solo alrededor de 4 encuestados tienen formación adicional en salud mental, lo que significa que 25 no cuenta con esta formación.

Interpretación

La respuesta a los riesgos suicidas se ve afectada por esta carencia de formación avanzada, la cual es fundamental, ya que se necesita también una capacitación especializada en habilidades terapéuticas. Por más que han mostrado interés para esta especialización, la escasez de formación adecuada es indicativa de la necesidad de desarrollar más oportunidades en el posgrado en esta área.

Tener esta capacitación mejorará la calidad del apoyo emocional y ayudará a intervenir en situaciones de alto riesgo y emocionales.

3.1.4. Indicadores de intervención - Relacionados con la organización y directrices

Tabla 15. Entorno seguro garantizado

Entorno seguro garantizado	Alternativa
Muy adecuado	4
Adecuado	13
Suficiente	7
Inadecuado	4
Muy inadecuado	1
Total	29

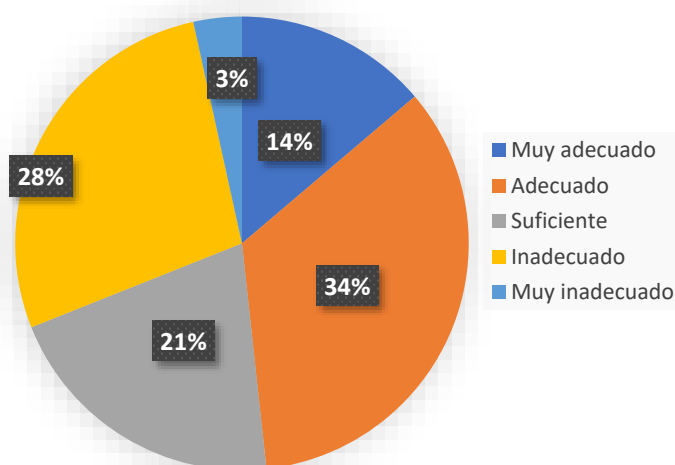
Análisis

La Tabla 15, dice que la evaluación que ha hecho el personal de enfermería sobre la seguridad del entorno sanitario señala que como adecuado lo consideran 13 encuestados, mientras que como suficientes lo califica 7 encuestados, en tanto que muy adecuado lo dicen 4, inadecuado 4 y 1 muy inadecuado.

Interpretación

Esto implica que hay deficiencias en la estructura y en los protocolos de seguridad que es necesario enfrentar; por lo que en el acceso de pacientes autolesivos con conductas suicidas se sugiere mayor énfasis en la prevención.

Figura 28. Enfermería adecuada para la atención de pacientes con riesgo suicidas



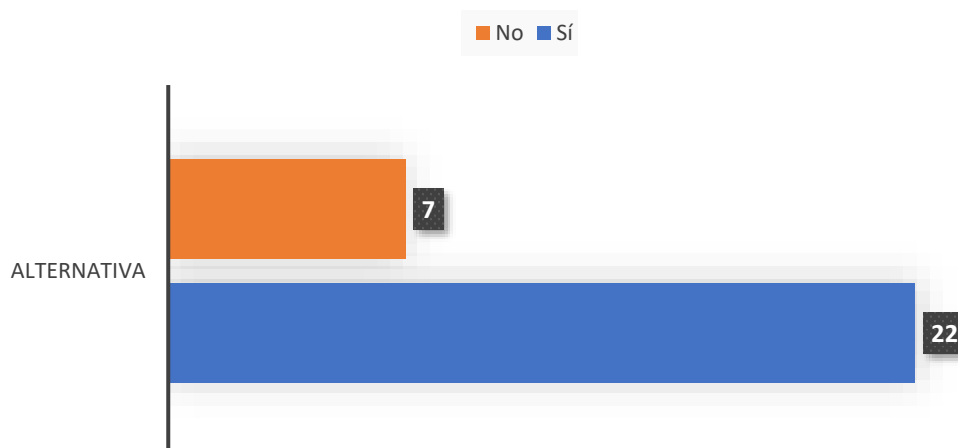
Análisis

La figura 28 representa las percepciones del personal de enfermería respecto a si el centro de salud está adecuadamente dotado de personal para atender a los pacientes en riesgo de suicidio. Los resultados muestran que el 34 % considera que el personal es adecuado, el 21 % lo califica como suficiente, el 28 % lo ve como inadecuado, el 14 % lo ve como muy adecuado y el 3 % lo califica como muy inadecuado.

Interpretación

Por lo que el personal insuficiente en unidades de alta demanda asistencial deteriora la calidad de atención, continuidad del cuidado y la atención en situaciones críticas. Esto, a su vez, dificulta la atención de forma individual y la intervención en el riesgo suicida.

Figura 29. Comunicación y aprendizaje



Análisis

Del total de 29 encuestados, 22 indicaron que constataron la existencia de un sistema de comunicación de incidentes referido a conductas suicidas, lo cual resulta favorable para la cultura de seguridad del paciente, mientras que 7 dijeron lo contrario.

Interpretación

De este sistema se obtiene información que permite la identificación de errores para la mejora de procesos asistenciales. No obstante, la ausencia de información de este mecanismo en el 24 % (7 encuestados) consideran una deficiencia en la comunicación y la capacitación. Se sugiere reforzar la comunicación, capacitación y el cierre de circuitos para promover la mejora continua en la atención a pacientes con riesgo suicida.

Tabla 16. Apoyo psicológico laboral.

Apoyo psicológico laboral	Alternativa
Sí	19
No	10
Total	29

Análisis

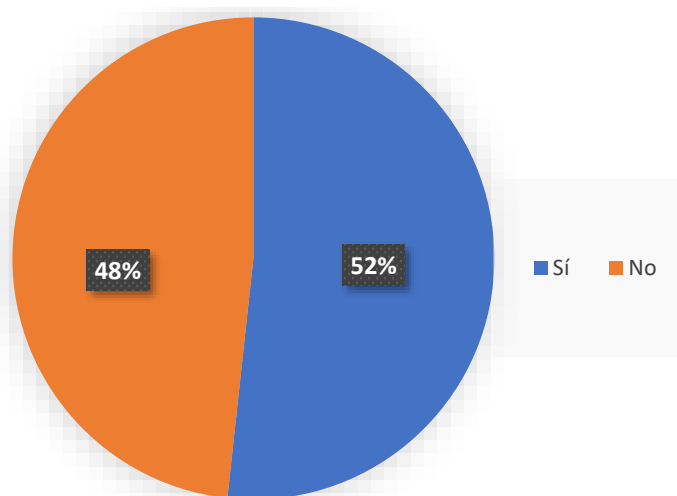
La organización ha implementado programas de apoyo psicológico, siendo este ampliamente reconocido, el cual es una de las razones por las cuales la mayoría del personal de enfermería (19) afirma que la organización se compromete a cuidar su salud emocional. Por otro lado, a 34% (10 encuestados) del personal no se les brindan estos programas, lo que sugiere

que se trabajen las estrategias de comunicación para que cada colaborador acceda a estos beneficios.

