



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MAYABEQUE

PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

MSc. Leidis Sandra Perera Milian

La Habana, Cuba

2024



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MAYABEQUE

PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autor: MSc. Profesor Auxiliar. Lic. Leidis Sandra Perera Milian

Tutor: Dr. C. Profesor Titular. Lic. Hilda Elena Sariago Caraballo

Tutor: Dr. C. Profesor Titular. Lic. Raúl Hernández Pérez

La Habana, Cuba

2024

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. C. Hilda Elena Sariago Caraballo y al Dr. C. Raúl Hernández Pérez, por sus aportes, quienes con su tutoría se consagraron incondicionalmente y me enseñaron a pensar para que esta obra se haya hecho realidad.

Al Dr. C. Idalberto Aguilar Hernández, por su guía conductora en mi formación como profesional en el ámbito investigativo en esta área del conocimiento.

A los profesores del comité doctoral del área del conocimiento de Enfermería, por tratarme siempre con respeto y ayudar con sus recomendaciones a mejorar la obra.

A todos los que han estado de una forma u otra, gracias de corazón.

DEDICATORIA

A mis padres, por siempre estar a mi lado.

A mis hijos, por ser la razón de mi vida.

A Idalberto: esposo, amigo, guía en mi vida profesional.

SÍNTESIS

Los estudios exploratorios a la prevención del intento suicida permitieron identificar el problema científico ¿cómo contribuir a la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en el municipio Nueva Paz? Solución que desde el proceso investigativo se realizó a través de la red de indagaciones teóricas, empíricas y métodos estadísticos. Se parametrizó la variable accionar de enfermería en la prevención del intento suicida a partir de las dimensiones: cognitivas, laboral y actitudes, así como indicadores para su evaluación, lo que permitió caracterizar el estado actual de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en el municipio Nueva Paz. Se propone una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida. La intervención y su aplicación práctica tienen como sustento el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. La validación de la propuesta fue posible a partir de los instrumentos aplicados después de diseñada y al implementar la intervención de enfermería se produjo cambios en la práctica clínica que posibilitó constatar su viabilidad.

ÍNDICE

CONTENIDOS	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA	11
1.1- El intento suicida: un problema mundial de salud	11
1.2- Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender como sustento teórico para la prevención del intento suicida	18
1.3- Prevención del intento suicida en el marco del accionar de enfermería	27
CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA EN EL MUNICIPIO NUEVA PAZ	40
2.1- Diseño metodológico de la investigación	41
2.2 - Parametrización de la variable: accionar de enfermería en la prevención del intento suicida	48
2.3- Resultados de la caracterización del intento suicida en el municipio Nueva Paz	52
2.4- Resultados de los instrumentos aplicados al personal de enfermería	62
2.5- Triangulación metodológica de los resultados	68
CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA	70
3.1- Modelación de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida	71
3.2- Fundamentación y características de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida	75
3.3-Diseño de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida en Nueva Paz	78
3.4-Valoración de los resultados de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida	86
3.5- Resultados de la encuesta de satisfacción de usuario	92
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada día, al menos 1.000 personas se suicidan y 10.000 lo intentan y esta cifra se incrementó hasta llegar a 1,5 millones en el año 2020. Esta forma extrema de autoagresión se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países y entre las cinco primeras en las naciones desarrolladas de Europa y América del Norte.¹

Los fallecimientos por suicidio provocan casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año con costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, mientras el intento suicida representa un problema de salud pública internacional. Las estadísticas son elevadas y sin embargo apenas se aproximan a la realidad, pues solo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos.²

Los suicidios afectan a todas las regiones del mundo. De hecho, más de los 77 % ocurridos en el 2020 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Aun al tratarse de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia intersectorial e integral.³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) revela que en el 2019 hubo 97.339 suicidios en la Región de las Américas, lo cual representa una tasa de mortalidad por suicidio de 9,0 por cada 100.000 habitantes (14,2 por cada 100.000 habitantes en hombres y 4,1 por cada 100.000 habitantes en mujeres). La subregión con la mayor tasa de mortalidad por suicidio en 2019 fue América del Norte, con 14,1 por cada 100.000 habitantes (21,7 por cada 100.000 habitantes en hombres y 6,6 por cada 100.000 habitantes en mujeres), seguida del Caribe no latino con 9,5 por cada 100.000 habitantes.⁴

La subregión con la menor tasa de mortalidad por suicidio fue la zona Andina, con 3,9 por cada 100.000 habitantes (6,1 por cada 100.000 en hombres y 1,9 por cada 100.000 en mujeres).⁵ Según las estadísticas del 2020 en Colombia, el total de suicidios fue de 2.714, un poco menos que los dos años anteriores 2.927 en 2019 y 2.869 en el 2018.⁵

Una encuesta de salud que se realiza en México revela que, durante 2020, mil 150 niñas, niños o adolescentes en México decidieron suicidarse, es decir, un promedio de tres casos por día, casi el triple que los registrados por COVID-19, que ascendió a 392 casos durante el mismo periodo .⁶

En Cuba, el suicidio se ha convertido en un daño importante a la salud y es la decimotercera causa de muerte en el cuadro de mortalidad general, según las primeras 35 causas. Las lesiones autoinflingidas de forma intencional, ocupan el quinto lugar como causa de años de vida potencialmente perdidos en la población general con 2,8 años por cada 1.000 habitantes, predomina en los hombres con tasas de 4,5 con respecto a las mujeres con tasas de 1,1.⁷

Ambientes familiares donde se limita la autonomía, suelen promover altos niveles de dependencia. Esto se asocia al desarrollo de vulnerabilidad frente a acontecimientos medioambientales y desconfianza en las habilidades de afrontamiento de problemas. Esta inseguridad es propiciada por el rechazo parental y la hostilidad encubierta en la familia, promueve sintomatología depresiva y riesgo de conducta suicida.⁸

El Programa Nacional para la Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Cuba (PNPACS), cuenta con fortalezas que favorecen la actuación del personal de enfermería para la prevención del intento suicida al tener objetivos específicos bien definidos, propone en el primer nivel de atención fortalecer la integración del servicio de salud y la intersectorialidad y dispone de las principales acciones a desarrollar en los diferentes niveles de atención para dar cumplimiento a los objetivos específicos

declarados, sin embargo, la autora identifica como debilidades que las funciones del personal de enfermería de los equipos básicos de salud (EBS), está declarada muy general y carece de las acciones autónomas y de colaboración en el proceso de intervención de Enfermería en este daño a la salud, que incluye las de postvención.⁹

Según el Anuario Estadístico de Salud cubano, en el año 2023 las lesiones autoinflingidas intencionales ocasionaron tuvo una tasa de mortalidad bruta de 16.3 por cada 100.000 habitantes. En Mayabeque este daño a la salud se comportó con 191 defunciones para una tasa bruta de 10,1 por cada 100.000 habitantes.¹⁰

La autora forma parte de un equipo de investigación que dirige el Dr.C. Aguilar Hernández dedicado al estudio de la conducta suicida como uno de los principales problemas de salud en Nueva Paz desde el año 1990. Se han desarrollado desde el año 2000 un grupo de investigaciones que evidencian: una tendencia creciente de la tasa de intento suicida, predominio de un grupo de factores de riesgo que predominan en los pacientes con este daño a la salud en Nueva Paz y se determinaron brechas que inciden en la persistencia de esta problemática.^{11,12}

Se desarrolló por esta autora una investigación de desarrollo tecnológico donde se diseñaron acciones comunitarias para la prevención del intento suicida en Nueva Paz y la evaluación de la ejecución del Programa que demostró que las acciones desplegadas no estaban contextualizadas adecuadamente al personal de Enfermería: las enfermeras poseían insuficientes conocimientos relacionadas con la evaluación del intento suicida para abordar el Programa, inadecuada identificación de factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios del intento suicida por las enfermeras de los EBS y las visitas de terreno realizadas no cumplieron el tiempo establecido y carecían de las orientaciones dirigidas a los factores de riesgo y conducta a seguir.^{13,14}

Desde el análisis realizado por la autora para el desarrollo de las intervenciones de Enfermería ante la prevención del intento suicida se identificaron las siguientes fortalezas: se establece un clima y vínculo de confianza, reflejan que una buena relación puede ser crucial para mejorar la conexión del paciente con la vida y lograr el cumplimiento del tratamiento, permite realizar una evaluación del riesgo de suicidio como paso fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes, posibilita reevaluar a los pacientes de forma constante para ver si se producen fluctuaciones e ir adaptando el plan y los cuidados al nivel de riesgo.

Por otra parte el programa de la especialidad de Enfermería Comunitaria Integral aborda las intervenciones de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables y estrategias integradas de intervención en la salud, así como la conducta ante los diferentes trastornos de la salud mental en adolescentes y en adultos, sin embargo existen carencias en intervenciones relacionadas con el reconocimiento de los factores de riesgo y protectores y en el apoyo emocional para el afrontamiento en el primer nivel de atención.^{15,16}

La experiencia profesional y docente de esta investigadora permite declarar que la carrera de Licenciatura en Enfermería cuenta en su plan de estudios en el segundo semestre de cuarto año con la asignatura Cuidados de Enfermería en la Salud Mental, que solo aborda la conducta suicida como una urgencia. Además, Se encuentran aprobadas a nivel nacional dos figuras académicas en el posgrado (Diplomado de Salud Mental y Maestría de Salud Mental Comunitaria) que han detenido su formación en los últimos años.

La valoración realizada de estos problemas por la autora permitió definir que, aun con algunos resultados satisfactorios, se consideraron limitados ante la creciente magnitud y persistencia del conflicto. Se requiere de acciones de capacitación a las enfermeras de los EBS que participan en la ejecución del Programa.

La experiencia acumulada por la autora durante más de 10 años como Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria, unido a las investigaciones exploratorias realizadas previamente, permiten identificar las siguientes situaciones problemáticas:

- el intento suicida en Nueva Paz constituye uno de los principales problemas de salud a partir del incremento sostenido de los casos.
- insuficiente identificación por el personal de enfermería de los EBS de los factores de riesgo para la prevención del intento suicida, así como escasos conocimientos para el abordaje integral de este daño a la salud.

Estas situaciones problemáticas le permitieron a la autora identificar el siguiente problema científico: ¿cómo contribuir a la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería?

El objeto de estudio se circunscribe al proceso de prevención del intento suicida y como campo de acción el accionar de enfermería en la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

El compromiso de la autora con la investigación se declara en el siguiente objetivo general

- ✓ Diseñar una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

Objetivos Específicos

1. Determinar los referentes teóricos que sustentan la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería.
2. Caracterizar el estado actual de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en el municipio Nueva Paz.
3. Elaborar una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

4. Valorar los resultados de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

El tipo de estudio se clasifica como una investigación de desarrollo con enfoque cuantitativo y cualitativo porque recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo enfoque y mezcla desde el planteamiento del problema la lógica inductiva y deductiva.¹⁷

Se realizó un pre-experimento para valorar los cambios que se producen en el nivel de conocimientos de las enfermeras para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

La investigación se sustenta en la dialéctica materialista, y en su desarrollo se tuvo en cuenta diferentes procedimientos lógicos del pensamiento como el análisis y la síntesis, procesos de deducción inducción, partió de lo concreto a lo abstracto y de lo general a lo particular; requirió de manera articulada de métodos del nivel teórico, empírico y estadísticos.

Entre los métodos del nivel teórico empleados se encuentran

El histórico-lógico: permitió determinar los antecedentes históricos de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, lo que contribuye al análisis del problema en todo su desarrollo y magnitud.

El análisis documental: proporcionó la información sobre el estado actual de prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, a partir de considerar el criterio de diversos autores; además, permitió profundizar en documentos normativos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) cubano.

La sistematización: facilitó organizar los referentes a partir del comportamiento del fenómeno objeto de estudio y las diferentes categorías, desde la literatura consultada, para establecer relaciones entre las diferentes fuentes de información.

Además, posibilitó la organización de los conocimientos en capítulos y epígrafes, al

establecer las interrelaciones necesarias, de forma que se expresara la concepción dialéctica y cambiante del objeto como resultado de la actividad transformadora y su relación con el medio.

La modelación: se empleó en el diseño de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida. Además, favoreció el establecimiento de las características y relaciones que se establecen en cada una de las etapas que se desarrollan en la intervención.

Sistémico estructural funcional: posibilitó la orientación general para el estudio del proceso de prevención del intento suicida en el accionar de enfermería como una realidad integral formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción.

De los métodos del nivel empírico se aplicaron

Observación científica: se desarrolló a partir de la percepción directa, atenta, racional, planificada, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación, en sus condiciones naturales y habituales, para encontrar una explicación a éstos. Se realizó a las enfermeras de los EBS de Nueva Paz.

Encuesta: se aplicó a las enfermeras que laboran en los EBS de Nueva Paz para conocer el estado actual de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería.

Grupo focal: posibilitó como reunión exploratoria con las enfermeras de los EBS identificar elementos que afectan el proceso de prevención del intento suicida en el accionar de enfermería.

La entrevista semiestructurada: individual a las personas que cometieron intento suicida y grupal a los directivos de enfermería del municipio Nueva Paz, que permitió identificar las principales dificultades del personal de enfermería.

El criterio de expertos: para constatar la validez teórica de los instrumentos que sustenta la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

La encuesta de satisfacción: aplicada a las enfermeras de los EBS de Nueva Paz que participaron en las acciones de la intervención.

Métodos estadísticos matemáticos: para el procesamiento de la información obtenida con el paquete estadístico para Windows, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 22; de la estadística descriptiva medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Se utilizó además el cálculo porcentual.

Se utilizó el coeficiente de V de Aiken en el procesamiento del criterio de expertos y la técnica de Iadov para conocer el Índice de Satisfacción Grupal (ISG) de las enfermeras con la intervención propuesta, además del coeficiente Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad de los instrumentos aplicados.¹⁸

Novedad científica: se revela en la elaboración de una intervención de enfermería, que se manifiesta a partir de la relación enfermera-persona, cuyo elemento articulador es la prevención del intento suicida y la integración de los componentes de la intervención, con un rol protagónico en el accionar de enfermería.

Contribución teórica: radica en las relaciones que se establecen entre la prevención primordial y la prevención primaria del intento suicida a partir de la interacción de los metaparadigma: persona-entorno-salud-enfermería, manifiestos en las acciones diseñadas en la intervención propuesta y sustentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, lo que deriva en la definición operativa del término accionar de enfermería en la prevención del intento suicida y enriquece la Ciencia de la Enfermería al aportar otra herramienta para brindar cuidados con un sentido holístico.

Aporte práctico: está dado por la elaboración de una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz, que posibilita enriquecer la práctica, transformarla, mediante el enfoque sistémico y brinda un curso de superación que permitirá alcanzar niveles de actualización y contextualización de la práctica a las nuevas concepciones de la ciencia, a partir de la relación enfermera-persona, cuyo elemento articulador es la prevención del intento suicida.

Actualidad de la tesis: responde a lo proyectado por la OMS que propuso priorizar el cuidado de las enfermedades mentales que constituyen la tercera parte de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).¹⁹ Esta investigación contribuye al accionar en este sentido, en un territorio donde el intento suicida constituye un problema de salud. Los resultados se corresponden con los objetivos de trabajo establecidos en la primera conferencia nacional del Partido Comunista de Cuba, en lo referente a los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución,²⁰ en lo que concierne a la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación y Medio ambiente en su capítulo V, el lineamiento 76 expresa: “continuar fomentando el desarrollo de investigaciones sociales y humanísticas y la innovación sobre los asuntos prioritarios de la vida de la sociedad, así como perfeccionar la utilización y la evaluación de sus impactos en la toma de decisiones a los diferentes niveles de dirección por los organismos e instituciones” y la Política Social en su capítulo VI donde en el lineamiento 97 se enuncia: “dar continuidad a las acciones que garanticen la sostenibilidad de las medidas sectoriales, intersectoriales, interdisciplinarias y comunitarias que contribuyan a incrementar la cultura sanitaria de la población y el mejoramiento de las condiciones higiénico-epidemiológicas que determinan las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y afectan el medio ambiente”.

La tesis está estructurada en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía y anexos. En el capítulo I se

sistematizan los referentes teóricos que sustentan la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería. En el capítulo II, se presentan los resultados de la caracterización del estado actual de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en el municipio Nueva Paz y en el capítulo III se presenta la modelación de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz, su diseño, la valoración y análisis de los resultados de la intervención a través del criterio de expertos y la satisfacción de los usuarios.

Los resultados de la investigación han sido socializados mediante la presentación de varias ponencias en eventos científicos de enfermería, nacionales e internacionales, así como con la publicación de seis artículos en revistas científicas, que constituyen auto citas del proceso que se investiga.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA
PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE
ENFERMERÍA**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA

En este capítulo se integran aspectos teóricos relacionados con la conducta suicida y en particular el intento suicida. Se brindan los elementos conceptuales sobre la situación actual de este daño a la salud, se ofrecen supuestos con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y se fundamenta el metaparadigma de enfermería para el accionar en la prevención del intento suicida.

Con el objetivo de aportar estos elementos se decide dar salida al capítulo en tres epígrafes fundamentales que se describen a continuación.

1.1- El intento suicida: un problema mundial de salud

El suicidio como un problema humano existe desde el origen mismo del hombre, sucede en todas las épocas y afecta a ambos sexos de todas las clases sociales. En realidad, constituye un importante problema de salud, un verdadero drama existencial, reconocido desde antes de nuestra era y recogido en textos antiguos.²¹

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. Así, en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente a este acto.

En el siglo IV después de nuestra era, Constantino I llamado: el grande, oficializó el cristianismo, y con ello se asumió una actitud de rechazo. San Agustín consideraba el suicidio como un crimen y Santo Tomás como un pecado, el mayor de todos, pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida. Este rechazo duró siglos por la propia influencia de la religión y aun es su punto de vista.²²

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva-positiva frente al suicidio. Fue el abate Desfontairus en este siglo el primero que empleó el vocablo suicidio (sui-sí, mismo y cidius-matar) y dio las definiciones siguientes relacionadas con el término:²²

Acto suicida: todo hecho por el que una persona se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Parasuicidio: acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

Conductas autodestructivas indirectas o inconscientes: tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidas como actos suicidas.