Interpretación

Las percepciones de los empleados sugieren la posible mejora de la oportunidad en la prestación de otros servicios, brindando un ambiente un poco más saludable y empático en el lugar de trabajo.

Figura 30. Formación continuada de las enfermeras



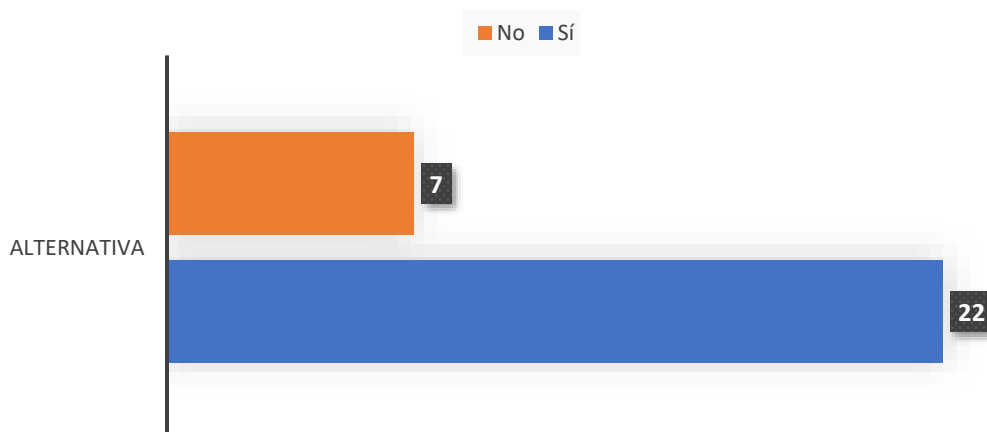
Análisis

La encuesta enseña que el 52% del personal de enfermería considera que existen oportunidades de formación continua en el área de la prevención del suicidio en su institución, mientras que el 48% tiene una percepción contraria.

Interpretación

Pese a la posible valoración de la formación, esto se traduce en la falta de formación práctica, lo que posiblemente deteriore la atención en el momento de la crisis. Se recomienda el desarrollo de programas de formación sistemáticos y accesibles para garantizar que todos los profesionales cuenten con una formación relevante, con habilidades actualizadas que mejoren la seguridad del paciente y la práctica profesional en salud mental.

Figura 31. Valoración de suicidios



Análisis

La atención que ofrecen los profesionales de enfermería es un aspecto positivo, principalmente porque 22 indicaron que si están capacitados para utilizar formularios para la valoración del riesgo suicida, lo que evidencia una mayor estandarización y atención del cuidado en el proceso de evaluación, en tanto que 7 dijeron que no.

Interpretación

No obstante, la proporción que permanece sin estas valoraciones supone otro de los riesgos de atención en el que es necesario un mayor esfuerzo en la unificación, implementación y en el seguimiento de bienestar asistencial.

Tabla 17. Desarrollo profesional

Desarrollo Profesional	Alternativa
Muy adecuado	4
Adecuado	8
Suficiente	6
Inadecuado	8
Muy inadecuado	3
Total	29

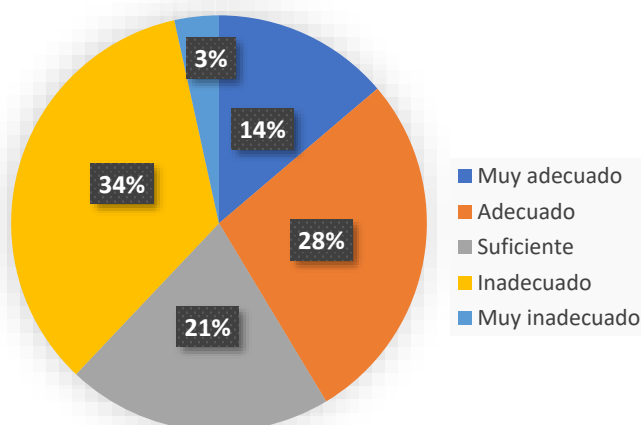
Análisis

Las valoraciones del personal de enfermería sobre el respaldo organizacional reflejan cierta ambivalencia respecto al desarrollo profesional en el área de la salud mental. Para 8 de los encuestados, el respaldo organizacional es adecuado; para 8 de los encuestados resulta inadecuado. Mientras que 6 de los encuestados dijeron que suficiente, muy adecuado y 3 muy inadecuado.

Interpretación

La falta de apoyo constituye un obstáculo para el progreso de los conocimientos, de la motivación, e impacta negativamente la salud mental del paciente. De aquí la importancia de la promoción de las políticas de formación y desarrollo, así como su participación.

Figura 32. Apoyo a investigación



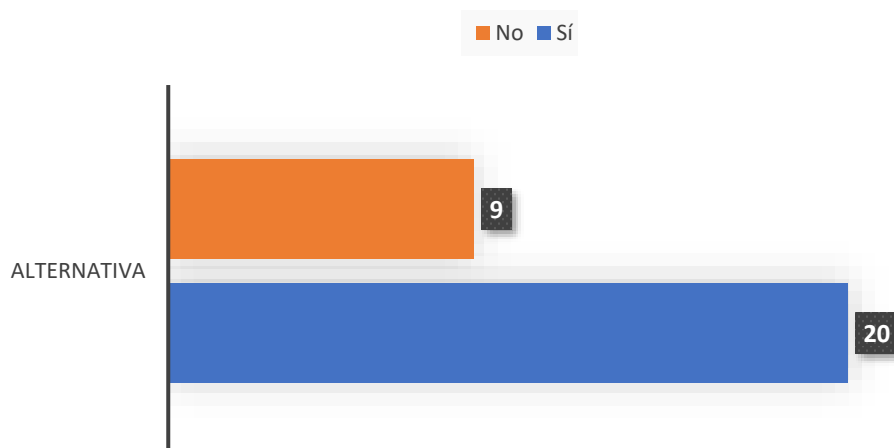
Análisis

La encuesta muestra que el personal de enfermería tiene percepciones variadas respecto al apoyo organizacional para la investigación en el suicidio y la salud mental; el 28% lo percibe como adecuado y el 21% como suficiente. Sin embargo, a pesar de que algunos reconocen las propias iniciativas institucionales, el 37% (34% de inadecuado y 3% muy inadecuado) las considera insuficientes, lo que evidencia un debilitamiento de la cultura de investigación dentro del entorno de la salud.

Interpretación

Se recomienda mejorar el apoyo institucional y la investigación en enfermería y las colaboraciones universitarias para optimizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Figura 33. Plan de prevención de suicidio



Análisis

La organización de salud mental y la seguridad del paciente han empezado a funcionar correctamente. Veinte encuestados del personal de enfermería reconoce la existencia de un plan preventivo de la conducta suicida. No obstante, 9 se declaran ignorante de dicho plan, lo que evidencia fallas en la comunicación interdepartamental, que potencialmente compromete la operatividad del plan.

Interpretación

Para que el plan permita un verdadero impacto, tiene que ser accesible y de conocimiento general, especialmente al personal de enfermería.

Tabla 18. Protocolo de prevención de suicidio

Protocolo de prevención de suicidio	Alternativa
Sí	23
No	6
Total	29

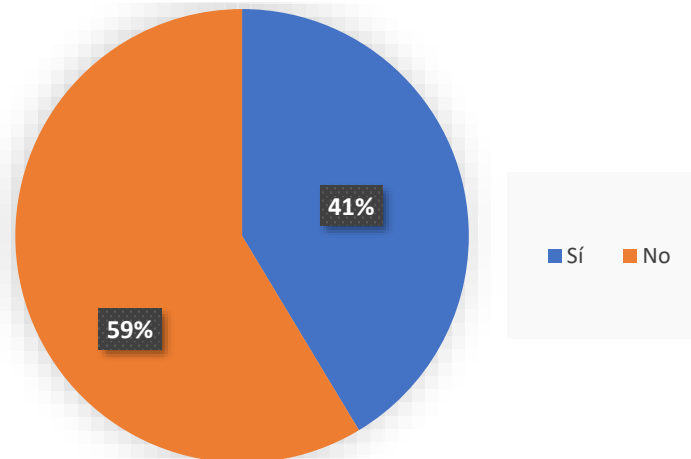
Análisis

La mayoría del personal de enfermería, dada en un 79% (23 encuestados), indica que en la organización sí hay guías de práctica clínica para el manejo y la prevención de conductas suicidas. Esto resulta positivo para la atención basada en evidencia y la estandarización de protocolos. Sin embargo, el 21% (seis participantes) afirma que no las conoce, lo que podría señalar que la capacitación o divulgación no se ha llevado a cabo.

Interpretación

A pesar de la tendencia favorable a la adopción de protocolos, se sugiere que se implementen políticas garanticen que cada uno de los miembros del equipo de salud se encuentre adecuadamente formados en las prácticas preventivas.

Figura 34. Comisión de prevención de suicidio



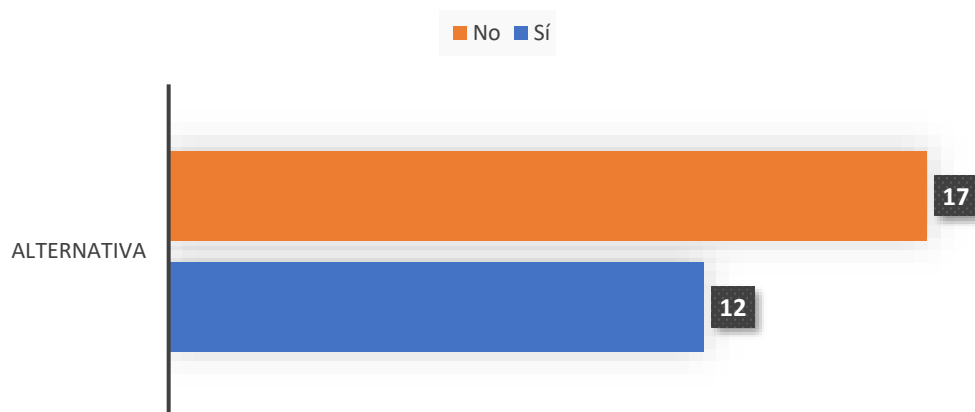
Análisis

La evidencia sugiere que sólo el 41% del personal de enfermería conoce sobre la comisión comunitaria para la prevención del suicidio, mientras que el 59% indica lo contrario.

Interpretación

Esto evidencia carencias organizacionales y de comunicación que afectan la garantía de los servicios de apoyo psicosocial. Por lo que se recomienda mejorar el contacto y la coordinación entre los profesionales sociales y de salud, así como la visibilidad de estas comisiones. Esto favorecería a la intervención en los casos de crisis.

Figura 35. Participación de enfermería comunitaria



Análisis

La escasa participación de enfermería comunitaria en la comisión de la prevención de la conducta suicida se evidencia en la estadística de solo el 12 de los encuestados que participaron; mientras que 17 no participaron.

Interpretación

Esto enfatiza la necesidad de una mejor integración de la enfermería en la estrategia de salud mental comunitaria, puesto que el enfermero/a comunitaria es el primer eslabón dentro de la cadena de detección de riesgo y coordinación de acciones. La escasa participación, o el desconocimiento de su implicación, que se evidencia en el 59% (17 encuestados) de los profesionales, es indicativa de una colaboración escasa sobre los cuidados de salud mental de la población. Se sugiere la promoción de la participación de enfermería en estas comisiones a través de iniciativas centradas en la mejora de la política de prevención del suicidio.

Tabla 19. Plazas especializadas disponibles.

Plazas especializadas disponibles.	Alternativa
Sí	6
No	23
Total	29

Análisis

La mayoría del personal de enfermería labora en entidades donde no hay personal contratado como especialistas en salud mental; solo 6 de los encuestados confirma su existencia, mientras que no dijeron 23.

Interpretación

Esto pone de manifiesto un déficit en el cuidado de los pacientes con trastornos mentales. Esta ausencia requiere con urgencia definir y consolidar el ámbito profesional y el impacto que tendrá en el cuidado y en la eficacia de las intervenciones. Se sugiere a las entidades del sistema de salud y a los organismos del Estado la inclusión de enfermeras especialistas en los equipos de trabajo multidisciplinarios para el desarrollo de cuidados integrales y de atención basada en evidencia.