Autolesión intencionada: término propuesto para conceptualizar el intento suicida como una conducta de afrontamiento.

Ideación suicida: comprenden desde la idea fugaz de la dificultad para vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsión o planificada.

A finales del siglo XIX, comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, con los trabajos de Durkheim y Freud. El primero realiza un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre la persona.²³

De esta manera, Durkheim clasifica al suicidio de acuerdo a la relación de la persona con la sociedad como:

Suicidio altruista: es el literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres. A la persona no le queda otra opción honorable. Seguir viviendo sería una ignominia. Es el caso del Harakiri entre los antiguos samuráis.

Suicidio egoísta: en este caso la persona tiene pocos lazos con la comunidad, viven solas, no tienen familia ni grupo social o institución con quien relacionarse. No hay prácticamente exigencias sociales para la persona.

Suicidio anónimo: se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y la persona, muchas veces ocasionada por la pérdida de seres queridos, de propiedades o de prestigio.

Freud desarrolla la teoría psicológica del suicidio, sugiere que en el suicida existe hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado. Además, lo considera, no solo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino como una incapacidad poco común de amar a otros.²³

En la actualidad el suicidio es un fenómeno social que afecta a todas las culturas. En el informe publicado por la OMS en el 2022 se refleja que 970 millones de personas viven con desorden mental, representados por 47,6 % de hombres y 52,4 % de mujeres. En el mismo informe se declara que una de cada 100 muertes es por suicidio.²

Es la décima causa más importante de muerte a nivel mundial y la cuarta causa entre jóvenes de 15 a 29 años. Cada año 100.000 adolescentes se suicidan en el mundo, y por cada suicidio se registran entre 10 y 20 intentos, los resultados más elevados se encuentran en Guyana, Trinidad y Tobago, Canadá y en América Latina: América del Norte (12,2 %), Caribe Inglés (10,3 %) y el Cono Sur (6,8 %). El 10 de septiembre se ha establecido como el día mundial para la prevención del suicidio, con lo cual se busca fomentar compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios, e implementar actividades de prevención y educación entre la población.²⁴

Hasta el año 2000 se reporta que los países de Europa y América del Norte alcanzaron entre la quinta y décima causa de defunción y aparecen como la segunda y tercera causa entre personas de 15 a 64 años de edad. Las tasas más altas se exhiben en Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Alemania y Dinamarca, según la OPS.²⁵

El centro de prevención del suicidio de Los Ángeles, California, reporta una tasa de 16 por cada 100 000 habitantes de los cuales el 43 % era de 12 a 20 años. En el año 2000 la OMS hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes.²⁵

En América, el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, por lo que se ha convertido en una preocupación de la salud pública. Constituye en este continente, la tercera o la cuarta causa de muerte entre las edades de 15 a 44 años y representa el 6,5 % de las defunciones de este grupo de edades.²⁵

Cuba no queda exenta a esta problemática, el suicidio ocupa la décima causa de muerte en el cuadro de mortalidad general y la tercera en el grupo de 10-19 años. En el período del 2015-2018 se reportaron 47 314 intentos suicidas, 11 828 intentos por año como promedio general, lo que representó una tasa bruta promedio anual de 105,3 por cada 100 000 habitantes. Los menores de 19 años, presentaron en 2015 una tasa ajustada de 179,1 por 100 000 habitantes, lo cual se incrementó en el año 2018 a 181,1 por 100 000 habitantes, para un incremento de su porcentaje relativo de 1,16.²⁶

El estudio realizado en La Coloma por Ovalle Borrego et al.²⁷ acota que el intento suicida se mantiene como un problema de salud en la adolescencia. Obtuvo que el

25,7 % de las personas con edades comprendidas entre 15 y 24 años habían cometido un intento suicida.

Un estudio realizado por Lozano et al.²⁸ aporta que el intento suicida disminuye con la edad: 4,3 %, en el grupo de 12 a 17 años; 3,8 %, en el grupo de 18 a 29 años; y 2,6 %, en los de 30 a 65 años. Según sexo y grupos de edad, los intentos de suicidio en las mujeres, representaron el 6,7 %, entre los 12 y los 17 años; 5,1 %, de los 18 a los 29; y 1,5 %, entre los 30 y los 65 años. En el mismo orden, en los hombres fueron de 2,1 %, 2,3 % y 2,1 %. Este trabajo reporta que los intentos de suicidios recientes (en los últimos 12 meses) representan sólo la cuarta parte de los intentos de “alguna vez en la vida”, 1,1 % en la población de 12 a 17 años; 0,9 % en la de 18 a 29 años y 0,6 % en la población de 30 a 65 años de edad.

Diagnosticar una depresión no es sencillo, en ocasiones las personas adultas han normalizado el estrés, las fobias, la ansiedad, el distanciamiento social y eso da la pauta para decir «no pasa nada», ya que no existen pruebas de laboratorio o radiografías que lo demuestren. No obstante, existe, por lo que es necesario que sea diagnosticada por una persona profesional de la salud mental y tratarla a tiempo a fin de evitar que se desencadenen enfermedades mentales severas, pensamientos suicidas o la consumación de dichos pensamientos.²⁹

En muchas ocasiones la conducta suicida en la edad infanto-juvenil suele evadirse, pues cuestiona el sistema familiar y social en que se viven; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción.

Diversos estudios²⁷⁻²⁹ han reportado múltiples factores de riesgo psicosocial que aumentan las probabilidades de una conducta suicida en la infancia y la adolescencia; entre ellos, tener antecedentes personales o familiares de intento de

suicidio, presentar cuadros clínicos asociados con trastornos del ánimo, en especial la depresión mayor, escasas estrategias de afrontamiento, baja autoeficacia emocional y social, desesperanza, disfuncionalidad familiar, experiencias de intimidación escolar (bullying), déficit en el control de los impulsos, uso y abuso de sustancia psicoactivas, alta vulnerabilidad y estrés psicosocial, abuso físico, psicológico y sexual en etapas tempranas del desarrollo, entre otros.

Gómez³⁰ considera que, es importante profundizar en el estudio de las relaciones entre riesgo e ideación suicida con la depresión y la impulsividad en adolescentes escolares, lo cual podría orientar el establecimiento de estrategias focalizadas y contextualizadas en la prevención del suicidio que respondan a necesidades, no solo a nivel psicológico, sino también a nivel social y cultural.

Castillo Ledo et al.³¹, define el parasuicidio, o intento suicida, como cualquier acción mediante la cual la persona se causa una lesión, independiente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida, aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio. El suicidio es un tema controvertido que, pese a su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Es aún un enigma el por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos.

Refiere además que, durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa toda persona, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio.³¹

El comportamiento suicida es un desafío para la salud pública y las políticas de salud mental en lo que concierne a la atención, prevención y mitigación del suicidio en todo el mundo. Sin embargo, su abordaje debe trascender la comprensión del fenómeno como un mero problema de salud.³²

Múltiples han sido los estudios realizados sobre el tema, con el objetivo de determinar las posibles razones que expliquen la conducta suicida. Horwitz et al.³³ en su investigación se refiere a algunos resultados obtenidos por estudiosos de la temática:

- Bromish comparó dos grupos de personas con reacción depresiva breve o prolongada en relación a si habían tenido o no intentos suicidas y concluyó que el alcoholismo, los intentos suicidas en la familia de primer grado y el divorcio entre los padres, predisponen a la reacción depresiva con la conducta suicida.
- Clark, en un estudio realizado a 928 personas con conducta suicida durante tres años encontró que los antecedentes de intento suicida de baja letalidad están asociados con intentos suicidas futuros no letales.
- Allebeck, comparó 32 esquizofrénicos suicidas con un grupo control de 64 esquizofrénicos no suicidas y observó que los antecedentes de intento suicida, estaban relacionados con experiencias suicidas anteriores; calificó así el suicidio en el esquizofrénico como impulsivo y difícil de predecir.
- Winokur, estudió 401 personas con depresión psiquiátrica y depresión por enfermedad somática y encontró mayor ideación suicida e intentos suicidas en las depresiones por causa psiquiátrica.
- Katls y cols, examinaron 406 adolescentes con intentos suicidas, en 226 era su primer intento y en 180 eran intentos repetidos. Al finalizar el seguimiento

de 10 años, el 1 % de los que habían tenido un intento suicida se había suicidado y el 4 % había tenido intentos repetidos.³³

A pesar de estos trabajos sobre el suicidio, aún no se conoce con certeza razones que conducen al mismo; el cual responde a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Para atenuar las consecuencias de este daño a la salud se hace necesario fortalecer la prevención del intento suicida en el primer nivel de atención, por lo que la autora considera pertinente asumir acciones de enfermería desde la promoción de la salud.

1.2- Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender como sustento teórico para la prevención del intento suicida

La promoción de la salud es un proceso educativo de enseñanza-aprendizaje, que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y elevar el nivel de esta. Para ello se deben transformar los hábitos y costumbres de la población en estilos de vida saludables. Este proceso no es exclusivo del sector salud; aunque este asuma la responsabilidad y funcione como líder a la hora de brindar información y educación a favor de los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y la comunidad con respecto a su bienestar.³⁴

De esta misma manera influye de forma positiva en los conocimientos de la población y es capaz de modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos, con base en el trabajo comunitario, elemento indispensable para la transformación y modernización autosostenida de la sociedad.³⁵

En 1945, Henry E. Sigerist definió las cuatro grandes tareas de la medicina: promoción de salud, prevención de enfermedades, restablecimiento del enfermo y rehabilitación. Fue entonces cuando planteó que era necesaria la acción

multifactorial para promover la salud. En 1986 la OMS celebró en Canadá la primera conferencia mundial de promoción de salud, en la que se elaboró un documento trascendental: *La Carta de Ottawa*. El concepto de promoción de salud que se expresa en este documento mantiene total vigencia y se ajusta al concepto positivo de salud. Se definió la promoción de salud como: “acción de ofrecer a los pueblos las vías y los medios suficientes para atenuar o eliminar los problemas de salud y autocontrolar el proceso salud-enfermedad”.³⁶

La promoción de la salud se define por la OMS como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". En este contexto, las actividades de promoción de la salud deben estar encaminadas, a mejorar el estado general de una comunidad y promover el empleo de los servicios médicos. Dicha definición adquiere especial interés en la práctica cotidiana, a través de la concreción de enfoques participativos entre los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones, con la finalidad de crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar de forma global y no solo de un individuo.³⁷

Es en este punto donde los modelos y teorías en enfermería sirven de base para el adecuado abordaje del tema. La autora considera pertinente asumir la teoría de Nola J. Pender, quien desarrolló el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) a partir de que sus principales supuestos explican la relación de los factores que influyen en las conductas de salud, y tiene como objetivo ayudar a las personas a alcanzar niveles más altos de salud y bienestar a partir del papel de la experiencia y la integración de enfoques de la enfermería y las ciencias del comportamiento.³⁸

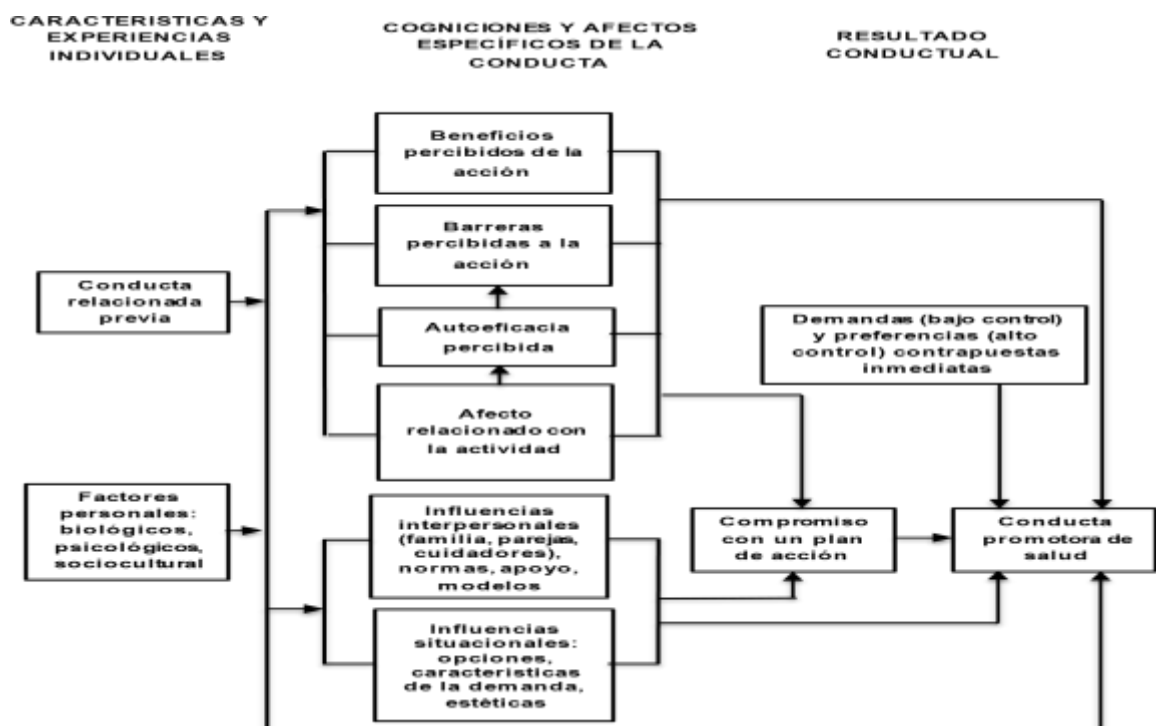
Nola Pender define el cuidado como una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender explora cómo las características y experiencias individuales, así como el conocimiento conductual y las emociones, llevan a las personas a participar o no en comportamientos saludables.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.³⁹

A continuación, presentamos el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. (Figura 1)

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender



Fuente: Raile Alligood M. (2015). Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona, España: Elsevier.

La conducta relacionada previa hace referencia a la conducta similar en el pasado. Las experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. ⁹⁶

Los factores personales biológicos se entienden como variables sociodemográficas: edad, sexo, pubertad, entre otros. Los psicológicos incluyen la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido, la propia definición de salud. Los factores socioculturales comprenden el origen de la persona como la raza, la educación, el estado socioeconómico, entre otros. ^{39,40}

El segundo componente cogniciones y aspectos específicos de la conducta, están considerados como de mayor importancia motivacional. En los que se encuentran las variables: beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas a la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales y situacionales. Estas variables son modificables mediante los cuidados de enfermería.³⁹

Los beneficios percibidos de la acción son los resultados positivos que se esperan obtener tras realizar una determinada conducta. Las barreras percibidas a la acción son las ideas negativas o las desventajas de ejecutar un cambio en la conducta, éstas pueden ser imaginarias o reales.

La autoeficacia percibida es la idea sobre la capacidad personal de llevar a cabo una determinada conducta, ésta influye en las barreras percibidas, de modo que, a mayor nivel de autoeficacia, menos barreras percibidas a la acción.⁴¹

El afecto relacionado con la actividad son aquellos sentimientos positivos o negativos que se perciben antes, durante o después de una conducta, por lo que tiene relación con la autoeficacia percibida. Las influencias interpersonales es lo que observa la persona, es decir, las acciones que realizan las personas de su

contexto, las normas, la cultura o el apoyo emocional, las principales fuentes son la familia, los amigos y los profesionales en salud.^{39, 40,42}

Las influencias situacionales por su parte se refieren a la percepción ante una situación o contexto que facilita o complica ejecutar una determinada conducta. Esta se relaciona con las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.³⁹

El tercer componente, resultado conductual, lo integran las variables compromiso con un plan de acción; demandas y preferencias contrapuestas, y conducta promotora de salud. El compromiso con un plan de acción es la intención y la identificación de una estrategia planificada para la implementación de una conducta de salud.³⁹

Las demandas y preferencias contrapuestas compiten de forma inmediata. Las demandas contrapuestas son las conductas alternativas mediante las cuales las personas tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia.³⁹

Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales las personas poseen un control relativamente alto. La conducta de promoción de la salud es el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como: controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.³⁹

Para la prevención del intento suicida la autora asume este Modelo al tener en cuenta su novedad y pertinencia, tomando como referentes sus postulados en la

necesidad de dotar al personal de enfermería de herramientas educativas que hagan posible transformar los factores de riesgo para la prevención del intento suicida en el orden individual y familiar desde la autorresponsabilidad de las personas y la responsabilidad de los enfermeros desde sus funciones en la profesión.

El MPS se basa en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. Otra teoría que también ha influido en el desarrollo del modelo es la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein, que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales.

Por ello, la autora considera que el MPS de Nola Pender es una meta teoría, ya que para la realización de este modelo se inspiró tanto en la teoría de Albert Bandura como en la de Martin Fishbein.

Opina la autora que, este modelo es fundamental para que las personas logren regular de forma activa su propia conducta; el personal de enfermería de los EBS, a través de técnicas participativas en la comunidad y apoyadas en las dimensiones que sustentan el modelo de Pender, incentivan a la persona a modificar su conducta previa, adquirir hábitos saludables y transformar el entorno, con el fin de prevenir el intento suicida desde su accionar sobre los factores de riesgo.

A partir de los beneficios percibidos de la acción (beneficios personales), se producen resultados positivos desde la conducta de promoción de la salud mental.

Mediante las barreras percibidas a la acción, se anticipan bloqueos, que pueden ser reales o no, lo que obliga a adquirir un compromiso con la acción del personal de enfermería en la adopción de una conducta promotora de salud ante la modificación de los riesgos que conducen a la aparición del intento suicida.

Desde el concepto de autoeficacia propuesto por Nola J. Pender, se debe lograr que las personas modifiquen las conductas de riesgo en la prevención del intento suicida y promocionar aquellas que son beneficiosas, lo que hace que se perciban menos barreras para una conducta de salud específica.

El afecto relacionado con la actividad son los sentimientos subjetivos que se dan antes, durante y después de la conducta promotora de salud e influyen en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es la eficacia de uno mismo y aumenta por ende la probabilidad de compromiso y acción del personal de enfermería ante la identificación adecuada de factores de riesgo que conducen a la prevención del intento suicida. Las influencias interpersonales y situacionales son normas, apoyo social y modelación; la familia, pareja y cuidadores de salud son las principales influencias interpersonales, mientras el entorno externo donde se desarrollan ciertas conductas promotoras de salud puede aumentar o disminuir el compromiso de la persona con un plan de acción que permita utilizar adecuados estilos de afrontamientos en la prevención del intento suicida y su postvención.