3.2. Análisis de las preguntas

3.2.1. Chi-Cuadrado

Es un examen estadístico que se emplea para determinar si hay una relación relevante entre variables categóricas. Contrasta las frecuencias esperadas, en caso de que no existan relaciones entre las variables, con las frecuencias verificadas de ocurrencias en distintas categorías (Chango-Pilamunga, Chancusig-López, García-Monar, & Haro-Sarango, 2024).

El Chi-cuadrado constituye una técnica estadística no paramétrica que estudia las discrepancias entre conjuntos con variables dependientes de tipo nominal. No necesita que las varianzas sean iguales y es fuerte frente a la distribución de datos. Proporciona información detallada acerca de cómo se comportan los grupos, lo que hace más sencillo el análisis de variables de tipo dicotómico y múltiples. La V de Cramer se utiliza frecuentemente como índice de fortaleza tras obtener un resultado significativo. Las limitaciones abarcan requerimientos de tamaño de la muestra y problemas de interpretación con muchas categorías; las ventajas, en cambio, incluyen flexibilidad y facilidad de cálculo (Valarmathi, Hemapriya, Jasmine, & Sundar, 2024).

3.2.2. Verificación de hipótesis

Teniendo en cuenta:

- H_0 = No existe intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención para la prevención del suicidio
- H_1 = Si existe intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención para la prevención del suicidio

3.2.3. Análisis estadístico en SPSS

Tabla 20. Síntesis de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Variable1 *	29	100.0%	0	0.0%	29	100.0%
Variable2						

La tabla corrobora que el examen respecto a Variable1 y Variable2 se llevó a cabo usando la totalidad de los datos accesibles, sin que faltara ninguno. Este hecho proporciona una solidez superior al análisis estadístico, dado que no fue preciso eliminar ni imputar datos.

2.00	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.08	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.20	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.32	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.52	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.60	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.84	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
2.92	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
3.16	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
3.20	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
3.36	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1

	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
3.76	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
4.28	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
4.92	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Recuento esperado	.1	.1	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	1.0
Total	Recuento	4	2	1	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	29
	Recuento esperado	4.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	29.0

El cruce de las dos variables, variable 1 y variable 2, permite corroborar la distribución de ambos para 29 individuos en total. La exhibición de los conteos en la tabla incluye, además de los conteos que se han registrado, los conteos que se esperaban. Esto permite determinar si existe o no relación entre las variables en estudio.

Los resultados obtenidos a partir de los datos tabulados sugieren que no hay relaciones asociadas de manera significativa a nivel estadístico entre las intervenciones de enfermería revisadas y la otra variable de riesgo de suicidio (Variable 2). La igualdad de los conteos observados y esperados respalda esta interpretación de la ausencia de un grado particular de interdependencia entre las dos variables. La discrepancia entre los valores observados y los valores esperados respalda dicha interpretación y sugiere que los datos no presentan un sistema de restricciones de dependencia entre las dos variables. Algunas ausencias estadísticas podrían deberse a la naturaleza de las intervenciones realizadas universalmente en el primer nivel de atención debido a las estrategias preventivas del enfoque de salud pública para la detección temprana y reducción del riesgo de suicidio.

Tabla 22. Prueba- Chi cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	453.850 ^a	374	0.003
Razón de verosimilitud	153.209	374	1.000
Asociación lineal por lineal	25.465	1	0.000
N de casos válidos	29		

a. 414 casillas (100.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.

Resultados del Chi-cuadrado:

La prueba chi-cuadrado de Pearson da los siguientes datos $\chi^2 = 453.850$ con 374 grados de libertad y un nivel de significancia de dos colas de $p = 0.003$. Esto indica que estadísticamente hay una diferencia significativa entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas asumiendo independencia entre las dos variables. Al ser el valor de p igual o menor a 0.05, nos permite rechazar la hipótesis nula, obteniendo la conclusión de que, al menos, existe algún grado de asociación estadística entre las dos variables.

Interpretación del Chi-Cuadrado:

A pesar del notable resultado, hay una advertencia importante asociada a la tabla: 414 celdas (100%) están mostrando frecuencias esperadas de menos de 5, y el conteo esperado mínimo es de 0.03. Esta situación implica una violación significativa a una de las suposiciones más básicas del test chi cuadrado, que las frecuencias esperadas tengan que ser de cierto tamaño para que la estadística tenga sentido. Dado que existen muchas categorías y las frecuencias de la mayoría de las permutaciones son escasas, el resultado puede ser conveniente desde el punto de vista estadístico. Lo que implica que la valía de la significancia que se haya alcanzado podría ser solamente un artefacto de la magnitud de las celdas de la tabla y no de una real correlación entre las variables.

Conclusión obtenida del Chi-Cuadrado

En general, aunque el valor del Chi-cuadrado indica significancia estadística, la violación de las suposiciones del modelo genera dudas sobre la solidez del resultado. Por lo tanto, no es posible concluir correctamente que existe una relación directa entre las

intervenciones de enfermería implementadas y los niveles o factores asociados con el riesgo suicida en la población estudiada. Los resultados sugieren que las intervenciones se aplican de manera homogénea a nivel de atención primaria, sin una clara distinción de los diferentes perfiles de riesgo, lo cual está en línea con las prácticas preventivas universales en salud mental.

Decisión estadística del Chi-Cuadrado

Basado en los resultados de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, que obtuvo un valor p de 0.003, que es menor que el nivel de significancia establecido ($\alpha = 0.05$), se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1). Esto indica que desde una perspectiva estadística, hay suficiente evidencia para afirmar que efectivamente existen intervenciones de enfermería disponibles en atención primaria destinadas a la prevención del suicidio.

Interpretación de la decisión estadística

Incluso teniendo en cuenta las limitaciones dadas, los resultados sugieren que, en el primer nivel de atención, efectivamente hay intervenciones de enfermería destinadas a la prevención del suicidio, aunque parezcan aplicarse de manera fragmentada y no necesariamente estén dirigidas a ciertos usuarios de grupos en riesgo. Corresponde a la naturaleza preventiva y universal de la atención primaria de salud, en la que las intervenciones se aplican generalmente por igual a todas las personas.

Criterio final

La hipótesis H_1 se acepta basándose en la presencia de intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención del suicidio y el primer nivel de atención. Sin embargo, los hallazgos deberían complementarse idealmente con otras formas de análisis, particularmente datos cualitativos, para abordar las limitaciones estadísticas del análisis, mejorando así la validez de las conclusiones.

Por lo que se acepta la hipótesis alternativa que dice:

- H_1 = Si existe intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención para la prevención del suicidio

CONCLUSIONES

- Los resultados permiten concluir que la comprensión que obtienen los profesionales de la enfermería sobre la prevención del suicidio en adolescentes es mayoritariamente adecuada en la identificación de riesgos y señales de alarma y en la ejecución de intervenciones preventivas de primer nivel. Sin embargo, persisten importantes brechas que apuntan hacia la falta de ejecución de estrategias preventivas, indicando de la necesidad de reforzar la capacitación continua, la utilización de protocolos y el adecuado nivel de preparación del personal. Esto, con el fin de garantizar la atención en el riesgo suicida en la adolescencia de forma oportuna y efectiva.
- Las intervenciones más comunes en la prevención del suicidio son la vigilancia activa, la identificación de factores de riesgo, la construcción de relaciones terapéuticas y empatía, y el acompañamiento emocional. Estas son practicadas de forma rutinaria la mayor parte del tiempo por la mayor parte del personal. Por su parte, el activación de las redes de apoyo, el manejo de la ansiedad y las intervenciones en crisis, así como la creación de un entorno seguro son ejecutadas en un nivel moderado. El control de impulsos, el manejo de trastornos psiquiátricos, la participación en procesos de debriefing y otras intervenciones de mayor especialización, en cambio, se implementan de forma más irregular. Esto sugiere que, si bien el personal esencialmente comprometido con la prevención, persiste una falta de formación y una insuficiencia operativa que impide que estas intervenciones se constituyan de forma sistemática, homogénea y en todas las dimensiones necesarias para la atención efectiva y la integral en el primer nivel de salud.
- La actitud del personal de enfermería de primer nivel de atención hacia la prevención del suicidio en adolescentes es valorativamente positiva. Se presenta la predisposición para detectar signos de riesgo, generar acompañamiento, sostener comunicación empática, y actuar en la prevención orientada hacia el bienestar del adolescente. No obstante, se aprecian posturas de involucramiento poco activo en la dimensión de la salud mental de manera preventiva, en la atención integral, y en la intervención oportuna ante la crisis. Todo esto evidencia la necesidad de avanzar en la sensibilización, el compromiso de la institución, y la formación continua, así como en el fortalecimiento de una disposición mucho más proactiva y consistente, en relación a las exigencias del primer nivel de atención en salud.

RECOMENDACIONES

- Es importante mejorar el aprendizaje del personal de enfermería a través de actividades sostenidas en el tiempo, sobre la prevención del suicidio, actualización en los factores de riesgo junto con las señales de alarma, y la circulación de protocolos estandarizados de actuación. También, es necesario realizar la implementación de talleres, clínicas y actividades formativas que contengan y actualicen los conceptos sobre la salud mental de los adolescentes, de tal forma que la teoría disponible se pueda transformar en una práctica más segura, eficiente y que se ajuste a las necesidades de atención primaria.
- Resulta recomendable mejorar sistematizaciones irregulares al potenciar formaciones sobre las intervenciones que se ejecutan con mayor frecuencia, tales como la vigilancia, la comunicación terapéutica, y el apoyo emocional. A la par, fortalecer el desarrollo de competencias hacia las intervenciones que se ejecutan con menor frecuencia, como la intervención en crisis, el control de impulsos, y el control del entorno.
- Desarrollar actitudes positivas hacia la prevención del suicidio a través de la empatía, la escucha activa y la detección de riesgos comprometida debe ser priorizado a través de iniciativas de fortalecimiento de la concienciación. Junto con una profunda reflexión, apoyo focal y asistencia psicológica, la provisión de un espacio profesional y apoyo institucional debe estar dirigida a calmar las ansiedades relacionadas con la intervención, mientras que se debe estimular la participación activa del personal en programas comunitarios, educativos y preventivos orientados a las demandas de atención primaria de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V., & Bejer, T. (2021). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 167-175. Recuperado el 15 de agosto de 2025, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200167
- Arias, P., & García, F. (2021). Escala de Riesgo Suicida de Plutchik: Análisis Preliminar de su Validez en Ecuatorianos. *NeuroCorp Ecuador*, 1-5. Recuperado el 15 de octubre de 2025, de <https://www.neurocorpecuador.com/post/escala-de-riesgo-suicida-de-plutchik-an%C3%A1lisis-preliminar-de-su-validez-en-ecuatorianos>
- Bahamón, M., Javela, J., Ortega, A., Matar, S., Ocampo, E., Uribe, I., . . . Cudris, L. (2025). Social Determinants and Developmental Factors Influencing Suicide Risk and Self-Injury in Healthcare Contexts. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 1-22. Recuperado el 25 de julio de 2025, de <https://www.mdpi.com/1660-4601/22/3/411>
- Bakken, V., Skokauskas, N., Sund, A., & Kaasbøll, J. (2025). Protective factors for suicidality: a qualitative follow-up of the youth and mental health study cohort. *Bmc Public Health*, 1-13. Recuperado el 8 de julio de 2025, de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-025-23131-2>
- Baño, J., & Fuster, F. G. (2023). Evidencias psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Roberts en adolescentes peruanos. *Interdisciplinaria*, 159-171. Recuperado el 12 de agosto de 2025, de <https://www.redalyc.org/journal/180/18072770014/html/>
- Cabrera, F., Torres, M., Vásquez, M., López, M. A., Tirado, C., Arévalo, M. K., . . . González, L. M. (2024). Effect of community interventions for the prevention of suicide in adolescents and young adults: a scoping review. *Cold Spring Harbor Laboratory*, 1-25. Recuperado el 10 de junio de 2025, de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.10.19.24315812v1.full>
- Calle, S. E. (2023). Diseños de investigación cualitativa y cuantitativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 1865-1879. Recuperado el 15 de octubre de 2025, de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7016>
- Calvo, A. P. (2020). Salud mental en la actualidad. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1-2. Recuperado el 3 de diciembre de 2024, de https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/6457/9764
- Carrillo, V., Cruz, T., Jiménez, L. G., León, A., & Quesada, M. S. (2022). Desarrollo de intervenciones comunitarias de salud pública por estudiantes de Farmacia de la Universidad de Costa Rica durante la pandemia por SARS-COV2. *Revista Educación*, 1-29. Recuperado el 2 de julio de 2025, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-26442022000200405