El profesional de enfermería que labora en el nivel primario de atención tiene el reto de construir su saber a partir de nuevas formas de interpretación de lo que significa el cuidado, para poder transformar su práctica.⁴³

A partir del planteamiento anterior se sugiere que el cuidado que se brinda a la persona, de manera específica a los adolescentes y su familia se base en los conocimientos aportados por la disciplina enfermería y otras ciencias afines. El objetivo es incrementar en ellos los conocimientos acerca de la prevención del intento suicida.

Desde estos preceptos, la autora asume que el personal de enfermería debe comprometerse con un plan específico de acción, cuanto mayor sea el compromiso, más probable será alcanzar las conductas promotoras de salud; una estrategia bien planificada lleva a la implantación de una conducta de salud, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

En la prevención del intento suicida la educación a las personas, las familias y la comunidad por el personal de enfermería es imprescindible. Mediante las acciones de promoción de la salud que tengan en cuenta las fuentes y los procesos, lo cual les permiten adoptar decisiones favorecedoras de salud. Lo cual resulta de vital importancia para enfrentar los riesgos individuales, colectivos y poblacionales.

El MPS es una propuesta de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, al intentar alcanzar un estado de salud. De modo distinto ocurre en los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria. Este modelo propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en Enfermería.

El mismo identifica en la persona factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud mental.⁴²

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. El modelo tiene

una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud.

El MPS de Nola J. Pender es de gran utilidad en el contexto cubano, especialmente en primer nivel de atención. Mediante el programa del médico y enfermera de la familia se realizan intervenciones de enfermería relacionadas con la promoción de la salud. Esta contribuye mediante la educación a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas saludables con participación activa de la comunidad.

La aplicación de este modelo constituye una poderosa herramienta para los profesionales de la enfermería ya que permite sustentar la práctica en conocimientos propios de la disciplina, además de promover en las personas actitudes, motivaciones y conductas saludables para que tomen decisiones sobre el cuidado de su propia salud.

1.3 Prevención del intento suicida en el marco del accionar de enfermería

La palabra prevención proviene del latín *praeventio*. En 1995, el diccionario de la lengua española señala: “prevención es la acción y efecto de prevenir. La prevención, por lo tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete”.⁴⁴

La Organización de Naciones Unidas manifiesta en 1986: “prevención es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”.⁴⁵

La autora acepta como prevención la adopción anticipada de medidas preventivas y formativas encaminadas a impedir que se produzcan incongruencias negativas.

La salud pública en Cuba tiene entre sus funciones fundamentales la prevención y por ello uno de los pilares del programa de atención del médico y enfermera de la familia es precisamente la prevención, con acciones a nivel de la persona, la familia, la comunidad y el ambiente.

Sanabria Ramos et al⁴⁶ refiere que prevención es la acción de prepararse y disponerse anticipadamente para evitar un riesgo. La prevención en salud considera un conjunto de acciones, actuaciones y consejos médicos encaminados a evitar las enfermedades y sus complicaciones.

Un enfoque preventivo tiene como base la conservación, el cuidado y la restauración de la salud para no perderla o para mejorarla al máximo, lo que representa, a la par, una incuestionable reducción en cuanto a costos para la salud, ya que resulta más caro el tratamiento, control y su rehabilitación que su prevención.⁴⁶

Se ha formulado como enunciado que “si la gente se está cayendo por un precipicio, es más humano y más barato colocar una defensa o cerca en la altura, que construir un hospital dotado en personal y material en el fondo”.

Los factores de riesgo son de gran interés para la salud pública, ya que al identificarlos se posibilita su manejo para impedir o interrumpir el desarrollo de una afección y sus consecuencias. La prevención también abarca otros campos, al imbricarse de forma significativa en programas de salud.⁴⁶

El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo en diferentes grupos sociales es importante para la planificación de políticas de prevención. El propio factor de riesgo puede usarse como indicador para evaluar la eficacia de

intervenciones preventivas. Los programas de prevención pueden estar dirigidos a modificar estos factores.

En Cuba, las acciones de prevención juegan un rol prioritario en los programas nacionales de salud, ejemplo de los cuales es el PNPACS.⁴⁷

Las acciones que integran la prevención se realizan mediante tres formas que se complementan

- Individual: implica la interacción entre proveedores de salud y beneficiarios
- Colectiva: requiere del apoyo de grupos de personas que hagan suyas ciertas normas de comportamientos sociales.
- Administrativas: acciones específicas de salud que pueden lograrse mediante decisiones de carácter administrativo para la introducción de hábitos saludables.

Estas acciones tienen lugar en cuatro niveles: primordial, primario, secundario y terciario. La autora asume para esta investigación los niveles de prevención primordial y primario.⁴⁷

Prevención primordial: este nivel de acción es reconocido y desarrollado. Se basa en los nuevos conceptos de riesgos primordiales. El objetivo de la prevención primordial es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de la vida social económica, cultural y del ambiente físico que contribuyan a elevar el riesgo de enfermedad.

La prevención primordial eficaz requiere, en primer lugar, de un fuerte componente educativo y formador de personas con hábitos de vida y conductas sanas, que deben desarrollarse desde las primeras etapas de la vida. En muchos casos se requieren políticas coordinadas de diferentes sectores para estimular y desarrollar estilos de vida sanos.

Prevención primaria: se denomina a todos aquellos actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad o daño a la salud en una población, o sea, reducir la aparición de nuevos casos.

La prevención primaria incluye dos estrategias básicas: estrategia de población y estrategia de riesgo elevado. La estrategia de población destinada a modificar el estilo de vida y las características ambientales, así como sus determinantes sociales y económicas, en tanto, la estrategia de riesgo elevado va dirigida a facilitar atención preventiva a todas las personas que estén de manera especial expuestas a situación de alto riesgo.⁴⁷

En ambos casos el intento suicida es un daño a la salud de alto riesgo en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad donde estas estrategias resultan adecuadas tanto para las personas como para el personal de enfermería, ya que provoca una adecuada motivación y una relación favorable riesgo-beneficio.⁴⁸

Las limitaciones vienen dadas por dificultad en la identificación de las personas de alto riesgo, porque tiene un efecto temporal y limitado, y es inadecuada para comportamientos.⁴⁹

En este sentido para valorar la contribución en este tema se analizan los criterios de la OPS y OMS.⁵⁰ A propósito se toman en consideración los aspectos en común, al atenderse como relevantes para los objetivos de la investigación. Entre las medidas preventivas relacionadas con la comunidad se destacan: las destinadas solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, atenuar sus consecuencias una vez establecida y la reducción de factores de riesgo.

Para el adecuado abordaje del tema, se toma como referente la resolución ministerial No. 396 del 2007⁵¹ la cual enmarca la investigación en el primer nivel de

atención, por lo que se considera necesario declarar y asumir la definición de la declaración de Alma Atá.⁵²

“(..) La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todas las personas y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la sociedad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación”.

El criterio de Puerto Hernández et al⁵³, presentado en su tesis doctoral con la cual se coincide es muy valioso al señalar: “la atención primaria de salud constituye la puerta de entrada del individuo, la familia y la comunidad al sistema de salud pública, para ello se hace necesario que el profesional de enfermería conozca todos aquellos aspectos y elementos relacionados con este nivel de atención, que les permita incursionar de manera activa y eficaz al interactuar con los miembros de la comunidad.”

Sin embargo, la interacción del personal de enfermería es de suma importancia para la toma de decisiones conjuntas en un marco de acciones para la prevención del intento suicida.

Al contextualizar la prevención al marco comunitario por los profesionales de enfermería, la doctora Sariego Caraballo et cols.⁵⁴ sobre la base de la crítica científica define de forma operativa la actuación profesional preventiva de enfermería como un “proceso activo que realiza el profesional de enfermería en el ejercicio de la profesión, caracterizado por un patrón de enfoques mentales establecidos por la acumulación de experiencias previas, que determinados por los saberes: ser, saber, hacer, saber hacer y saber transformar, y sustentado en el proceso de atención de enfermería, como método de actuación, permite un conjunto de acciones dirigidas a

impedir la aparición de riesgos para la salud en el paciente, familia y comunidad, en su defecto la reducción de sus efectos”.

Para la prevención del intento suicida tiene una trascendental importancia la identificación de los riesgos, lo que permite reconocer a las personas que pueden ser afectadas por este daño a la salud, sin embargo, los esfuerzos realizados para la vigilancia de los riesgos todavía no logran un resultado estable en la disminución de la incidencia y prevención de este daño a la salud, pues en ocasiones no se tienen presentes los factores favorecedores de su desarrollo.

La sistematización realizada por la autora sobre el término prevención del intento suicida acota los siguientes referentes teóricos:

- ✓ intervenciones psicoterapéuticas por medio de técnicas o estrategias sustentadas en enfoques psicológicos dirigidos a personas que han sufrido problemas relacionados con la suicidalidad.⁵⁵
- ✓ intervenciones sustentadas en programas de prevención del suicidio en base a estrategias, técnicas y actividades participativas, realizado en el contexto escolar, familiar y comunitario, enfocadas en prevenir la conducta suicida ⁵⁶
- ✓ acciones que se desarrollan para el abordaje de vulnerabilidades, disminución de los factores de riesgo, incremento de competencias y favorecedoras de factores de protección de la conducta suicida.⁵⁷
- ✓ acciones integrales, coordinadas, multidimensionales e interdisciplinarias para minimizar o eliminar factores de riesgo individuales y familiares del intento suicida.⁵⁸

Por consiguiente, es importante estimar que las acciones de enfermería para la prevención del intento suicida constituyen un proceso organizado, educativo y formativo en virtud del cual las personas, familias y comunidades asumen la

responsabilidad de propiciar acciones de prevención para incentivar el bienestar propio y de la colectividad a partir del conocimiento interno de los problemas y debilidades del contexto comunitario. La autora asume que para prevenir el intento suicida es necesario que el personal de enfermería despliegue un conjunto de acciones destinadas a la persona y la familia.

En este sentido, el personal de enfermería se proyecta como eje central y orientador en el EBS para el desarrollo de los programas preventivos del intento suicida, lo cual aporta una nueva visión de lo ya expuesto, por el dominio de este personal en relación con los múltiples cambios que ocurren en su labor profesional.

Con relación a lo expresado, Ramírez Rodríguez et al.⁵⁹, asevera que se requiere en el personal de enfermería un “saber hacer”, donde no basta la actualización clínica, son necesarias también determinadas destrezas para hacer efectivas las acciones educativas con participación comunitaria que contribuyan a la prevención de enfermedades y otros daños a la salud.

En este contexto el responsable de planear y organizar las acciones de prevención es el sector de la salud con apoyo de otros sectores y de la comunidad, donde el personal de enfermería podría ser líder por excelencia de esta actividad.

Para lograr la atención a los factores de riesgo en la prevención del intento suicida, es imprescindible un conocimiento actualizado que garantice la gestión del personal de enfermería en los EBS, para la detección precoz de los factores determinantes, precipitantes o predisponentes, y recomendar medidas de prevención y postvención.

La Enfermería es una disciplina científica que posee alto rigor de la formación académica universitaria, en tanto se erige como vanguardia en el pensamiento analítico basado en la ciencia, para desarrollar su labor profesional específica de forma autónoma, siendo la población, el eje central de su accionar fundamental y

dentro de esto, el fomento del autocuidado, al motivar que las personas no dependan de otras en la medida de lo posible (cuidado dependiente), para lo cual se traza como propósito fundamental el alcance de un determinado nivel de salud.⁶⁰

El accionar de enfermería para la prevención del intento suicida tiene un papel relevante en el EBS que se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la promoción de la salud, en especial al centrar su objetivo de atención en el abordaje de los problemas de autocuidado en el contexto de su actividad profesional: el centro de salud, el domicilio de las personas y la comunidad. Todo ello, será posible en tanto se activen, las conductas generadoras de salud en la población empoderada, así como las actividades de prevención ejecutadas por sus integrantes, con la guía acertada del personal de enfermería.⁶¹

La autora sistematiza el término accionar de enfermería en la obra de diferentes autores ⁶²⁻⁶⁵ e identifica las siguientes regularidades:

- ✓ actividades desarrolladas por Enfermería para y con el ser de la persona con base en el conocimiento
- ✓ actividades que desarrolla el personal de Enfermería en el cumplimiento de los cuatro deberes fundamentales
- ✓ cuidados autónomos y en colaboración, que incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas

Las funciones de la promoción de la salud para la prevención del intento suicida por parte del personal de enfermería, se basan en la defensa de la propia salud, que promueve el accionar en el ámbito sanitario. De igual forma, la capacitación de este personal, se hace imprescindible para brindar un empleo más independiente y con calidad, del ámbito y los servicios sanitarios, todo mediado por las necesarias

coordinaciones y colaboración en cada etapa del proceso, entre los promotores y los factores implicados, ya sea en el nivel de atención primario, secundario o terciario, con el fin de alcanzar un balance adecuado.⁶⁶

El personal de enfermería en su desempeño proporciona ejemplo con su liderazgo, provee un intercambio de funciones como consecuencia de la interacción enfermera-persona, lo que le facilita percibir de cerca las percepciones y actitudes de la persona y su familia, para poder reaccionar. Los enfermeros deben brindar cuidados de promoción de la salud en todo momento, de tal manera que descubra en cada una de las familias las potencialidades y fortalezas para que ayuden a mantener la adaptación en ellas.⁶⁶

Hay evidencia de que la promoción de la salud, en sus distintos niveles, puede ayudar de forma considerable a mejorar la salud de la población a criterio de investigadores como Palmar⁶⁷ y Vargas et al.⁶⁸

Considera la autora que el accionar de enfermería para la prevención del intento suicida, es muy importante, al tener en cuenta el cumplimiento de sus funciones. Esto se debe a que hay que modificar ciertos patrones de conducta, para así adoptar estilos de vida saludables, que serán promotores para una buena salud.

Se hace necesario el desarrollo de acciones educativas dirigidas a fomentar la salud, por lo que promover el análisis reflexivo en correspondencia con los principales problemas de salud que afectan a la persona, la familia y la comunidad pueden contribuir al mejoramiento de las intervenciones sanitarias, dirigidas a la prevención del intento suicida y su consumación desde el accionar de enfermería.

El metaparadigma de enfermería sirve de base como el conjunto de conceptos esenciales que identifican los fenómenos de interés para la profesión, y posibilitan la existencia de la enfermería como disciplina, como práctica y como fenómeno.⁶⁹

Los conceptos y fenómenos del metaparadigma de enfermería son: persona, entorno, salud y enfermería. Tales conceptos se refieren a fenómenos o realidades relevantes para la disciplina y aluden también a fenómenos concretos que interactúan entre sí, se encuentran vinculados y se integran en la práctica de la enfermería.⁷⁰

Los conceptos abstractos de los metaparadigma aluden también a fenómenos concretos que interactúan entre sí, se encuentran en vinculación mutua y se integran en una unidad onto-epistemológica que se funda en los intereses, conocimientos y prácticas de la Enfermería. En tanto núcleo ontológicoepistemológico constituye la estructura más abstracta y general de la ciencia de la Enfermería y dota a la profesión de un significado concreto y exclusivo, a través de la apertura de un horizonte de comprensión de fenómenos y objetos de estudio que son la base de la Enfermería.⁷¹

La aplicación de estos en el primer nivel de atención en el municipio Nueva Paz para la prevención del intento suicida, radica en la posibilidad de trabajo del personal de enfermería con las características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se logran en la comunidad al asumir el metaparadigma de enfermería.⁷²

- Persona: es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo perceptual y sus factores variables.
- Entorno: representan las interacciones entre los factores cognitivo preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

- Salud: estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- Enfermería: el bienestar como especialidad de la Enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio. La responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de las personas y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Esta teoría comprende los siguientes supuestos: las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias, los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta, las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad, las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo, los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida y la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

A juicio de la autora el debate contemporáneo en la esfera del cuidado ha respaldado un conocimiento profundo del metaparadigma y ha demostrado que son múltiples las formas de conocer y, por consiguiente, diversos los criterios a considerar.

En este orden de ideas se considera pertinente reflexionar a partir de las consideraciones de algunas teorías acerca de los términos enfermería y persona, con el objetivo de poder entender como el personal de enfermería es capaz de accionar para prevenir que las personas intenten contra su vida.⁷³

La enfermería es una ciencia humana práctica, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada. Cuenta con un sistema de teorías que se aplican a la práctica mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), al proporcionar el mecanismo, a través del cual, el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.⁷⁴

El cuerpo de conocimientos de enfermería, parte de varios paradigmas y teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios, que le dan a la profesión la categoría de independiente.⁷³

Las teorías y modelos están cada vez más presentes en los programas formativos y asistenciales de enfermería, por lo que estas constituyen un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico, que proporcionan las bases para comprender la realidad en enfermería, y capacitan al enfermero para comprender por qué un hecho ocurre.

Con el aprovechamiento del conocimiento teórico, el profesional de enfermería aborda los elementos del cuidado para describir y explicar lo que sucede, además de predecir y controlar situaciones o fenómenos que discurren en la práctica, de ahí que las teorías de enfermería engloban en su esencia el cuidado desde una perspectiva holística, lo que pone a la especialidad en función del cuidado para ayudar a la persona enferma o sana a realizar las actividades que contribuyen a su salud, recuperación o una muerte tranquila.⁷⁵

Florence Nightingale en su libro: notas de enfermería, definió la enfermería como: "...una profesión ética que consistía en ser responsable de la salud de otra persona y hace referencia a la palabra persona como: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera". Su obra incluye la relación enfermera-persona al proponer la cooperación y colaboración entre las partes.⁷⁶

La sistematización realizada sobre la prevención, la prevención del intento suicida, el accionar de Enfermería y el análisis del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, permitió a la autora definir de manera operativa el accionar de enfermería en la prevención del intento suicida como: el conjunto de acciones coordinadas, organizadas, relacionadas con los conocimientos y juicio clínico de enfermería en su desempeño, que favorece que las personas y las familias asuman la promoción de la salud para minimizar la probabilidad de los factores de riesgo que conducen al intento suicida.