- Chango-Pilamunga, B., Chancusig-López, M., García-Monar, K., & Haro-Sarango, A. (2024). Chi Cuadrado y tablas de contingencia aplicado en SPSS. *Codigo Científico Revista de Investigación*, 5(E3), 499-513. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de <https://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/329>
- Conciencia Saludable. (23 de Mayo de 2024). *Hablemos de Todo: miradas sobre un espacio de conversación para promover el bienestar y la salud mental*. Recuperado el 20 de febrero de 2025, de <https://concienciasaludable.uchile.cl/2024/05/23/hablemos-de-todo-miradas-sobre-un-espacio-de-conversacion/>
- Cotonieto, E., & Rodríguez, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results - JONNPR*, 393-410. Recuperado el 8 de julio de 2025, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000200011
- Cuenca, N. E., Robladillo, M. L., Meneses, M. E., & Suyo, J. A. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 1-7. Recuperado el 3 de diciembre de 2024, de <https://www.redalyc.org/journal/559/55965387003/html/>
- Cueva, T., Jara, O., Arias, J., Flores, F. A., & Balmaceda, C. A. (2023). *Métodos mixtos de investigación para principiantes*. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C. Recuperado el 8 de octubre de 2025, de <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/119>
- Díaz-Valencia, A., & Urgilés-Vallejo, I. (2025). Vivencias de los profesionales de enfermería frente a los pacientes con intento auto lítico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revisión sistemática integrativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 3607-3645. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/17160>
- Ecuador, Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito. (2020). *Plan de salud mental con atención en el riesgo de suicidio de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios de primera línea en la emergencia sanitaria del DMQ*. Recuperado el 3 de diciembre de 2025, de https://www7.quito.gob.ec/mdmq_ordenanzas/Administración%202019-2023/Comisiones%20del%20Concejo%20Metropolitano/Igualdad,%20Género%20e%20Inclusión%20Social/2020/2020-08-17/Documentos%20para%20tratamiento/5%20Plan%20de%20salud%20mental/plan_de_salud_mental
- Feria, H., Matilla, M., & Mantecón, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica? *Revista Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 62-79. Recuperado el 11 de octubre de 2025, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692391>

- Freichel, R., Nock, M., & O'Shea, B. (2025). A network outcome analysis of psychological risk factors driving suicide risk in emergency department patients. *Nature Mental Health*, 346-353. Recuperado el 15 de julio de 2025, de <https://www.nature.com/articles/s44220-025-00389-4>
- Gómez-García, L., Arenas-Monreal, L., Valdez-Santiago, R., Rojas-Russell, M., Astudillo-García, C., & Agudelo-Botero, M. (2021). Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1), 1-10. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2022000100002
- González-Chamorro, C. (2024). *Escalas de evaluación del riesgo de suicidio: su utilidad en la valoración de pacientes que consultan a urgencias con ideación o intención autolítica*. Recuperado el 15 de agosto de 2025, de Universidad de Valladolid: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/68648>
- Guerrero, P., Lobera, E., Fickinger, A., Cardiel, J., Ruiz, J., & Benito, E. (2022). El papel de enfermería en la prevención del suicidio. *Revista Sanitaria de Investigación*, 1-22. Recuperado el 11 de julio de 2025, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8708002>
- Hidalgo, E. C., & Diaz, R. J. (2023). Rol de la enfermería comunitaria durante los primeros 1000 días de vida. *Acc. Cietna*, 89-96. Recuperado el 8 de julio de 2025, de <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/968>
- Juanós-Álvarez, E., Casanova-Garrigós, G., Moreno-Poyato, A., Torrubia-Pérez, E., Capera-Fernández, J., & Mora-López, G. (2024). Actitudes y percepciones de las enfermeras hacia la conducta suicida: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Index de Enfermería*, 32(4), 1120-1132. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000400012
- Kumar, D., Zhu, S., Sun, H., Kotak, D., & Liu, R. (2024). Revisiting the Association of ECOG Performance Status With Clinical Outcomes in Diverse Patients With Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network - JNCCN*, 1-7. Recuperado el 11 de agosto de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38653321/>
- Liu, S., Morin, S., Bourand, N., DeClue, I., Delgado, G., Fan, J., . . . Gibbons, R. (2023). Vulnerabilidad social y riesgo de suicidio en adultos estadounidenses, 2016-2020. *Red JAMA abierta*, e239995. Recuperado el 21 de julio de 2025, de <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2804213>
- Madigan, A., & Daly, M. (2023). Socioeconomic status and depressive symptoms and suicidality: The role of subjective social status. *Journal of Affective Disorders*, 36-43. Recuperado el 21 de julio de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36709827/>

- Madruza, J. M., & Guzmán, A. H. (2025). Factores protectores e intervenciones preventivas frente al suicidio en las minorías sexuales y de género. Una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 1-7. Recuperado el 10 de julio de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593425000326>
- Mansoor, M., & Ansari, K. (2025). Artificial Intelligence-Driven Analysis of Telehealth Effectiveness in Youth Mental Health Services: Insights from SAMHSA Data. *Journal of Personalized Medicine*, 1-11. Recuperado el 7 de agosto de 2025, de <https://www.mdpi.com/2075-4426/15/2/63>
- Manterola, C., Hernández, M. J., Otzen, T., Espinosa, M. E., & Grande, L. (2023). Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. *International Journal of Morphology*, 146-155. Recuperado el 15 de agosto de 2025, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022023000100146
- Martínez, I., Martínez, F., & Rodríguez, L. V. (2023). Factores protectores y de riesgo en la conducta suicida de los adolescentes. *Rilco DS: Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación*, 44-52. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8849801>
- Mayoral, M. M., Vázquez, A., González, N. G., Castillo, M. D., Carpio, S., Alba, D. F., . . . Lemus, A. (2023). Manual para el manejo de la comunicación en materia del comportamiento suicida. *Secretaría de Salud Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones*, 1-23. Recuperado el 10 de junio de 2025, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/880656/Manual_Medios_julio_23.pdf
- McClelland, H., Loney, K., & Platt, S. (2024). Psychological factors associated with suicide attempt and suicide death in Scotland: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 1-12. Recuperado el 8 de julio de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915323002482>
- Mina, G. Y., & Sumarriva, L. A. (2023). Enfermería Comunitaria y su Contribución a la Salud Pública en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 41-55. Recuperado el 25 de julio de 2025, de <https://revistaczambos.utelvtsd.edu.ec/index.php/home/article/view/37>
- Moreno, D. J., Pardo, B., Sanz, A., Moreno, M., Sánchez, M., & Serna, A. (2025). Rol de la enfermería en la prevención del suicidio en adolescentes. *Revista Sanitaria de Investigación RSI*, 1-7.
- Navarrete, E. S., Zambrano, N. D., Loor, G. M., & Gómez, J. I. (2024). Rol de la enfermería en la salud comunitaria. *Recimundo*, 445-453. Recuperado el 15 de julio de 2025, de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2205>

- Nobile, B., Gourguechon, E., Olié, E., & Courtet, P. (2025). Factores de riesgo de transición de la ideación suicida al intento de suicidio: un estudio longitudinal de un año entre pacientes hospitalizados y ambulatorios. *Journal of Affective Disorders*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119854>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de Septiembre de 2020). *Programa SUPRE (Suicide Prevention/Prevención del Suicidio)*. Recuperado el 20 de febrero de 2025, de <https://bienestaryproteccioninfantil.es/organizacion-mundial-de-la-salud-oms-programa-supre-suicide-prevention-prevencion-del-suicidio/#:~:text=En%20los%20%C3%BAltimos%20a%C3%B1os%20se,Prevention%2FPprevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio>
- Paredes, P. L., Bravo, L. A., Posso, G. P., & Quelal, A. D. (2022). Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes. *CAMBios*, 1-7. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/848/598>
- Pérez, C., & Moreno, S. (2020). *Intervención de enfermería en la prevención del suicidio en adolescentes: revisión sistemática 2015- 2020*. Recuperado el 8 de junio de 2025, de Universidad de Santander: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/693e8d77-3e41-4b33-ba31-007dda34276a/content>
- Pérez, L., Marugán, J. M., Bachiller, M. R., & Casado, V. (2023). Impacto en la salud del programa de intervención comunitaria «Educación para la salud en la adolescencia». *Gaceta Sanitaria*, 1-8. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911123000195>
- Pombosa-Villamarín, V., Sinchi-Guevara, J., Padilla-Buñay, S., & Damián-Sinchiguano, G. (2025). Intento autolítico: factores protectores e intervenciones de enfermería. *Anatomía Digital*, 24-39. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/3275>
- Salvo, L., Florenzano, R., & Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913-919. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000600913
- Sánchez, P. (2025). Intervenciones enfermeras en la prevención del suicidio. *Revista Médica Ocronos*. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de <https://revistamedica.com/intervenciones-enfermeras-prevencion-suicidio-asistencia-clinica/>

- Schoen, A., Garverich, S., Ibrahim, I., Shah, S., Irving, B., & Dacso, C. (2024). Automatically extracting social determinants of health for suicide: a narrative literature review. *Npj Mental Health Research*, 1-11. Recuperado el 12 de julio de 2025, de <https://www.nature.com/articles/s44184-024-00087-6>
- Schooling, M., & Jones, H. (2018). Clarifying questions about “risk factors”: predictors versus explanation. *Emerging Themes in Epidemiology*, 1-6. Recuperado el 11 de junio de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30116285/>
- Song, J., & Kim, M. (2025). Factores que influyen en las ideas suicidas entre los adolescentes tardíos en la era de la pandemia de COVID-19: un estudio transversal de la encuesta de salud comunitaria de Corea. *Salud Pública del BMC*, 1-9. Recuperado el 11 de julio de 2025, de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-025-22205-5>
- Soto, A., Villarroel, P., Véliz, A., Moreno, G., & Estay, J. G. (2021). Intervenciones para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Revisión sistemática. *Revista Eugenio Espejo*, 145-156. Recuperado el 15 de junio de 2025, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572868251014>
- Suárez, Y. P. (2023). Estrategias para la prevención del suicidio. *Medicina UPB*, 76-84. Recuperado el 8 de junio de 2025, de <https://www.redalyc.org/journal/1590/159074510015/html/>
- Sufrate, T., Santolalla, I., Rivera, F., & Ramírez, C. (2020). Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis. *Revista Presencia*, 1-7. Recuperado el 10 de mayo de 2025, de <https://ciberindex.com/index.php/p/article/view/e12659>
- Tamargo, T. O., Jiménez, R. E., & Quesada, S. (2024). Universo y muestra: debate acerca de una peculiar relación. *Acta Médica*, 1-10. Recuperado el 12 de octubre de 2025, de <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/512>
- Valarmathi, S., Hemapriya, A., Jasmine, S., & Sundar. (2024). Pruebas de Chi-cuadrado: una guía rápida para investigadores en salud. *Revista Internacional de Investigación Avanzada*, 1214-1222. Recuperado el 26 de noviembre de 2025, de https://www.researchgate.net/publication/385904754_CHI-SQUARE_TESTS_A_QUICK_GUIDE_FOR_HEALTH_RESEARCHERS/link/673b2244c1b80e561645ea31/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
- Vizcaíno, P. I., Cedeño, R. J., & Maldonado, I. A. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9723 - 9762. Recuperado el 7 de julio de 2025, de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>
- Wang, X., & Li, H. (2025). Psychological distress and suicidal ideation in patients with depressive disorders: the chain mediation of psychological resilience and neuroticism. *National Library of*

Medicine, 1-9. Recuperado el 25 de julio de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40276211/>

Yöyen, E., & Kele, M. (2024). Psychological Risk Factors in the Transition from Suicidal Ideation to Suicidal Behavior in Young Adults. *Healthcare (Basel)*, 2-15. Recuperado el 25 de julio de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39337191/>

Zoellner, F., Erhart, M., Napp, A., Reiss, F., Devine, J., Kaman, A., & Ravens, U. (2024). Risk and protective factors for mental health problems in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: results of the longitudinal COPSYS study. *Psiquiatría infantil y adolescente europea*, 1849-1859. Recuperado el 20 de julio de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39470791/>

ANEXOS



Universidad Metropolitana

Carrera de Enfermería

Este cuestionario está dirigido al personal de enfermería que labora en los centros de salud de la ciudad de Quito. Con el objetivo Evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias de enfermería en la prevención del suicidio en el barrio Obrero Independiente, Quito.

La información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. Por tal motivo, se agradece su valiosa colaboración al responder con sinceridad y responsabilidad cada una de las preguntas.

Estimado/a personal de enfermería marque con una "X" la opción que más se adecuada.