Conclusiones del capítulo I

En este capítulo se determinaron los referentes teóricos que sustentan la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería. Lo cual posibilitó emitir los juicios necesarios para la definición de conceptos esenciales en la investigación. Se indagó sobre el intento suicida como problema mundial de salud.

Se asumió el Modelo de promoción de salud de Nola J. Pender como sustento teórico de la investigación y se valoraron sus supuestos teóricos. Se reflexionó en torno al accionar de enfermería a partir de las consideraciones emitidas por varios autores, lo que permitió encontrar divergencias que se convierten en antecedentes para la definición operativa del término accionar de enfermería en la prevención del intento suicida.

**CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA
PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE
ENFERMERÍA EN EL MUNICIPIO NUEVA PAZ**

CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA EN EL MUNICIPIO NUEVA PAZ

En el siguiente capítulo se realiza el diseño metodológico de la investigación, se caracteriza el estado actual del accionar de enfermería en la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz a través de la parametrización de esta variable y se analizan los resultados que se obtienen de los instrumentos aplicados; además a partir de la triangulación metodológica de los resultados, se identifican problemas y potencialidades.

2.1- Diseño metodológico de la investigación

Se realizó una investigación de desarrollo con enfoque cuantitativo y cualitativo desde el primero de enero de 2018 hasta el 31 de marzo de 2024 en el municipio Nueva Paz, provincia Mayabeque.

El universo estuvo constituido por 251 personas, de las cuales 220 cometieron intento suicida, 26 enfermeras de los equipos básicos de salud y cinco directivos de enfermería del municipio.

Para caracterizar el intento suicida en el municipio Nueva Paz se tuvo en cuenta: edad, sexo, estado civil, escolaridad, método utilizado para el intento suicida, factores de riesgo individuales y familiares y la violencia intrafamiliar. Se utilizó la entrevista individual semiestructurada a las 220 personas que cometieron intento suicida (Anexo 1) y se emplearon el análisis documental para las historias clínicas individuales (n= 220) y familiares(n=163) (Anexo 2) y las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (n=220) (EDO) (Anexo 3).

Asimismo, para describir el estado actual de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería se aplicaron cuatro instrumentos empíricos. Se realizó una observación científica, directa, estructurada y participante apoyada en una guía de observación (Anexo 4) construida y aplicada por la autora a las 26 enfermeras que laboran en los EBS del primer nivel de atención del municipio Nueva Paz.

La guía se clasificó en correspondencia con la escala: 0 = no se observa (NS), 1 = se observa poco (SP), 2 = se observa en casi todo momento (SC) y 3 = se observa en todo momento (SM).

La observación se apoyó en una percepción directa, atenta, racional, planificada, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación, en sus condiciones naturales y habituales, con vista a encontrar una explicación del fenómeno en diferentes situaciones. Además, se aplicó una encuesta al personal de enfermería también construida por la autora a partir de un cuestionario relacionado con la prevención del intento suicida y constituido por siete preguntas con opciones de respuestas abiertas y cerradas. (Anexo 5)

El instrumento validado se realizó en horarios y lugares previamente acordados con la asesora del departamento de enfermería municipal y de las instituciones involucradas, para garantizar la asistencia y la duración promedio fue de una hora. El resultado obtenido se codificó a través de la tabla de decisiones para calificar exámenes de siete preguntas y el valor final se ajustó a la escala: [NA: no adecuado (2 puntos), PA: poco adecuado (3 puntos), A: adecuado (4 puntos) y MA: muy adecuado (5 puntos)]. Todos los ítems cumplen la consigna de tener la forma más breve posible para evitar un exceso de tiempo o confusión al encuestado. Así mismo, reúnen las siguientes características: es claro, preciso y comprensible; se refiere a un solo aspecto; utiliza un lenguaje simple, directo y familiar; evita la

formulación en negativo y mantiene más cantidad de opciones positivas que negativas. Se tuvo en cuenta reformular aquellas cuestiones que pudiesen ser incómodas, amenazantes o que enjuiciaran al encuestado y se siguió el procedimiento de “embudo” al pasar de los ítems más generales a los más específicos.

Se realizó la técnica del grupo focal (Anexo 6), para obtener información del grupo de enfermeras sobre la prevención del intento suicida, lo que genera un mayor número de ideas y equilibra la influencia de las personas, lo que limita el poder de los líderes de opinión.

Esto propicia un guión gráfico sobre el desarrollo sostenible del personal de enfermería a través del trabajo en equipo. El análisis se realizó de forma estructurada, lo que permitió obtener una serie de conclusiones relacionadas con el objeto de la investigación. La autora al realizar la técnica, lo organizó de forma estructurada en tres grupos de trabajo.

Se realizó una entrevista grupal semiestructurada (con guión prefijado) (Anexo 7), a los cinco directivos de enfermería del municipio Nueva Paz (asesora de enfermería, jefas de enfermeras de los dos policlínicos participantes y supervisoras) lo que permitió identificar los principales aspectos positivos y las brechas en el quehacer cotidiano del personal de enfermería.

Se analizaron una serie de temas que se incorporaron a partir de las respuestas dadas por los entrevistados a las preguntas iniciales, relacionado con la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería. Se codificaron las preguntas de la entrevista a partir del análisis de datos textuales; este análisis es una técnica que describe, sintetiza y analiza información cualitativa contenida en las respuestas a dichas preguntas.

Se establecieron cinco categorías de respuestas que se agruparon en patrones, frases, significados y respuestas similares y se asignó un código numérico a cada categoría. La autora realizó el análisis de datos textuales a partir de la codificación abierta de las categorías designadas para unificar criterios y arribar a resultados.

Todos los instrumentos fueron confeccionados por la autora y su validación se realizó en dos momentos. Primero, se realizó una prueba piloto en un grupo de 15 enfermeras de otras instituciones de salud con iguales características de la muestra estudio; se asumieron los criterios de Díaz Muñoz⁷⁷ para aplicar la prueba piloto: probar la fiabilidad, eficacia y comprensión, comprobar si se entienden correctamente los diferentes ítems planteados en términos formales, comprobar si se pueden resolver en un tiempo razonable, analizar si los ítems formulados responden a los objetivos para los que están diseñados y determinar la aceptabilidad de la intervención propuesta.

En un segundo momento se realizó la validación de contenido mediante juicio de jueces expertos a través del coeficiente *V de Aiken*⁷⁸ que combina la facilidad de cálculo y la evaluación de los resultados. Este coeficiente constituye una técnica para cuantificar la validez de contenido o relevancia del ítem respecto a un contenido evaluado en N jueces expertos. Asume valores de 0 a 1, el valor 1 es la máxima magnitud posible, que indica un perfecto acuerdo entre los jueces expertos. Puede ser utilizado sobre las valoraciones de un conjunto de jueces con respecto a un ítem. Dichas valoraciones pueden ser dicotómica (valores de 0, 1 o valoraciones Si, No) o politómica (valores de 0 a 5). En este estudio se tienen valoraciones dicotómicas, se consideró 1 cuando el experto seleccionó las alternativas muy adecuado (MA) o adecuado (A), y 0 cuando seleccionó las alternativas poco adecuado (PA) o no adecuado (NA), según la ecuación para el cálculo de este coeficiente. (Anexo 8)

La validación de contenido a nivel global y por factores, quedó establecida a través de la valoración de jueces expertos por el coeficiente *V de Aiken*, en el que se muestra que se alcanzó una valoración de adecuado en todos los instrumentos aplicados, al tener valores superiores o iguales a 0.85 en todos los ítems.

Se seleccionaron 14 expertos potenciales por un muestreo no probabilístico de conveniencia, dedicados a la prevención del intento suicida. No se pretendió conocer la opinión promedio de todos los potenciales expertos, sino la opinión respaldada por juicios de autoridad y competencia.

Para la selección de los mismos, se consideró como requisito indispensable su coeficiente de competencia, calculado como se describe en el algoritmo presentado en el Anexo 9, el cual parte de las respuestas que los 14 potenciales expertos ofrecieron a las preguntas del instrumento adoptado a tal efecto y los resultados obtenidos del coeficiente de competencia.

En correspondencia, se seleccionaron nueve expertos para que realizaran la validación de los ítems propuestos. Así mismo, se les dio la posibilidad para exponer alguna crítica, idea, recomendación, y proponer nuevos ítems si así lo consideraban. La encuesta para valorar la validez de contenido fue enviado a los expertos por correo electrónico, con las orientaciones pertinentes para hacer su evaluación.

Los expertos fueron profesores de la Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, con más de 15 años de experiencia profesional, cinco con grado científico de Doctor en Ciencias y cuatro Máster (dos en Enfermería y dos en Psiquiatría Comunitaria). Todos con categoría docente de Profesor Auxiliar o Titular y con categoría investigativa de Investigador Auxiliar o Titular.

Se utilizó el coeficiente *Alfa de Cronbach* para medir la confiabilidad de los instrumentos aplicados; la autora asumió los criterios de *George y Mallery*, citado por

Frías Navarro,⁷⁹ que sugirieron las recomendaciones siguientes para evaluar los valores del coeficiente *Alfa de Cronbach*: (coeficiente alfa > 0.9 - 0.95 excelente, coeficiente alfa > 0.8 - 0.9 bueno, coeficiente alfa > 0.7 - 0.8 aceptable, coeficiente alfa > 0.6 - 0.7 cuestionable, coeficiente alfa > 0.5 - 0.6 pobre, coeficiente alfa \leq 0.5 inaceptable).

La medida de la consistencia interna mediante el *Alfa de Cronbach* asume que los ítems (medidos en escala tipo *Likert*) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados entre sí. Al menos se necesitan dos ítems para poder estimar el valor del *Alfa de Cronbach* y mientras mayor el número de ítems mayor será la fiabilidad de la escala. El valor de alfa oscila de 0 a 1. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems, y se puede aplicar el instrumento con valores de alfa aceptable.

Los resultados arrojaron un valor promedio de 0.7866 para la guía de observación al personal de enfermería aceptable, asimismo 0.8764 para la encuesta, lo que permitió declarar este instrumento como bueno.

Samaia⁸⁰ define la triangulación como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, al estudiar un fenómeno singular.

Para Cowma⁸¹ la triangulación se define como la combinación de múltiples métodos en un estudio del mismo objeto o evento.

Por su parte, para Morse⁸² la triangulación metodológica es el uso de al menos dos métodos, usualmente cualitativo y cuantitativo para direccionar el mismo problema de investigación. Para tal efecto, el autor asume esta última definición para abordar mejor el fenómeno que se investiga.

Por lo anteriormente señalado, se realizó una triangulación (Anexo 10) dentro de métodos (within-method) que es la combinación de dos o más recolecciones de

datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir una misma variable. De tipo simultánea porque se usan los métodos cualitativos y cuantitativos al mismo tiempo bajo los principios de interpretación de resultados divergentes, lo que permitió agrupar y comparar los datos obtenidos, así como el peso de la información de diferentes fuentes de datos.

La triangulación metodológica como procedimiento vinculado con la mezcla del análisis de los resultados valorados de forma individual por cada instrumento aplicado, garantizó dentro del proceso de parametrización, las relaciones sistémicas en el diagnóstico de los problemas y las potencialidades, propias de un contexto y grupo de la muestra identificado en la investigación.

La información se procesó a través del sistema estadístico para Windows, IBM SPSS versión 22. Se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas (Fa) y porcentajes (%), y el cálculo de la media y la desviación estándar.

Los resultados de la investigación se presentaron en forma textual y en tablas para su mejor análisis y comprensión.

La autora asumió los principios éticos para la investigación en seres humanos aprobados en la Declaración de Helsinki y actualizados en la 64 edición de la Asamblea General celebrada en Fortaleza, Brasil en 2013. La participación de los sujetos de la investigación fue voluntaria, se tomó en cuenta el fundamento ético del anonimato y el consentimiento informado (Anexo 11) y una explicación de los objetivos y beneficios de la investigación. La confidencialidad de la información estuvo dada por el acceso limitado de la misma y la custodia de la base de datos y de los instrumentos de recogida de información por el autor, además los datos solo fueron publicados con fines científicos y de forma resumida.

Se explicó que la indagación obtenida solo tendría fines científicos. Se aprobó la realización del estudio a través del consentimiento dialogado con las autoridades del gobierno y de salud del municipio.

Se utilizaron espacios para la aplicación de los instrumentos con plena privacidad y los investigadores se encontraban adecuadamente preparados para su ejecución.

La investigación se insertó en el año 2008 en el Programa Ramal del Ministerio de Salud Pública de Enfermedades No Transmisibles: suicidio y otras enfermedades mentales con Expediente No. 0804001.

2.2- Parametrización de la variable: accionar de enfermería en la prevención del intento suicida

La sistematización realizada permitió identificar como variable principal del estudio: accionar de enfermería en la prevención del intento suicida. La autora reconoce que esta variable admite el fraccionamiento en dimensiones, sub-dimensiones e indicadores.

A propósito, Artiles Visbal et al.⁸³ define variable como características o propiedades del fenómeno estudiado que adquiere distintos valores, magnitudes o intensidades, variando respecto a las unidades de observación, mientras Bayarre et al.⁸⁴ la define como una característica susceptible de ser medida en las unidades de análisis que se estudian, que toma diferentes valores o grados de intensidad.

Apolaya et al.⁸⁵, en el año 2019, considera que una variable es la característica, propiedad o atributo de personas o cosas y que varían de un sujeto a otro y en un mismo sujeto en diferentes momentos. Variable es una cosa que varía y esta variación es susceptible de medirse. La autora asume la última definición, por considerarla ajustada al objeto de estudio de la investigación.

La variable es parametrizada con el fin de convertir un concepto abstracto en uno empírico, susceptible de ser medido a través de la aplicación de métodos del nivel empírico, lo que traduce la variable teórica en propiedades observables y medibles, al descender cada vez más desde lo general a lo particular.

Con respecto a las dimensiones, Valcárcel, citado por Álvarez⁸⁶ señala: “las dimensiones serán aquellos rasgos que facilitarán una primera división dentro del concepto. Es decir, son diferentes partes o atributos a analizar en un objeto, proceso o fenómeno expresado en un concepto”.

El término dimensión según Álvarez Vázquez⁸⁷, es la primera división dentro del concepto, que expresa las diversas direcciones en que puede analizarse una propiedad. Mientras los indicadores son los rasgos de cada dimensión, que son directamente observables y que permiten medir y cuantificar dicho desarrollo. Hernández Rodríguez⁸⁸, en 2019, define la dimensión como la magnitud de una unidad de medida que se expresa de forma cualitativa o cuantitativa, según la calidad o cantidad de un objeto o proceso en una dirección determinada.

La autora asume esta última definición para lograr emitir juicios de valor metodológico acerca del fenómeno u objeto investigado, e identifica como dimensiones de la investigación: cognitiva, laboral y actitudes.

- ✓ Dimensión cognitiva: lo relacionado con la apropiación de conocimientos que contribuyen a una comunicación eficaz del personal de enfermería con personas y familiares de personas que intentaron contra su vida, sustentado en un lenguaje de actuación racional y lógico y enriquecido por la valoración clínica, lo que implica el dominio del saber.
- ✓ Dimensión laboral: se refiere al desempeño de las funciones técnica y profesional, la toma de decisiones para prevenir el intento suicida desde su

experiencia en el primer nivel de atención, lo que implica el dominio del saber hacer.

- ✓ Dimensión actitudes: al comportamiento del personal de enfermería, su capacidad para adaptarse a los cambios, asumir un compromiso ético en la práctica de su profesión y manifestar valores de honestidad, solidaridad y humanismo como demanda la sociedad cubana actual, lo que implica el dominio del saber ser.

En tanto, no se puede reducir este proceso a una variable y tres dimensiones; la lógica de la investigación permitió a la autora fraccionar las dimensiones en ocho sub-dimensiones, según el criterio de Izquierdo Machín⁸⁹, quien señala la necesidad de establecer divisiones intermedias, nombradas como sub-dimensiones, lo que viabiliza concretar de una forma más cercana a la realidad y con mayor precisión, el proceso que se investiga y a la vez dividir las en 28 indicadores.

El proceso de encontrar los indicadores que permiten conocer el comportamiento de la variable que intentamos medir en sus expresiones concretas-prácticas, es lo que llamamos parametrización (Tabla 1).

Tabla 1. Parametrización de la variable accionar de enfermería en la prevención del intento suicida

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores
1. Cognitiva (saber)	1.1- Valoración clínica	1.1.1- Nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.
		1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.
		1.1.3- Nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar.
		1.1.4- Nivel de capacidad para la atención preventiva.
	1.2- Comunicación	1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.

		1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.
		1.2.3- Nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.
	1.3- Superación	1.3.1- Nivel de actividades de superación del personal de enfermería en función de la ejecución del PNPACS.
		1.3.2- Nivel de actividades de educación para la salud impartidas por el personal de enfermería en la comunidad.
		1.3.3- Nivel de desarrollo de actividades formativas sobre los factores de riesgo del intento suicida.
2. Laboral (saber hacer)	2.1- Responsabilidad	2.1.1- Nivel de responsabilidad que asume de acuerdo con las funciones asignadas.
		2.1.2- Nivel de cumplimiento de las funciones asignadas.
		2.1.3- Nivel de capacidad para mejorar las diferentes situaciones de trabajo.
	2.2- Juicio clínico	2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.
		2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.
		2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.
		2.2.4- Nivel de evaluación sistemática de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida.
		2.2.5- Nivel de efectividad de las intervenciones de enfermería.
	2.3- Toma de decisiones	2.3.1- Nivel de gestión para la toma de decisiones.
		2.3.2- Nivel de conciencia de la gravedad del intento suicida.

3. Actitudes (saber ser)		2.3.3- Nivel de frecuencia del intercambio conjunto con el equipo de salud.
		2.3.4- Nivel de correspondencia en el trabajo del personal de enfermería con las orientaciones derivadas por el equipo de salud.
	3.1- Compromiso ético	3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.
		3.1.2- Nivel de proyección ética en la práctica de enfermería.
		3.1.3- Nivel de capacidad para resolver los dilemas éticos en la práctica de enfermería.
	3.2- Dinámica social	3.2.1- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la familia.
		3.2.2- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la comunidad.
		3.2.3- Nivel de vinculación del personal de enfermería con las organizaciones e instituciones sociales.

Fuente: elaboración propia de la autora, 2024.

2.3- Resultados de la caracterización del intento suicida en el municipio Nueva Paz

El municipio Nueva Paz es un territorio eminentemente agrícola, de gran importancia política, administrativa e histórica, ha sido sede de acontecimientos importantes en la tradición de la nación.

Su extensión territorial es de 524,84 Km². Cuenta con cuatro consejos populares y está compuesto por cuatro asentamientos urbanos y 12 rurales.

Posee una densidad poblacional de 48,4 habitantes por Km² y un grado de urbanización muy cercano al provincial con un valor de 73,0 %. La población masculina supera a la femenina, patrón que se observa también en la provincia.

En Nueva Paz existen 1050 hombres por cada 1000 mujeres. Residen 1171 ancianos por cada 1000 jóvenes de la edad de 0 a 14 años, lo que supera a Mayabeque.

Este comportamiento no se refleja en la nación, ya que, en toda Cuba, existen más mujeres que hombres con un valor de 995 hombres por cada 1000 mujeres.

El territorio neopacino, tiene un valor de 23,8 % mestizos, es uno de los municipios con mayor porcentaje después de: Santa Cruz (26,6 %) y San José (24,8 %).

La mayoría de la población con 15 años y más, es casada, aunque se incrementan los solteros.

Es el segundo municipio de la provincia con menor grado de escolaridad de la población lo que alcanza un valor de 9,5 %.⁹⁰

Respecto a la organización de los servicios de salud, cuenta con dos áreas de salud, representadas por igual número de policlínicos: “Felipe Poey Aloy” y “Humberto Castello Aldana”. En el Policlínico Universitario “Felipe Poey Aloy” se encuentra acreditado desde el año 1998 el CCSM. Desde esta área de salud, el servicio de Psiquiatría Comunitaria funciona para dar cobertura asistencial a toda la población del municipio.

La tabla 2 muestra un predominio del sexo femenino y la edad entre 10 y 19 años, lo que representa el 71,37 % y 23,18 %, respectivamente.

La edad media fue de 45,3 años con desviación estándar de $\pm 4,6$ años. Nótese como la edad media fue mayor en el sexo femenino con respecto al masculino.

Tabla 2. Personas con intento suicida según grupos de edades y sexo. Nueva Paz 2018-2022

Grupos de edades (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
*Media ± DE	*43,8 ± 3,7		*44,9 ± 2,7		*45,3 ± 4,6	
10-19	16	7,2	35	15,9	51	23,18
20-29	9	4,0	23	10,5	32	14,54
30-39	7	3,2	21	9,5	28	12,72
40-49	8	3,5	24	11,0	32	14,54
50-59	8	3,5	23	10,5	31	14,09
60-69	9	4,0	20	9,2	29	13,20
≥ 70	6	2,7	11	5,0	17	7,73
Total	63	28,63	157	71,37	220	100,00

Fuente: entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

Estudios similares en otros países plantean que por cada hombre existen tres mujeres con riesgo suicida alto.²² En otros estudios realizados en Inglaterra y Francia arrojan que el 73,00 % de estos correspondían al sexo femenino, e incluso en personas con una alta frecuencia de recidivas en periodos cortos.⁹¹

En cuanto a la edad, la literatura revisada plantea que el mayor número de casos oscila en los grupos de edades comprendidos entre los 10 y 19 años y 15 y 24 años, por lo que en la adolescencia prevalece este daño a la salud.⁹² Lo cual en cierta medida se encontró también en Nueva Paz.

En la investigación de Álvarez Caballero et al.⁹³ se obtuvo como grupo de edades predominantes en el intento suicida el de 15 a 19 años, para un 60,9 %.

La autora considera que el predominio del intento suicida en adolescentes y jóvenes se encuentra estrechamente vinculado a aspectos psicológicos que caracterizan a estos grupos poblacionales, los cuales presentan con mayor frecuencia problemas e

inestabilidad de pareja, infelicidad, baja autoestima, barreras de la comunicación, rigidez familiar, así como abuso de alcohol y otras drogas. Estos elementos abordados no son de fácil transformación en la etapa de la adolescencia si tenemos en cuenta que aún no poseen los mecanismos y conocimientos adecuados para el afrontamiento a modificar estilos de vida y sobre todo en el área de la salud mental. La tabla 3 refleja la distribución según estado civil y nivel escolar de las personas con intento suicida. Se aprecia un predominio de la primaria como nivel escolar en el 48,63 % y estado civil solteros y divorciados, que representa el 26,36 % y 25,92 %, respectivamente.

Tabla 3. Personas con intento suicida según estado civil y nivel escolar. Nueva Paz 2018-2022

Estado civil	Nivel escolar						Total	
	Primaria		Nivel medio		Universitario		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Soltero	33	15,0	22	10,0	3	1,3	58	26,36
Divorciado	20	9,2	32	14,5	5	2,2	57	25,92
Casado	26	11,8	5	2,2	15	6,8	46	20,90
Unión consensual	15	6,8	23	10,5	0	0,0	38	17,27
Viudo	13	5,9	8	3,5	0	0,0	21	9,55
Total	107	48,63	90	40,90	23	10,47	220	100,00

Fuente: entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

Coincide este resultado con otro estudio, en el que se encontró la existencia de un predominio del nivel primario en personas con intento suicida.⁹⁴

Otra literatura cubana también encuentra relación entre el grado escolar del suicida con su medio socioeconómico y la disponibilidad y el tipo de empleo.⁹⁵

En opinión de la autora, estos resultados pueden estar determinados porque los sujetos con bajo nivel de escolaridad suelen ser menos reflexivos, más impulsivos, donde predominan con frecuencia factores emocionales en su conducta, lo que

puede propiciar la aparición del intento suicida; mientras que los que poseen un nivel de escolaridad universitario tienen mejor control de sus emociones e impulsos.

Estas virtudes pueden ser atribuibles a los conocimientos adquiridos para el afrontamiento adecuado ante situaciones de vulnerabilidad.

Respecto al estado civil, los resultados obtenidos coinciden con estudios realizados en Cuba²⁷ y Colombia,⁹⁶ donde se encontró que el estado civil soltero se asocia con un predominio de conducta suicida en los que no están acompañados, que puede ser debido al sentimiento de soledad que aparece cuando se vive sin pareja.

La autora comparte el criterio de otros investigadores que la soledad es un factor que propicia actitudes que conducen con mayor facilidad a la depresión y por ende al intento suicida. Los solteros se muestran más vulnerables, junto a la depresión y a la ideación suicida, lo que pudiera deberse a que no tienen con quien compartir sus penas, expresar sus temores, sus insatisfacciones y su modo de escapar de la realidad es a través del intento suicida. No sucede de igual manera con los casados y los relacionados por una unión libre, quienes tienen a alguien que les brinda apoyo para expresar lo que sienten.^{27,96}

El método utilizado para realizar el intento suicida que predominó fue la ingestión de psicofármacos con el 66,36 %. Se evidenció en el sexo femenino un predominio de los métodos suaves, mientras el ahorcamiento, quemadura, arma blanca y precipitación de altura prevaleció en los hombres. (Tabla 4)

Tabla 4. Personas con intento suicida según método utilizado y sexo. Nueva Paz 2018-2022

Método utilizado	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Ingestión de psicofármacos	19	8,64	127	57,72	146	66,36
Ahorcamiento	21	9,55	5	2,27	26	11,82
Ingestión de otros medicamentos	6	2,73	12	5,46	18	8,19
Ingestión de sustancias tóxicas	7	3,18	10	4,56	17	7,74
Quemadura	5	2,27	3	1,36	8	3,63
Arma blanca	3	1,36	0	0,00	3	1,36
Precipitación de altura	2	0,90	0	0,00	2	0,90
Total	63	28,63	157	71,37	220	100,00

Fuente: entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

Otros autores han encontrado hallazgos similares como, Juárez Aragón en México²³, así como Hernández Mirabal⁹¹ en Cuba.

La autora considera que la utilización de los métodos se encuentra relacionado con las actitudes que asumen los sujetos ante este daño a la salud. En el caso de las féminas adolescentes se inclinan por métodos suaves como la ingestión de psicofármacos, al ser considerado un método no doloroso, de fácil accesibilidad y que ayuda a conseguir los objetivos propuestos y, a veces, llamar la atención.

En la tabla 5 aparecen los factores de riesgo que estaban presentes en las personas con intento suicida. Se puso de manifiesto que la depresión mayor y los sentimientos de desesperanza y culpa fueron los factores de riesgo individuales predominantes con valores porcentuales del 57,72 % y 51,81 %, respectivamente.

Tabla 5. Personas con intento suicida según factores de riesgo individuales. Nueva Paz 2018-2022

Factores de riesgo individuales	Total N=220	
	No.	%
Depresión mayor	127	57,72
Sentimiento de desesperanza y culpa	114	51,81
Alcoholismo	69	31,36
Presagio, amenaza o proyecto suicida	59	26,81
Enfermedad crónica	57	25,90
Farmacodependencia	43	19,54
Impulsividad	35	15,90
Hostilidad	29	13,18
Personas sin apoyo social y familiar	25	11,36
Intento suicida previo	18	8,18

Fuente: entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

La bibliografía consultada registra que todo intento suicida es potencialmente un suicidio futuro³³ y sobre todo cuando las personas padecen de insomnio y desórdenes mentales, trastornos de adaptación depresivo o predominio de ansiedad seguidos de tristeza y agresividad.⁹⁷

Algunos autores relacionan esta conducta con la carga de presiones o responsabilidades individuales que generan momentos de angustia, soledad y frustración.⁹⁸ Otro lo asocia con el trastorno de personalidad límite como la baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la irritabilidad y la alta demanda emocional. Esa postura puede resultar problemática pues, de acuerdo a la psicología del desarrollo, la personalidad no estaría totalmente estructurada en los más jóvenes.⁹⁹ También se relaciona con la existencia de sentimientos de desesperanza, poca habilidad para resolver problemas y la presencia de esquizofrenia y trastorno bipolar.¹⁰⁰

Concuerda la autora de esta investigación con estos elementos. Muchos son los estudios que abogan por la relación directa que existe entre el intento suicida y los desórdenes mentales de diferentes niveles.⁹⁸⁻¹⁰⁰

Se plantea que el estado depresivo de un individuo constituye un factor importante, e impulsor para desarrollar una conducta suicida.¹⁰¹

Esta relación entre suicidio y desórdenes mentales como la depresión, ideas suicidas, distimias y otras condiciones depresivas han sido objeto de muchos investigadores y todos coinciden que los suicidas cometen esta conducta cuando existen estos antecedentes, lo que se considera una base importante en el momento de la prevención.¹⁰² Los sentimientos de desesperanza y culpa y el alcoholismo conducen fácilmente a este tipo de conducta. Los individuos que atraviesan por este estado son frágiles para tomar este tipo de decisión.

De los factores de riesgo familiares, se presentaron los antecedentes de intento suicida y familiares con problemas sociales en el 50,90 % y 24,54 % en cada caso.

(Tabla 6)

Tabla 6. Personas con intento suicida según factores de riesgo familiares. Nueva Paz 2018-2022

Factores de riesgo familiares	Total N=220	
	No.	%
Antecedentes familiares de intento suicida y/o suicidio	112	50,90
Familiares con problemas sociales	54	24,54

Fuente: entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

Se ha considerado que los factores familiares, entre ellos la discordia familiar, así como los trastornos de la personalidad, los trastornos afectivos y algunos rasgos de la personalidad, como la baja autoestima y la impulsividad, influyen en el comportamiento suicida.¹⁰³

Este hecho ha sido también encontrado en estudios realizados por Cruz Rodriguez et al.¹⁰⁴ en Pinar del Rio donde plantea la repercusión que tiene el antecedente familiar de suicidio para que sus descendientes asuman una conducta similar, lo que pudiera estar justificado por ser una condición aprendida por imitación o porque se establece una aceptación social.

La familia cumple una función educativa que garantiza el proceso de transmisión de las experiencias histórico-sociales en la vida cotidiana. González et al.¹⁰⁵ esbozan la existencia de intentos suicidas en el ámbito familiar. La autora considera que los pacientes que asumen esta conducta están dotados de un aprendizaje dado a las experiencias vividas en el seno de sus familias, son conductas imitativas.

La tabla 7 muestra que el 13,18 % de los sujetos con intento suicida refirieron los gritos como forma predominante de violencia intrafamiliar.

Tabla 7. Personas con intento suicida según violencia intrafamiliar y sexo. Nueva Paz 2018-2022

Violencia intrafamiliar	Sexo				Total N=220	
	Masculino N=63		Femenino N=157		No.	%
	No.	%	No.	%		
Gritos	3	1,3	26	11,8	29	13,18
Amenazas	6	2,7	20	9,1	26	11,81
Golpes	7	3,1	10	4,6	17	7,72

Fuente: entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

Hernández Trujillo et al.⁹² encontraron en su estudio un predominio de maltrato físico y psicológico como intimidación familiar.

Es criterio de la autora que la violencia doméstica no solo se manifiesta con golpes físicos, sino mediante formas más sutiles, pero que pueden ser tan destructivas de la

personalidad como las que lastiman físicamente, por lo cual se reconocen variedades de presentación y consecuencias disímiles.

En el proceso de revisión documental de las historias clínicas individuales se encontró que el 65,15 % de los pacientes con intento suicida no estaban dispensarizados en el grupo adecuado. Entre los elementos negativos que se encontraron estuvo que la primera consulta de evaluación de riesgo carecía de calidad en el 59,09 % y se consideró como inadecuada la estrategia de seguimiento. El 100 % de los pacientes no tenían interconsultas con psiquiatría y psicología y no aparecía la valoración integral de la CSM, las visitas de terreno realizadas no cumplieron la periodicidad establecida y carecían de las orientaciones dirigidas a los factores de riesgo y conducta a seguir.

El personal de enfermería de los EBS refirió que muchos de los pacientes declarados como intento suicida en sus diversas formas clínicas de presentación, fueron diagnosticados por la psiquiatra en su consulta y tuvieron seguimiento, pero no constaba por escrito en ningún documento legal.

En la revisión de las historias clínicas familiares se constató que solo el 31,81 % de los intentos suicidas se encontraban dispensarizados adecuadamente.

Como principales dificultades de las historias evaluadas se detectaron que la dispensarización individual carecía de evaluación periódica adecuada y no se registraba la dispensarización familiar con la consiguiente intervención.

Las principales dificultades en el llenado correcto de las tarjetas de EDO estuvieron dadas por: ausencia de segundo apellido, número de EBS, dirección particular incompleta y no especificación del método empleado. El tiempo transcurrido desde que se produjo el intento suicida y se confeccionó la tarjeta de EDO de los pacientes que fueron atendidos en los servicios de urgencia o en la consulta de psiquiatría y se

ponía en conocimiento desde el departamento de estadísticas del área de salud al EBS, promediaba 30 días, por encima de las 24 horas establecidas.

A juicio de la autora, la profesión de Enfermería que tiene como base la atención y el cuidado al hombre con un enfoque holístico, conlleva la realización del saber científico y la práctica. Lo cual están dirigidos no solo al aspecto biológico, sino también a la valoración del hombre como un ser social, al considerar su relación con el entorno. La destacada teórica Nola Pender plantea que entre los factores que modifican las actividades que fomentan la salud se encuentra las características sociodemográficas y biológicas, las influencias interpersonales, los factores de situación y los factores de comportamiento.

Desde el Modelo de Pender, su primer componente se relaciona con las características y experiencias individuales. Los factores personales biológicos y psicológicos se entienden como variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, métodos utilizados y los factores de riesgo individuales y familiares. Los factores socioculturales comprenden la educación y la violencia familiar.

2.4- Resultados de los instrumentos aplicados al personal de enfermería

La tabla 8 muestra los resultados de la guía de observación aplicada al personal de enfermería. Nótese como el nivel de conocimientos, el nivel de identificación de los factores de riesgo, el nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar y el nivel de capacidad para la atención preventiva del intento suicida en el personal de enfermería referente a la subdimensión valoración clínica no se observa o se observa poco en el 57,69 %; 61,54 %; 57,70 % y 76,92 % respectivamente.

Los tres indicadores que representan la subdimensión comunicación se catalogaron como se observa poco o se observa en casi todo momento predominando resultados por encima del 76,07 %.

Se evidencia mayores porcentajes de la categoría no se observa en las subdimensiones juicio clínico expresada en los indicadores nivel de dominio del proceso de atención de enfermería y nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida con el 76,92 %, así como el nivel de evaluación sistemática de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida con el 80,78 %. En la subdimensión toma de decisiones predominó con la categoría no se observa el indicador nivel de gestión expresado en el 76,92 %.

Es significativo señalar que el indicador nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos en el 80,78 %, relacionado con la subdimensión compromiso ético.

Relacionado con la subdimensión dinámica social, aunque sus indicadores de nivel de vinculación del personal de enfermería con la familia, la comunidad y las organizaciones e instituciones sociales predominan la categoría se observa en todo momento, existen brechas en un mínimo de enfermeras que no se observa, lo cual corresponde con las enfermeras de los EBS que tienen menos tiempo de experiencia en los consultorios médicos de familia.