CUESTIONARIO EVALUACIÓN INTERVENCIÓN ENFERMERIA

PREVENCIÓN RIESGO Y CONDUCTA SUICIDA. (CEIEPRCS). 2018.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS Y LABORALES

IDENTIFICACIÓN: -----

SEXO: V/M EDAD: ----- ANTIGÜEDAD EN SALUD MENTAL:

CENTRO Y UNIDAD DE TRABAJO: -----

B. INDICADORES DE INTERVENCIÓN ENFERMERA

B.1. RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA CLÍNICA

B.1.1. Como enfermera, te tomas seriamente cualquier afirmación realizada por un paciente que indique, sea directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose, y/o toda información disponible que indique riesgo de suicidio:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.2. Como enfermera, trabajas para establecer una relación terapéutica con los pacientes en riesgo de comportamiento e ideación suicida:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.3. Como enfermera, trabajas con el paciente para minimizar los sentimientos de pena, culpabilidad y estigma asociados con el suicidio, la enfermedad mental y las adicciones, dando apoyo emocional (5270):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.4. Como enfermera, proporcionas cuidados en concordancia con los principios de seguridad y competencia cultural:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.5. Como enfermera, valoras y gestionas aquellos factores que pueden impactar en la seguridad física tanto de los pacientes como de los miembros del equipo interdisciplinar:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.6. Como enfermera, reconoces los factores de riesgo de comportamiento suicida:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.7. Como enfermera, realizas y registras la valoración de la ideación suicida y el plan de cuidados a seguir:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.8. Como enfermera, reconoces los factores protectores asociados con la prevención del suicidio:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.9. Como enfermera, obtienes información colateral de las fuentes disponibles: familia, amigos, soportes comunitarios, historial médico y profesionales de la salud mental.

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.10. Como enfermera, movilizas recursos (familia, profesionales, 112, FFCCSS,...) basándote en el tipo de riesgo de suicidio obtenido de tu valoración, aumentando los sistemas de apoyo (5440):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.11. Como enfermera, eres agente activo de la observación y seguimiento del paciente:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.12. Como enfermera, eres agente activo en la comprensión del paciente y valoración de sus necesidades:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.13. Como enfermera, utilizas con el paciente en riesgo suicida, un abordaje basado en la resolución de problemas, ayudando a aumentar el afrontamiento (5230) y apoyando en la toma de decisiones (5250):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.14. Como enfermera, fomentas la esperanza (5310) en el paciente suicida:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.15. Como enfermera, estás al día de los tratamientos más actuales para proporcionar intervenciones de asesoramiento, derivaciones, monitorización y educación para la salud, cuando sea adecuado, en relación al paciente con riesgo suicida.

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.16. Como enfermera, identificas a las personas (pacientes, familiares, supervivientes,..) que pueden beneficiarse de los recursos, apoyos.

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.17. Como enfermera, participas en el proceso de intervención psicológica breve “debriefing” con otros profesionales del equipo de salud:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.18. Como enfermera, participas en grupos de trabajo, foros de profesionales, sesiones clínicas, reuniones de equipo, con objeto de mejorar la práctica clínica y mejorar el impacto emocional:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.19. Como enfermera, desarrollas intervención de apoyo emocional (5270) en pacientes con riesgo suicida:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.20. Como enfermera, desarrollas intervención de disminución de la ansiedad (5820) en pacientes con riesgo suicida:

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.21. Como enfermera, desarrollas intervención de manejo de la enfermedad psiquiátrica de base (alteración del

humor, alucinaciones, delirios, pánico, trastorno personalidad,) con objeto de prevenir la conducta suicida (6340):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.22. Como enfermera, desarrollas ayudas al paciente a expresar sentimiento, con objeto de prevenir la conducta suicida (6340):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.23. Como enfermera, desarrollas intervenciones en caso de crisis (6160), manejo de la conducta de autolesión (4354):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.24. Como enfermera, desarrollas intervenciones de entrenamiento para controlar los impulsos, en el paciente con riesgo suicida (4370):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.1.25. Como enfermera, desarrollas intervenciones de manejo ambiental – seguridad (6486):

Siempre_ Con frecuencia_ A veces_ Casi nunca_ Nunca _

B.2. RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN

B.2.1. Recibiste formación específica para intervención en prevención del riesgo y conducta suicida en tu formación

universitaria como enfermera:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.2.2. Has recibido formación de postgrado y/o continuada, para intervención en prevención del riesgo y conducta suicida:

SI _ NO _

Observaciones (donde, cuando, tipo) _____

B.2.3. Tienes formación de especialista en salud mental:

SI _ NO _

B.3. RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES

B.3.1. El centro sanitario proporciona un entorno seguro que minimiza el acceso a los medios de autolesión:

Muy adecuado_ Adecuado_ Suficiente _ Inadecuado_ Muy inadecuado_

B.3.2. El centro sanitario cuenta con dotaciones de personal de enfermería adecuadas para la atención de pacientes con riesgo suicida:

Muy adecuado_ Adecuado_ Suficiente _ Inadecuado_ Muy inadecuado_

B.3.3. Existe en la organización un sistema de comunicación de incidentes y efectos adversos donde es posible comunicar y revisar aquellos relacionados con conductas suicidas, con el objeto de identificar oportunidades de aprendizaje:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.4. Existen en la organización estructuras en relación a la intervención psicológica breve y de apoyo a los empleados:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.5. Existen en la organización estructuras que faciliten la formación continuada de las enfermeras/os en contenidos

relativos a la mejora del conocimiento de la conducta suicida:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.6. Existen en la organización formularios específicos para el registro de valoraciones sobre el riesgo de suicidio:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.7. La organización apoya oportunidades de desarrollo profesional de las enfermeras de salud mental:

Muy adecuado _ Adecuado _ Suficiente _ Inadecuado _ Muy inadecuado _

Observaciones (indica acciones de mejora) _____

B.3.8. La organización apoya las investigaciones relacionadas con el suicidio y otras relacionadas con la salud mental:

Muy adecuado _ Adecuado _ Suficiente _ Inadecuado _ Muy inadecuado _

B.3.9. Existen en la organización un plan específico para la prevención de la conducta suicida:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.10. Existen en la organización guías de práctica clínica de manejo y prevención de la conducta suicida:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.11. Existe en la organización comisión comunitaria para la prevención de la conducta suicida:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.12. Hay presencia enfermera en la comisión comunitaria para la prevención de la conducta suicida:

SI _ NO _

Observaciones _____

B.3.13. Existen en la organización plazas de enfermera especialista en salud mental:

SI _ NO _

Observaciones _____