Tabla 8. Resultados de la observación científica al personal de enfermería

Indicadores	NS	SP	SC	SM
1.1.1- Nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.	6 (23,08 %)	9 (34,61 %)	5 (19,23 %)	6 (23,08 %)
1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.	10 (38,46 %)	6 (23,08 %)	3 (11,53 %)	7 (26,93 %)
1.1.3- Nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar.	11 (42,31 %)	4 (15,39 %)	2 (7,69 %)	9 (34,61 %)
1.1.4- Nivel de capacidad para la atención preventiva.	15 (57,69 %)	5 (19,23 %)	3 (11,53 %)	3 (11,53 %)
1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.	0	11 (42,31 %)	9 (34,61 %)	6 (23,08 %)

1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.	0	10 (38,46 %)	9 (34,61 %)	7 (26,93 %)
1.2.3- Nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.	0	13 (50,00 %)	7 (26,93 %)	6 (23,08 %)
2.1.1- Nivel de responsabilidad que asume de acuerdo con las funciones asignadas.	0	10 (38,46 %)	8 (30,77 %)	8 (30,77 %)
2.1.2- Nivel de cumplimiento de las funciones asignadas.	0	7 (26,93 %)	12 (46,15 %)	7 (26,93 %)
2.1.3- Nivel de capacidad para mejorar las diferentes situaciones de trabajo.	0	11 (42,31 %)	6 (23,08 %)	9 (34,61 %)
2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.	20 (76,92 %)	2 (7,69 %)	2 (7,69 %)	2 (7,69 %)
2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.	19 (73,09 %)	3 (11,53 %)	2 (7,69 %)	2 (7,69 %)
2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.	20 (76,92 %)	3 (11,53 %)	3 (11,53 %)	0
2.2.4- Nivel de evaluación sistemática de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida.	21 (80,78 %)	2 (7,69 %)	3 (11,53 %)	0
2.2.5- Nivel de efectividad de las intervenciones de enfermería.	18 (69,24 %)	2 (7,69 %)	3 (11,53 %)	3 (11,53 %)
2.3.1- Nivel de gestión para la toma de decisiones.	20 (76,92 %)	3 (11,53 %)	2 (7,69 %)	1 (3,84 %)
2.3.2- Nivel de conciencia de la gravedad del intento suicida.	12 (46,15 %)	6 (23,08 %)	3 (11,53 %)	5 (19,23 %)
2.3.3- Nivel de frecuencia del intercambio conjunto con el equipo de salud.	18 (69,24 %)	6 (23,08 %)	1 (3,84 %)	1 (3,84 %)
2.3.4- Nivel de correspondencia en el trabajo del personal de enfermería con las orientaciones derivadas por el equipo de salud.	10 (38,46 %)	8 (30,77 %)	4 (15,39 %)	4 (15,39 %)
3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.	3 (11,53 %)	2 (7,69 %)	2 (7,69 %)	19 (73,09 %)
3.1.2- Nivel de proyección ética en la práctica de enfermería.	2 (7,69 %)	2 (7,69 %)	6 (23,08 %)	16 (61,54 %)
3.1.3- Nivel de capacidad para resolver los dilemas éticos en la práctica de enfermería.	4 (15,39 %)	2 (7,69 %)	5 (19,23 %)	15 (57,69 %)

3.2.1- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la familia.	5 (19,23 %)	4 (15,39 %)	5 (19,23 %)	12 (46,15 %)
3.2.2- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la comunidad.	6 (23,08 %)	6 (23,08 %)	4 (15,39 %)	10 (38,46 %)
3.2.3- Nivel de vinculación del personal de enfermería con las organizaciones e instituciones sociales.	5 (19,23 %)	4 (15,39 %)	6 (23,08 %)	11 (42,31 %)

Fuente: guía de observación al personal de enfermería

Los resultados de la encuesta aplicada al personal de enfermería que labora en los EBS del municipio Nueva Paz (Tabla 9), evidencian que el personal de enfermería posee no adecuados o poco adecuados el nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida y el nivel de identificación de los factores de riesgo, expresado en el 80,76 % y 80,77 %, respectivamente. El 76,92 % del personal de enfermería posee adecuada o muy adecuada el nivel de comunicación verbal con personas las que intentaron contra su vida, aunque existen brechas en el nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones expresadas en la categoría como no adecuada o poco adecuada en el 80, 77 %.

Los indicadores relacionados con el nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería y el nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida expresaron categoría de no adecuado o poco adecuado en el 69,23 % y 76,92 %, respectivamente. Es significativo señalar que el 88,46 % del personal de enfermería posee adecuados y muy adecuados los niveles de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.

Tabla 9. Resultados de la encuesta al personal de enfermería

Indicadores	NA	PA	A	MA
1.1.1- Nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.	12 (46,15 %)	9 (34,61 %)	3 (11,53 %)	2 (7,69 %)
1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.	11 (42,31 %)	10 (38,46 %)	2 (7,69 %)	3 (11,53 %)
1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.	2 (7,69 %)	4 (15,39 %)	14 (53,84 %)	6 (23,08 %)
1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.	3 (11,53 %)	8 (30,77 %)	11 (42,31 %)	4 (15,39 %)
1.2.3- Nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.	11 (42,31 %)	10 (38,46 %)	3 (11,53 %)	2 (7,69 %)
2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.	6 (23,08 %)	7 (26,93 %)	10 (38,46 %)	3 (11,53 %)
2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.	12 (46,15 %)	6 (23,08 %)	5 (19,23 %)	3 (11,53 %)
2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.	11 (42,31 %)	9 (34,61 %)	4 (15,39 %)	2 (7,69 %)
3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.	0	3 (11,53 %)	13 (50,00 %)	10 (38,46 %)

Fuente: encuesta al personal de enfermería

Al aplicar el grupo focal se consiguió información relacionada con la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, se obtuvo los siguientes resultados según el orden de prioridad:

- ✓ El personal de enfermería debe identificar, clasificar y seleccionar la información en muy corto período de tiempo.
- ✓ Todas las personas con intento suicida no presentan los mismos factores de riesgos.
- ✓ Las acciones de promoción de salud que ejecuta el personal de enfermería

para la prevención del intento suicida en su comunidad aún son insuficientes para transformar los factores de riesgo.

- ✓ Es necesario aplicar acciones identificadas en el plan de cuidados.
- ✓ La no participación en actividades de capacitación del personal de enfermería limita el adecuado conocimiento para la ejecución del PNPACS.
- ✓ Es necesario fortalecer el trabajo en equipo y la intersectorialidad para garantizar la efectividad del accionar de enfermería en la prevención del intento suicida.
- ✓ Existe un adecuado compromiso expresado en los conocimientos éticos para resolver los dilemas de la prevención del intento suicida.
- ✓ Existe adecuada relación del personal de enfermería con la familia y la comunidad, aunque las enfermeras que laboran en algunos consultorios con menos tiempo de experiencia expresaron menor capacidad para abordar en las familias los factores de riesgo del intento suicida.

Las principales regularidades detectadas por los directivos de enfermería del municipio Nueva Paz a partir de la entrevista grupal semiestructurada se relacionan a continuación:

- ✓ La responsabilidad del personal de enfermería es adecuada para la prevención del intento suicida desde su accionar.
- ✓ Las funciones del personal de enfermería están acordes con su desempeño profesional.
- ✓ No existe una estrategia de comunicación social ante este problema de salud en el municipio Nueva Paz que involucre al personal de enfermería en las acciones ejecutadas por el PNPACS.

- ✓ No se priorizan ni se individualizan las intervenciones de enfermería a partir de los diagnósticos identificados en la prevención del intento suicida.
- ✓ El nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de los factores de riesgo individuales y familiares del intento suicida es insuficiente, lo que repercute en la ejecución del PNPACS.
- ✓ Se evidencia buena proyección ética y actitudes morales, políticas e ideológicas del personal de enfermería durante su actuación.
- ✓ El método científico de la profesión no se aborda para la prevención del intento suicida, porque las enfermeras no reconocen el intento suicida como una enfermedad.
- ✓ Existe la necesidad de capacitar en técnicas comunicativas a algunas enfermeras de los EBS.
- ✓ Se hace necesario una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz.

2.5- Triangulación metodológica de los resultados

Desde el proceso de la triangulación metodológica se arriban a los siguientes problemas:

- ✓ Necesidad de actividades de capacitación sobre este daño a la salud.
- ✓ Pobre dominio del personal de enfermería de cómo aplicar el PAE a las personas con factores de riesgo para la prevención del intento suicida.
- ✓ Dificultades para priorizar e individualizar las acciones para la prevención del intento suicida.
- ✓ Debilidades en el área del conocimiento del personal de enfermería para la ejecución del programa.

✓ Inadecuadas habilidades comunicativas para vincularse a las familias y la comunidad.

En este proceso de triangulación metodológica también se determinan potencialidades descubiertas con la aplicación de los instrumentos antes analizados:

✓ Buena comunicación del personal de enfermería con el equipo de salud y la persona que atenta contra su vida.

✓ Adecuada proyección ética, y excelentes actitudes morales, políticas e ideológicas durante la práctica de enfermería.

✓ Adecuada responsabilidad y disciplina vigente del personal de enfermería, de acuerdo con las funciones asignadas al puesto laboral para la prevención del intento suicida.

Conclusiones del capítulo II

En este capítulo se parametrizó la variable: accionar de enfermería en la prevención del intento suicida y se caracterizó su estado actual a partir de los instrumentos aplicados, lo que permitió determinar los problemas y potencialidades que derivaron de la triangulación metodológica de las dimensiones: cognitiva, laboral y actitudes.

Para contribuir a la solución de los problemas identificados, se propone una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en el municipio Nueva Paz, que se presenta en el capítulo siguiente.

**CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN
DEL INTENTO SUICIDA**

CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA

En el siguiente capítulo se presenta la modelación para el diseño de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida, así como su correspondiente estructuración en etapas y acciones y se muestra la valoración de los resultados de la propuesta después de la implementación en la práctica.

3.1- Modelación de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida

La modelación es el proceso mediante el cual un observador (investigador) con intenciones (por qué y para qué) se aproxima a una realidad determinada que le interesa (concreta o conceptual) mediante prácticas indagatorias (empíricas y/o racionales) y elabora una representación de la misma (modelo) que expresa en un determinado lenguaje (natural/no formal o artificial/formal), el cual le ofrece respuestas que le interesan sobre dicha realidad.¹⁰⁶

La modelación como método constituye una reproducción ideal o material de los procesos posibles, reales, relaciones y funciones, por un sujeto de conocimiento, mediante analogías en otros sistemas ideales o materiales para el conocimiento. El resultado de la modelación como método lo constituye el modelo, el cual es la reproducción de determinadas propiedades y relaciones del objeto investigado en otro objeto especialmente creado (modelo) con el fin de su estudio detallado.¹⁰⁷

Tinchet et al. en 2014, esclareció algunos aspectos metodológicos de la modelación como método científico de gran aplicación para las ciencias médicas en sus diferentes modalidades. Se debe determinar la lógica seguida por los investigadores durante el proceso de modelación, las variables que se formulan, así como las técnicas y procedimientos empleados para validar los modelos.

La modelación como abstracción cuidadosamente seleccionada de la realidad, permite profundizar en el conocimiento del objeto, pero es necesario que los resultados obtenidos se aprecien en su medio natural. La realidad siempre será más rica que cualquier modelo.¹⁰⁸

En ese mismo año, Añorga¹⁰⁹ señaló: “la modelación como método se convierte en un instrumento de la investigación de carácter material teórico, en aras de reproducir simplificada y subjetivamente la parte de la realidad objetiva que se ha estudiado por el objeto y su forma externa o envoltura suele expresarse como diseño de estrategias, formas, tecnologías, instrumentos o proyectos curriculares en los distintos niveles”. En el caso de este estudio será utilizada para modelar una intervención de enfermería en la prevención del intento suicida.

Garzón¹¹⁰ en 2019, utilizó el método de la modelación como la representación de un objeto real que en el plano abstracto el hombre concibe para caracterizarlo y poder, sobre esa base, darle solución a un problema planteado, es decir satisfacer una necesidad.

Tal es la importancia de la modelación, su nivel de aplicación en todas las ramas de la ciencia y esferas del conocimiento, que resulta muy difícil llevar a feliz término una investigación científica y realizar un análisis teórico si no se aplican sus principios.

La autora de la investigación reconoció los principios en los que se sustenta, citados por Bringas¹¹¹ en el año 1999:

✓ principio de deducción por analogía: permite establecer semejanzas entre ciertas facetas, cualidades y componentes del objeto real y del modelo que se construye, a partir de la intervención de cuidados enfermeros.

- ✓ principio de la consistencia lógica del modelo: asegura estabilidad, solidez y fundamentación científica a los elementos teóricos que sustentan la intervención de cuidados enfermeros como modelo.

- ✓ principio del enfoque sistémico: posibilita revelar las cualidades resultantes de objeto de investigación, mediante las relaciones que se tienen que dar entre los componentes de intervención de Enfermería como modelo.

- ✓ principio de la simplicidad y la asequibilidad: sin perder el valor y el carácter científico, el modelo de intervención de cuidados enfermeros debe ser comprensible, funcional y operativo.

La autora asume, además, que el proceso de modelación de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería tiene las siguientes características:

- ✓ es una herramienta conceptual para entender mejor las relaciones enfermero-persona en la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería.

- ✓ es una construcción teórica que pretende dar cuenta de un fragmento de la realidad.

- ✓ es una estrategia lógica y consecuente para relacionar elementos que representan una situación compleja.

- ✓ se concentra en lo importante (definido por el investigador).

- ✓ exige solo la cantidad de información y análisis necesarios para resolver el problema específico.

- ✓ constituye un procedimiento de probado valor para la toma de decisiones, se pueden modelar varias estrategias y variantes.

- ✓ permite profundizar en el conocimiento del objeto de forma más rápida.

- ✓ proporciona una manera ágil y simplificada de analizar el comportamiento del objeto.

- ✓ establece un medio del pensamiento científico, una forma peculiar de abstracción de la realidad.

- ✓ proporciona la reproducción simplificada de la realidad, al cumplir una función heurística que facilita descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto de estudio.

Por lo tanto, la autora se apoya en el método de modelación como una representación mental y abstracta que refleja las propiedades inherentes de la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, con el fin de transformar en la práctica los mismos para dar solución al problema de investigación y satisfacer una necesidad cognitiva.

Se asume el criterio de modelación de Izquierdo Machín⁸⁹ del año 2017: “La modelación es un proceso de abstracción cuya función fundamental es descubrir y estudiar nuevas cualidades, relaciones, principios o leyes del objeto de estudio, constituyéndose en paradigma estable o transitorio, de quienes continúan adentrándose en la esencia de un fenómeno. Su forma externa o envoltura suele expresarse como diseño de: estrategias, formas, tecnologías, instrumentos o proyectos curriculares.

La modelación le propició a la autora una conceptualización o visión fundamentada de la propuesta para, definir su naturaleza, misión y objetivos, al centrar el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual. Este estudio asume que una intervención es la acción y resultado de intervenir en un asunto, acción o actividad.

La palabra intervención se caracteriza por la pluralidad de connotaciones y, como de ello se desprende, por la multiplicidad de significados. El alcance de la intervención puede ser entonces muy variado según lo indican las acciones, la

intervención tendrá un papel importante en la detección de anormalidades, formas de disciplinar y de construir a esos “otros” que se consideran amenazantes para la sociedad.¹¹¹

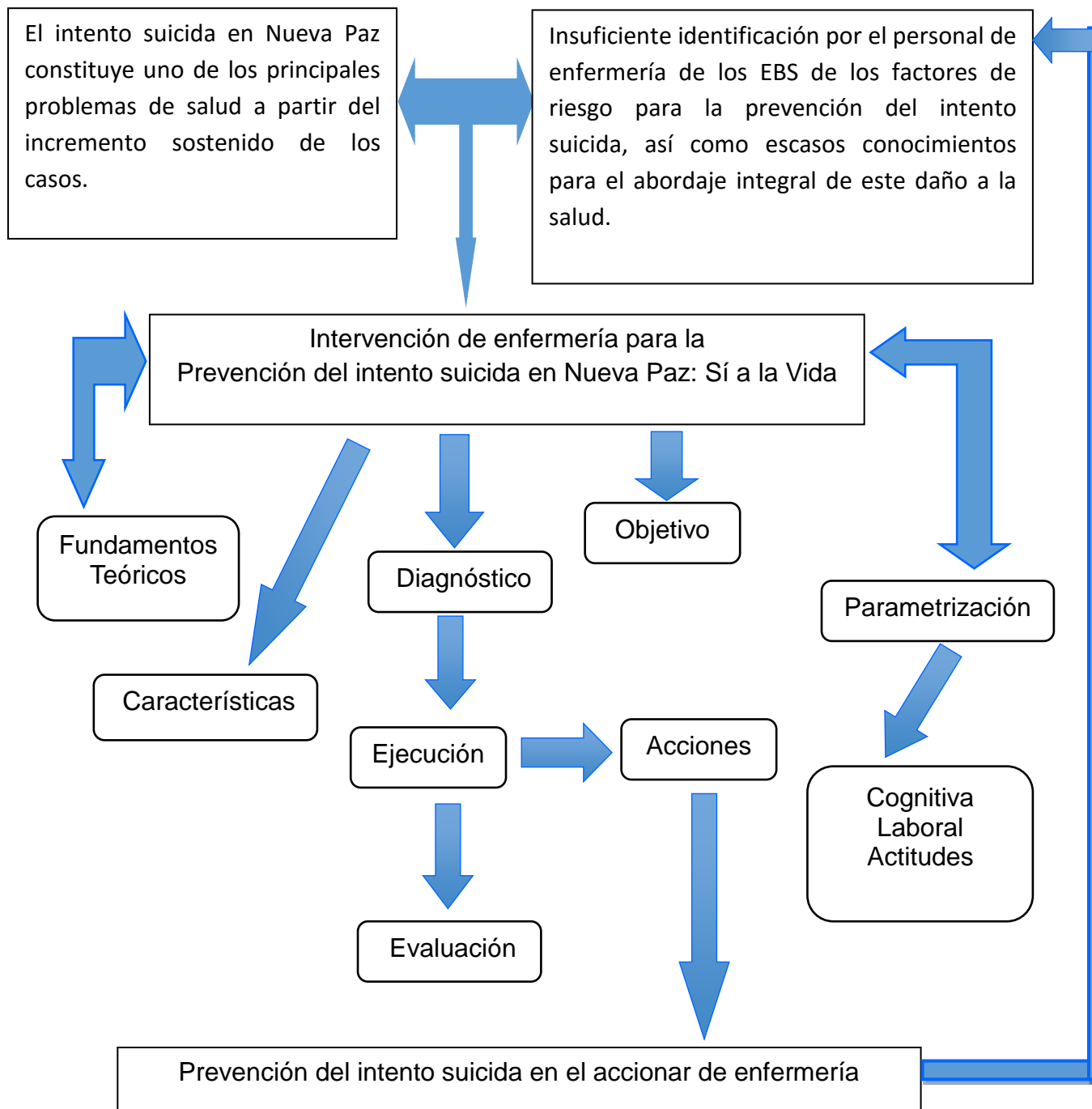
A criterio de la autora existe una diversidad conceptual referida al término Intervención. En la búsqueda realizada no ha encontrado un paradigma metodológicamente aceptado para diseñar una intervención de Enfermería.¹¹²

Existen diversas maneras de concebir los vínculos que se establecen en una intervención. Todo depende de la realidad a la que va dirigida la intervención, precisamente esa realidad tiene tendencias y enfoques diversos a la hora de abordarla.¹¹³

Cuando se hace referencia al término Intervención de Enfermera, se asume como: todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.¹¹¹

A continuación, se muestra la representación gráfica de los elementos estructurales que componen la intervención de Enfermería propuesta.

Figura 2. Componentes estructurales de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en Nueva Paz.



Fuente: elaboración de la autora, 2024

3.2 Fundamentación y características de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida

La intervención de enfermería es el producto de un sistema creador, innovador, lógico y apreciable, que genera un conjunto de acciones coherentes, de asignación de recursos y decisiones tácticas. Estas acciones de enfermería van encaminadas a la prevención del intento suicida.

La autora considera pertinente aceptar el criterio de Izquierdo Machín⁸⁹ cuando citó: la fundamentación, parte de un conjunto de elementos básicos en los que se sostiene la propuesta. Los elementos básicos se asientan en un grupo de fundamentos teóricos que establecen la coherencia necesaria entre cada uno de los elementos que sustentan la intervención.

Filosófico: se apoya en la dialéctica materialista que fundamenta con rigor científico la posibilidad y la necesidad de transformaciones cardinales en el accionar de enfermería para la prevención del intento suicida, donde se considera la realidad social desde el análisis filosófico que está compuesto por la existencia y relaciones entre sujetos y objetos mediados por la actividad humana. De igual forma se considera en el marco de los tipos de actividad humana, la actividad cognoscitiva, que presupone la objetividad del proceso de promoción de salud, con base en el método científico de la ciencia de la Enfermería, en tanto, su apropiación se logra en la unidad de las dimensiones cognitiva, laboral y actitudes de la actividad que realizan, producto de un planificado y consciente desarrollo del pensamiento sistémico e integrado de estos profesionales.

Enfermería: la intervención de enfermería que se propone asume un plan de acciones, a partir de los preceptos del Modelo de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender como sustento teórico para la prevención del intento suicida, de acuerdo

con el metaparadigma persona-entorno- salud - enfermería y el enfoque básico de que cada persona o grupo responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Educativo: el aprendizaje, como acto humano, engloba una serie de conocimientos que han sido estudiados de forma amplia desde diferentes perspectivas a través de la historia, con la finalidad de investigar en qué consiste, cómo ocurre, qué factores intervienen en él, cómo potenciarlo, entre otros temas de interés. La enfermería es una profesión que necesita enseñar y aprender de conocimientos biológicos y de ciencias sociales. El personal de enfermería debe saber hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y saber evaluar el plan de acciones que brinda a la persona que intenta contra su vida.

Sociológico: permitió crear, formar y consolidar el rol de enfermería a través de su naturaleza humana, social, en el diálogo y la interacción recíproca entre el personal de enfermería y la persona, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, por lo que se convierte en un elemento indispensable para el diseño de la intervención. En esta investigación dichos criterios se emplean para sustentar las características de las acciones de enfermería en el logro de la prevención del intento suicida desde el accionar de enfermería.

Psicológico: se asume además desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, quien destaca la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, que incorporan aspectos del aprendizaje para los cambios conductuales, al reconocer que los conocimientos permiten la habilidad, la cual se transforma a través de la experiencia y la influencia de los factores psicológicos en los comportamientos de las personas.

Al sistematizar los referentes teóricos y durante el proceso de modelación de la intervención de Enfermería, se precisaron sus principales características.

Humanista: es la alta vocación social en los profesionales de Enfermería, lo que supone colocar en primer lugar el desvelo y la lucha por el bien del ser humano.

Flexible: la intervención de Enfermería es susceptible de cambios, al tener en cuenta su contenido de remodelación en correspondencia con los resultados que se van a obtener durante la implementación de las acciones, los objetivos propuestos, las necesidades, así como, por su adaptabilidad a las condiciones concretas en que se aplique.

Integradora: está dada porque considera las cualidades, los valores, los modos de actuación y las habilidades de los profesionales de Enfermería para la prevención del intento suicida.

Participativa: permite el desarrollo de relaciones humanas solidarias, donde los profesionales de Enfermería quedan comprometidos, al utilizar para ello el tiempo y los escenarios que considere necesario para la adquisición de conocimientos y habilidades requeridos para la prevención del intento suicida

Colaborativa: trabajo conjunto de los profesionales de Enfermería para la prevención del intento suicida con el resto del equipo de trabajo.

Contextualizada: conjunto de características socio-demográficas y ambientales de la de Nueva Paz que se tuvo presente en la confección de la intervención de Enfermería y sin las cuales no se puede comprender la propuesta.

Sistémica: su diseño parte de la interrelación que existe entre: diagnóstico, misión, objetivo general, etapas, objetivos particulares, plan de acciones y evaluación, los que se presentan en un orden lógico y jerárquico.

Personalizada: la intervención de Enfermería representa la solución de un problema propio en Nueva Paz.

Intersectorial: se fundamenta en la integración entre varios sectores, lo cual puede ser usado de forma productiva para resolver los problemas, además permite compartir recursos, experiencias y posibilita la búsqueda de soluciones integrales que buscan bienestar.

Interdisciplinaria: procura establecer conexiones y relaciones de los saberes, en una totalidad no dividida y en permanente cambio. Exige que cada uno de los que intervenga tenga competencia en su propia disciplina y un cierto conocimiento de los contenidos y métodos de las otras.

3.3- Diseño de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida

El tercer componente del MPS de Pender, resultado conductual, lo integran las variables compromiso con un plan de acción; demandas y preferencias contrapuestas, y conducta promotora de salud. El compromiso con un plan de acción es la intención y la identificación de una secuencia de etapas planificadas para la implementación de una conducta de salud.

Para la elaboración de la intervención se tomó en cuenta el inventario de los problemas derivados de los resultados de la triangulación metodológica realizada en el capítulo anterior.

Estas debilidades y la propuesta de soluciones se presentaron por la autora en una reunión del Consejo de la Administración Municipal con la finalidad de que fuera autorizado el diseño y ejecución de un proyecto local de desarrollo comunitario para el abordaje del problema de salud mostrado, lo que fue considerado como una

contribución importante y necesaria para la disminución del intento suicida en Nueva Paz y aprobada su ejecución.

Etapas de la intervención de enfermería:

Diagnóstico: se determinaron las necesidades sentidas, se precisaron las expectativas respecto a la intervención y se estableció la disponibilidad y motivación de las enfermeras participantes.

Se aplicó el pre-test para determinar el nivel de conocimientos sobre la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería.

Los resultados de esta etapa se encuentran en el capítulo II en aspectos metodológicos del estudio. Con las informaciones recolectadas mediante la encuesta diagnóstica se diseñó la intervención y los recursos necesarios. Se seleccionaron las técnicas, los modos e indicadores para su evaluación. Se planificaron todos aquellos factores que puedan afectar su implementación.

Ejecución: se produjo la aplicación de la intervención, su ejecución con ajuste a lo planeado anteriormente según frecuencia, duración y lugar. El contenido de las sesiones; aun cuando aparece claramente establecido para cada sesión, se recomendó realizar los ajustes necesarios al grupo con el que se trabaja, a sus necesidades y prioridades, así como a las condiciones concretas de la institución de salud que lo aplica, siempre que se respete el esquema lógico de su concepción y la estrategia que propone. Aunque se estableció el trabajo en grupo no se excluye la posibilidad de atención individualizada, de forma colateral, a aquellos casos que lo demanden. El trabajo grupal facilitó la posibilidad de compartir experiencias, la comunicación y las relaciones sociales, el intercambio de información entre las personas y la creación de nuevas alternativas mediante la escucha de otros puntos de vista, otras opiniones y otras vivencias.

Evaluación: se realizó el cierre y el post-test, se evaluaron los efectos y el cumplimiento de los objetivos planteados de acuerdo a los indicadores previamente establecidos mediante la comparación de los resultados obtenidos al finalizar versus el estado inicial. Incluyó también la evaluación, que hicieron los propios participantes en relación con la satisfacción de sus necesidades sentidas, el cumplimiento de sus expectativas y el significado de la experiencia de aprendizaje.

Sistema de evaluación: la evaluación de la intervención se concibió de manera permanente, es parte del proceso de aprendizaje y síntesis de lo logrado en cada etapa o momento por el que transita. En la etapa diagnóstica se realizó la evaluación de las necesidades, que definieron los objetivos y fue expresión de las expectativas por satisfacer con las que llegan las personas al grupo.

En la etapa de ejecución se realizó la evaluación del progreso de cada participante del grupo, mediante el registro de las intervenciones y la observación participante del facilitador. Se realizó también la evaluación del proceso al concluir cada una de las sesiones, al evaluar el cumplimiento de los objetivos de la misma a nivel individual y para el grupo en su conjunto. Supuso también la evaluación reflexiva, desde el facilitador, sobre la ejecución misma de la sesión, la atención a los procedimientos empleados y su utilidad de acuerdo con los objetivos planteados.

En la etapa final o de evaluación se realizó la valoración de los resultados, al comparar lo conseguido con el diagnóstico de la etapa inicial, tanto desde la perspectiva de las enfermeras de los EBS como desde los propios criterios fijados por los miembros del equipo de trabajo. La validez se expresó en el incremento del nivel de conocimientos de las enfermeras de los EBS sobre la prevención del intento suicida.

Para la elaboración de las acciones de prevención del intento suicida se efectuó una primera sesión de trabajo donde participaron el investigador y los especialistas miembros del grupo de integración a la labor social (GILS). Se utilizó la técnica lluvia de Ideas¹¹⁴ que permitió contar con los aspectos que debían formar parte de la misma.

El criterio de expertos se aplicó también como método para la validación de las acciones con el propósito de hacer valoraciones conclusivas sobre la aplicabilidad, viabilidad y relevancia que puede tener en la práctica la solución que se propone y brindar recomendaciones para su perfeccionamiento. Los expertos fueron los nueve profesionales que participaron en la validación de los instrumentos declarados en el segundo capítulo.

Se utilizaron los criterios de evaluación de diseño de programas de intervención utilizados por Espín Andrade¹¹⁵ en el 2010 para valorar la calidad del programa de educación comunitaria. Las variables declaradas fueron: claridad en la formulación, congruencia entre objetivos y temas, número de sesiones adecuadas, temas bien seleccionados, pertinencia del programa de intervención y selección adecuada de las técnicas. Se expresaron en Bueno, Regular y Malo (Anexo 12).

Bueno: si ninguno de los elementos presenta sugerencias o modificaciones.

Regular: si se presentan modificaciones o sugerencia en solo dos de los elementos examinados.

Malo: si en más de dos elementos se presentan modificaciones o sugerencias.

El 100 % de los expertos aportaron la cualidad de Bueno en el total de los criterios abordados.

Título del proyecto local para la prevención del intento suicida desde el accionar de enfermería en Nueva Paz: Sí a la Vida

Objetivo general

Diseñar acciones para el fortalecimiento de la gestión sanitaria, capacidades, valores, actitudes y estilos de afrontamiento a miembros de la comunidad en función de la prevención del intento suicida, con el aprovechamiento de los espacios comunitarios que se correspondan con la realidad sociocultural de Nueva Paz.

Objetivos específicos

- Elaborar programas de capacitación que favorezcan la integración social sobre los riesgos de la conducta suicida de forma general y del intento suicida en particular, en individuos, familias y la comunidad dirigidos a las enfermeras de los EBS y líderes comunitarios.
- Trazar acciones gerenciales en el sector salud que modifiquen la ejecución del PNPACS en el municipio Nueva Paz.
- Crear acciones de enfermería para la prevención del intento suicida en Nueva Paz.
- Instaurar un programa de comunicación social para la prevención del intento suicida.

Beneficiarios

Directos: las enfermeras de los EBS del municipio Nueva Paz. Se debe atender a las particularidades del grupo y velar porque todos los miembros estén en condiciones de comprender y asimilar las técnicas que se emplean.

Indirectos: las personas que atentaron contra su vida, así como los familiares de estas personas, y los líderes comunitarios que tienen responsabilidades con el programa y pudieran hacer uso de esta propuesta y ofrecer una nueva alternativa de servicio a la comunidad para contribuir a atenuar los factores de riesgo del intento suicida.

Localización física

De espacio: la intervención se realizó en el salón de reuniones de Partido Comunista de Cuba del municipio Nueva Paz, y en la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de la FMC, que cuentan con condiciones apropiadas, con buena iluminación, climatización y recursos para su ejecución.

De tiempo: la duración de la intervención fue de cinco meses con una frecuencia semanal, cada sesión tuvo una duración de 90 minutos y el horario se consensuó con las enfermeras participantes y otros miembros, quedando establecido los viernes a las 11.00 am.

Canales comunicativos apropiados: la autora de la investigación se auxilió de los residentes de la especialidad de Enfermería Comunitaria Integral que investigan acerca de esta línea para sus tesis de terminación de especialidad y que fueron responsables de la ejecución del proyecto.

Recursos

Materiales: se utilizaron todos los materiales requeridos para el perfeccionamiento de las sesiones, así como su registro. Se consideraron las posibilidades específicas del Sistema Nacional de Salud. Algunos de estos recursos pueden ser reutilizables (manual, plegables, afiches, pancartas informativas, reglas del trabajo en grupos, materiales de apoyo) creados por el colectivo del proyecto. Otros soportes educativos fueron el televisor, videos y computadora. Además, la participación en espacios de intercambio, reflexión y toma de decisiones en las reuniones mensuales del grupo de integración a la labor social. (Anexo 13)

El diseño incluyó técnicas que funcionan sobre el intercambio oral y las exposiciones apoyadas en las presentaciones digitales en Power Point por la investigadora. Estos recursos, al igual que el salón de reuniones donde se realizaron los encuentros

presenciales, están presentes en el municipio, constituyen por tanto capacidad instalada y no representan gastos adicionales.

Humanos: se requirió de dos facilitadores, que pudieron trabajar coordinada y/o secuencialmente a lo largo de las sesiones. Las cuales poseían formación en enfermería y conocimientos básicos en técnicas grupales, experiencia en el trabajo con el intento suicida. Además de contar con recursos personales y profesionales para atender las diferencias individuales de cada participante, cumplir las normas éticas en todo momento y poseer un alto nivel de motivación hacia la tarea a fin de superar las dificultades que puedan presentarse.

Resultados esperados: el incremento de recursos humanos más capacitados, el estrechamiento de las relaciones de trabajo en grupos intrasectoriales e intersectoriales y una ordenada gestión sanitaria contribuirá al logro de mayores y mejores resultados en el programa en el municipio Nueva Paz.

Metodología

De acuerdo con ello se estableció el cuerpo, los contenidos a abordar y su estructuración secuencial dentro del mismo. Los contenidos se fundamentan en las necesidades sentidas y normativas, y van a estar en relación con los conocimientos que requieren modificarse en las enfermeras de los EBS y en función de los objetivos del PNPACS.

El programa cumplió con el diseño lógico al expresarse a nivel gráfico la secuencia de pasos en su interior en pos de alcanzar el objetivo general. Se concibió como un sistema donde pueden coexistir diferentes técnicas participativas. Con esta información se estructuraron los ejes temáticos (contenido de la intervención tales como temas y objetivos a tratar) y metodológicos (forma en la que debería realizarse la intervención, como número, frecuencia, duración y actividades).

La enseñanza se aplicó a través de conferencias, talleres, juegos didácticos, entre otras, con duración aproximada de 90 minutos a dos horas por sesión. Al comienzo de cada actividad se midió lo impartido en el encuentro anterior a través de lluvias de ideas, preguntas orales, así como demostraciones de las técnicas fundamentales, cuando fue necesario se realizó reforzamiento de contenidos de manera personalizada.

Acciones a desarrollar

A continuación, se relacionan las 14 acciones de educación comunitaria. El orden en que se muestran no es obligatorio, pueden estar sujetas a cambios en función de las necesidades de cada lugar y tiempo donde se apliquen.

Acción No 1. Taller ¿Quiénes somos y qué haremos?

Acción No 2. Taller ¿Estamos preparados para prevenir el intento suicida?

Acción No 3. Taller: “Mitos sobre el suicidio”

Acción No 4. Taller: “Mi familia y yo”

Acción No 5. Taller “Diez cosas que los familiares del paciente pueden hacer para prevenir el suicidio”

Acción No 6. Actividad participativa comunitaria “Más conocimiento, más esperanza”

Acción No 7. Creación del círculo de interés “Soy el mejor amigo de la vida”

Acción No 8. Concurso: “Le quiero decir a mi comunidad...”

Acción No 9. Programa de curso de postgrado “Curso básico de conducta suicida”

Acción No 10. Programa educativo de preparación de agentes comunitarios de salud

Acción No 11. Plan de acción en el sector salud

Acción No 12. Creación de la “Consejería educativa sobre salud mental”

Acción No 13. Programa radial “Únete a la prevención del suicidio”

Acción No 14. Desarrollo de barrios debates

Las acciones de la 1 hasta la 11 se encuentran explicadas en el Anexo 14.

Dentro de las acciones desarrolladas en este proyecto existen las específicas que inciden en la adquisición de conocimientos del personal de enfermería para transformar desde la promoción de la salud conductas en las personas que intentan contra su vida.

La consejería educativa sobre salud mental se implementó en la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia, con una frecuencia semanal, los viernes a partir de las 2:00 pm conducida por el investigador.

Fueron planificadas las actividades radiales por la autora de la investigación en la cabina de Radio Güines en Nueva Paz con una frecuencia mensual los terceros jueves de cada mes, con un programa de temas relacionados con la prevención del suicidio previamente coordinados con la periodista y aprobados por la dirección de la emisora. Se planificaron los barrios debates sobre la temática de salud mental, dirigidos por los coordinadores de zonas de los CDR, los cuartos sábados de cada mes.

3.4- Valoración de los resultados de la intervención de Enfermería para la prevención del intento suicida

La tabla 10 presenta los resultados de la observación científica al personal de enfermería antes y después de la intervención. Nótese que todos los indicadores que se exponen se transformaron hacia las categorías de se observa casi todo momento o se observa en todo momento.

Relacionado con el nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida y el nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar predominó la categoría se observa en todo momento con el 53,84 % y 57,69 % respectivamente.

Es de señalar como los indicadores relacionados con el nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con las familias de personas que intentaron contra su vida y el nivel de cumplimiento de las funciones asignadas obtienen la categoría se observa en todo momento con el 73,09 %.

Asimismo, el nivel de capacidad para mejorar las diferentes condiciones de trabajo, el nivel de dominio del proceso de atención de enfermería y el nivel de efectividad de las acciones de enfermería obtienen después de la intervención la categoría se observa en todo momento expresado en el 65,39 %, 69,24 % y 65,39 %, respectivamente.

Es significativo el 88,47 % en la categoría se observa en todo momento del indicador nivel de conciencia de la gravedad del intento suicida, así como el 80,78 % obtenido en esta misma categoría del indicador nivel de correspondencia en el trabajo del personal de enfermería con las orientaciones derivadas por el equipo de salud, lo que demuestra el nivel de integración alcanzado para la prevención del intento suicida en el EBS.

Sobresale el resultado del indicador relacionado con el nivel de proyección ética en la práctica de enfermería expresado en la categoría se observa en todo momento con el 92,31%.

Tabla 10. Resultados de la observación científica al personal de enfermería, antes y después de la intervención

Indicadores	Antes (%)				Después (%)			
	NS	SP	SC	SM	NS	SP	SC	SM
1.1.1- Nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.	6 (23,08)	9 (34,61)	5 (19,23)	6 (23,08)	0	0	12 (46,15)	14 (53,84)
1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.	10 (38,46)	6 (23,08)	3 (11,53)	7 (26,93)	0	0	14 (53,84)	12 (46,15)
1.1.3- Nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar.	11 (42,31)	4 (15,39)	2 (7,69)	9 (34,61)	0	0	11 (42,31)	15 (57,69)

1.1.4- Nivel de capacidad para la atención preventiva.	15 (57,69)	5 (19,23)	3 (11,53)	3 (11,53)	0	0	15 (57,69)	11 (42,31)
1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.	0	11 (42,31)	9 (34,61)	6 (23,08)	0	0	15 (57,69)	11 (42,31)
1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.	0	10 (38,46)	9 (34,61)	7 (26,93)	0	0	7 (26,93)	19 (73,09)
1.2.3- Nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.	0	13 (50,00)	7 (26,93)	6 (23,08)	0	0	9 (34,61)	17 (65,39)
2.1.1- Nivel de responsabilidad que asume de acuerdo con las funciones asignadas.	0	10 (38,46)	8 (30,77)	8 (30,77)	0	0	10 (38,46)	16 (61,54)
2.1.2- Nivel de cumplimiento de las funciones asignadas.	0	7 (26,93)	12 (46,15)	7 (26,93)	0	0	7 (26,93)	19 (73,09)
2.1.3- Nivel de capacidad para mejorar las diferentes situaciones de trabajo.	0	11 (42,31)	6 (23,08)	9 (34,61)	0	0	9 (34,61)	17 (65,39)
2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.	20 (7,92)	2 (7,69)	2 (7,69)	2 (7,69)	0	0	8 (30,77)	18 (69,24)
2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.	19 (73,09)	3 (11,53)	2 (7,69)	2 (7,69)	0	0	15 (57,69)	11 (42,31)
2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.	20 (76,92)	3 (11,53)	3 (11,53)	0	0	0	12 (46,15)	14 (53,84)
2.2.4- Nivel de evaluación sistemática de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida.	21 (80,78)	2 (7,69)	3 (11,53)	0	0	0	15 (57,69)	11 (42,31)
2.2.5- Nivel de efectividad de las intervenciones de enfermería.	18 (69,24)	2 (7,69)	3 (11,53)	3 (11,53)	0	0	9 (34,61)	17 (65,39)

2.3.1- Nivel de gestión para la toma de decisiones.	20 (76,92)	3 (11,53)	2 (7,69)	1 (3,84)	0	0	14 (53,84)	12 (46,15)
2.3.2- Nivel de conciencia de la gravedad del intento suicida.	12 (46,15)	6 (23,08)	3 (11,53)	5 (19,23)	0	0	3 (11,53)	23 (88,47)
2.3.3- Nivel de frecuencia del intercambio conjunto con el equipo de salud.	18 (69,24)	6 (23,08)	1 (3,84)	1 (3,84)	0	0	14 (53,84)	12 (46,15)
2.3.4- Nivel de correspondencia en el trabajo del personal de enfermería con las orientaciones derivadas por el equipo de salud.	10 (38,46)	8 (30,77)	4 (15,39)	4 (15,39)	0	0	5 (19,23)	21 (80,78)
3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.	3 (11,53)	2 (7,69)	2 (7,69)	19 (73,09)	0	0	3 (11,53)	23 (88,47)
3.1.2- Nivel de proyección ética en la práctica de enfermería.	2 (7,69)	2 (7,69)	6 (23,08)	16 (61,54)	0	0	2 (7,69)	24 (92,31)
3.1.3- Nivel de capacidad para resolver los dilemas éticos en la práctica de enfermería.	4 (15,39)	2 (7,69)	5 (19,23)	15 (57,69)	0	0	5 (19,23)	21 (80,78)
3.2.1- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la familia.	5 (19,23)	4 (15,39)	5 (19,23)	12 (46,15)	0	0	14 (53,84)	12 (46,15)
3.2.2- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la comunidad.	6 (23,08)	6 (23,08)	4 (15,39)	10 (38,46)	0	0	15 (57,69)	11 (42,31)
3.2.3- Nivel de vinculación del personal de enfermería con las organizaciones e instituciones sociales.	5 (19,23)	4 (15,39)	6 (23,08)	11 (42,31)	0	0	16 (61,54)	10 (38,46)

Fuente: guía de observación al personal de enfermería

Los resultados de la encuesta al personal de enfermería antes y después de la intervención, que se exponen en la tabla 11, evidencian una transformación valiosa al transformarse el 100 % de los indicadores hacia las categorías de adecuado y muy adecuado.

Se aprecia como el indicador nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida antes de la intervención obtuvo la categoría no adecuado y poco

adecuado en el 46,15 % y 34,61 %, respectivamente, y después de la intervención el 73,09 % del personal de enfermería obtiene la categoría de adecuado en el mismo. Esta misma condición se observa en el indicador nivel de identificación de los factores de riesgo que logró transformarse después de la intervención a la categoría adecuado en el 61,34 %.

Referente al indicador nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida obtiene después de la intervención la categoría de adecuado en el 69,24 %. Este mismo valor lo obtiene en la categoría de muy adecuado el indicador nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de las personas que intentaron contra su vida.

El nivel de dominio del proceso de atención de enfermería, después de la intervención, adquiere la categoría de adecuado expresado en el 76,92%.

El 53,84 % del personal de enfermería, logra la categoría muy adecuada en el indicador nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería y adecuada en el nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, mediano y largo plazo para la prevención del intento suicida.

Es significativo el resultado que alcanza el nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos por el personal de enfermería después de la intervención expresado en el 80,76 % en la categoría de muy adecuado.

Tabla 11. Resultados de la encuesta al personal de enfermería, antes y después de la intervención

Indicadores	Antes (%)				Después (%)			
	NA	PA	A	MA	NA	PA	A	MA
1.1.1- Nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.	12 (46,15)	9 (34,61)	3 (11,53)	2 (7,69)	0	0	19 (73,09)	7 (23,93)

1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.	11 (42,31)	10 (38,46)	2 (7,69)	3 (11,53)	0	0	16 (61,54)	10 (38,46)
1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.	2 (7,69)	4 (15,39)	14 (53,84)	6 (23,08)	0	0	18 (69,24)	8 (30,77)
1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.	3 (11,53)	8 (30,77)	11 (42,31)	4 (15,39)	0	0	8 (30,77)	18 (69,24)
1.2.3- Nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.	11 (42,31)	10 (38,46)	3 (11,53)	2 (7,69)	0	0	13 (50,00)	13 (50,00)
2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.	6 (23,08)	7 (26,93)	10 (38,46)	3 (11,53)	0	0	20 (76,92)	6 (23,08)
2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.	12 (46,15)	6 (23,08)	5 (19,23)	3 (11,53)	0	0	12 (46,15)	14 (53,84)
2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.	11 (42,31)	9 (34,61)	4 (15,39)	2 (7,69)	0	0	14 (53,84)	12 (46,15)
3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.	0	3 (11,53)	13 (50,00)	10 (38,46)	0	0	5 (19,23)	21 (80,78)

Fuente: encuesta al personal de enfermería

3.5- Resultados de la encuesta de satisfacción de usuario

En el proceso de gestión del conocimiento se hace necesario la evaluación de la satisfacción del personal de enfermería con la intervención. La gestión del conocimiento, se define como “el conjunto de procesos y sistemas que permiten que el capital intelectual de una organización aumente de forma significativa, mediante la

gestión de sus capacidades de resolución de problemas de forma eficiente, con el objetivo final de generar ventajas competitivas sostenibles en el tiempo”.¹¹⁶

De ahí que cobre un importante papel la formación del personal de enfermería que labora en las instituciones de salud, que contribuya a la adquisición de competencias y logre altos niveles de desempeño. Las competencias se manifiestan en los conocimientos de dicho personal y son la base de los activos intangibles de la institución, ya que a partir de ellas se desarrollan las estructuras internas y externas. Una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida genera conocimientos en el personal de enfermería de los EBS que se desempeñan en el primer nivel de atención.¹¹⁷

La satisfacción es el cumplimiento de expectativas en una actividad dada, determinado por las respuestas positivas que sobre esa actividad den los usuarios o participantes; lo que ratifica el cumplimiento de las exigencias de la intervención propuesta.¹¹⁸

Existen diferentes vías para medir la satisfacción de los usuarios y una de las más conocidas es la técnica de ladov. Dicha técnica constituye una vía directa para el estudio de la satisfacción individual y grupal a partir de una encuesta (Anexo 15) elaborada según las exigencias pertinentes; los criterios que se utilizan se fundamenta en las relaciones que se establecen entre tres preguntas con respuestas cerradas intercaladas dentro del cuestionario (cuatro, seis y ocho), cuya ubicación y orden pudo variar según el deseo de la autora; además, el encuestado desconocía la relación e intención de las tres preguntas, pues la técnica constituye una vía directa para determinar el nivel de satisfacción, que se obtiene al establecer el nexo entre las respuestas a dichas preguntas a través del “cuadro lógico de ladov”.¹¹⁹ (Anexo 16)

A partir del procesamiento y análisis de la información obtenida con la aplicación de la técnica de ladov se constató que 20 enfermeras (76,92 %) alcanzan clara satisfacción con la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida, cuatro están más satisfechas que insatisfechas (15,38 %), mientras una da como respuesta, no definida y otra contradictoria (3,85 % en cada caso) (Tabla 12).

Tabla 12. Resultados de la satisfacción del personal de enfermería, según la técnica de ladov

Resultados	No	%
Clara satisfacción	20	76,92
Más satisfecho que insatisfecho	4	15,38
No definida	1	3,85
Más insatisfecho que satisfecho	0	0,00
Clara insatisfacción	0	0,00
Contradictoria	1	3,85
Total	26	100,00

Fuente: cuadro lógico de ladov

Con los resultados individuales de satisfacción se asociaron los diferentes niveles de satisfacción de las encuestadas con una escala numérica que oscila entre +1 y -1, de tal forma que 76,92 % clasificaron con máximo de satisfacción, cuatro están más satisfechas que insatisfechas (15,38 %), mientras dos clasifican como no definido y contradictorio (4,54 %) (Tabla 13).

Tabla 13. Relación de la satisfacción individual con la escala de satisfacción

Escala	Resultados	No	%
+ 1	Máximo de satisfacción	20	76,92
+ 0,5	Más satisfecho que insatisfecho	4	15,38
0	No definido y contradictorio	2	7,70
- 0,5	Más insatisfecho que satisfecho	0	0,00

- 1	Máxima insatisfacción	0	0,00
	Total	26	100,00

Fuente: asociación de las respuestas individuales con la escala de satisfacción

El análisis de estos resultados indica que el Índice de Satisfacción Grupal (ISG) puede reflejar valores entre + 1 y – 1, donde los que se encuentran comprendidos entre - 1 y - 0,5 indican insatisfacción; los comprendidos entre - 0,49 y + 0,49 evidencian contradicción y los que se ubican entre 0,5 y 1 indican que existe satisfacción. En la presente investigación, al calcular el ISG del personal de enfermería que participaron en la intervención se aprecia un ISG de 0,84, que se ubica en el rango de muy satisfecho, según se ilustra en la figura 1.

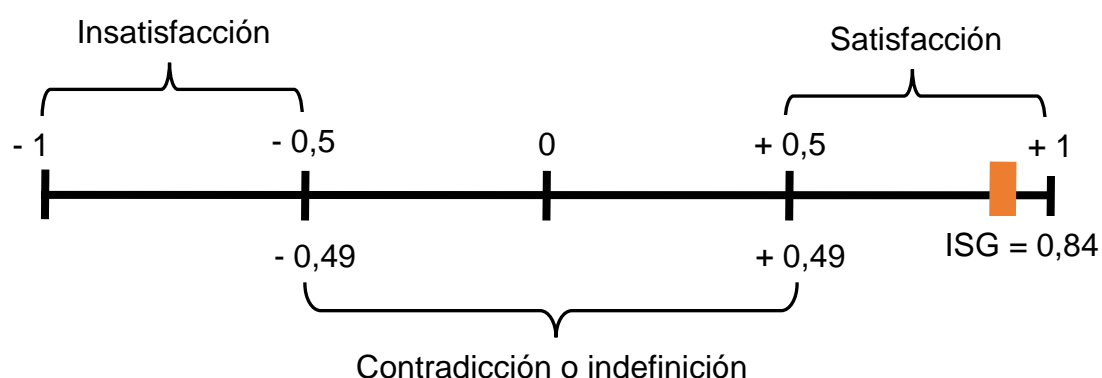


Figura 1: ubicación del ISG del personal de enfermería que participaron en la intervención

El alto valor del ISG obtenido refleja aceptación con la intervención, lo que significa un reconocimiento a su utilidad, en tanto el personal de enfermería ha emitido criterios donde evidencian satisfacción con la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida.

La técnica de ladov contempla, además, dos preguntas complementarias con respuestas abiertas (nueve y diez en este caso), asociadas de forma directa a la valoración de la satisfacción del personal de enfermería. Se codificaron las preguntas abiertas a partir del análisis de datos textuales; este análisis es una

técnica que describe, sintetiza y analiza información cualitativa contenida en las respuestas a dichas preguntas.

Se establecieron cinco categorías de respuestas que se agruparon en patrones, frases, significados y respuestas similares y se asignó un código numérico a cada categoría. La autora realizó el análisis de datos textuales a partir de la codificación abierta de las categorías designadas para unificar criterios y arribar a resultados.

Respecto a las preguntas con respuestas abiertas, lo que más les gustó al personal de enfermería de la intervención se relacionan a continuación:

- ✓ La buena enseñanza y una clara oportunidad para la prevención del intento suicida desde el accionar de enfermería.
- ✓ La actualización de los factores de riesgo individuales y familiares del intento suicida.
- ✓ La metodología empleada para impartir los temas propuestos.
- ✓ Las evaluaciones que se realizaron para la ejecución del PNPACS.
- ✓ La oportunidad de participar en la intervención para aumentar los conocimientos sobre la prevención del intento suicida.

Con relación a la pregunta 10, lo que menos le gustó al personal de enfermería de la intervención se resumen en:

- ✓ La rapidez con que fueron impartidos los temas de la intervención.
- ✓ Las horas de conferencias estuvieron limitadas por el tiempo de duración de la intervención.
- ✓ El poco universo de las 26 enfermeras de los EBS del primer nivel de atención del municipio Nueva Paz, pues el tipo de diseño utilizado exige un grupo más grande de participantes para garantizar que los resultados sean precisos, además del sesgo potencial en las respuestas a la encuesta de satisfacción.

Resulta significativo en el análisis de estas opiniones, la preponderancia de aspectos positivos planteados, lo que sirve como fundamento del alto valor obtenido en el ISG.

Conclusiones del capítulo III

En este capítulo se realizó el proceso de modelación al objeto de estudio, lo que posibilitó la fundamentación y estructuración de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida, lo que aporta una permanente y continua dignificación a las ciencias de la Enfermería. Se logró la valoración teórica y práctica de la propuesta mediante jueces expertos, el pre-experimento y la encuesta de satisfacción de usuario por la técnica de ladov.

CONCLUSIONES

- La sistematización realizada a las investigaciones vinculadas con el accionar de enfermería en la prevención del intento suicida, posibilitaron la identificación de los referentes teóricos.
- El diagnóstico realizado evidencia las debilidades existentes en el estado inicial del proceso de prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en el municipio Nueva Paz.
- Los componentes estructurales contentivos de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida en Nueva Paz se sustentan en fundamentos teóricos y desde las ciencias de la Enfermería, que acceden a construir acciones organizadas con fines prácticos en una dinámica de interacción holística ajustada al contexto en el que se desarrolló la investigación.
- La valoración de la efectividad teórica y práctica de la intervención dirigida a la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en el municipio Nueva Paz, demostró la viabilidad de la propuesta con los cambios producidos en la práctica.

RECOMENDACIONES

- Proponer a la Dirección General de Salud de la provincia Mayabeque la organización de las acciones de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida para que sean aplicadas en otros municipios a partir de la caracterización de su situación de salud y posibilidad de abordaje comunitario.
- Sistematizar por el Departamento de Ciencia e Innovación Tecnológica de Mayabeque las investigaciones relacionadas con este problema de salud a partir de la determinación social.
- Socializar los resultados a partir de ponencias en eventos científicos nacionales e internacionales, y artículos en revistas especializadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marín Hernández W, Navelo Velázquez M, Marin Navelo E. Acciones socioculturales para prevenir conductas suicidas en pacientes del centro salud mental de Caibarién. Santiago[Internet]. 2022 [citado 9 May 2024];(Número Especial):7-21. Disponible en: <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/5627/4822>
2. Organización Mundial de la Salud. Suicidio[Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 9 May 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria[Internet]. Washington, D.C: OPS; 2021. [citado 9 May 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54864/9789275324325_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019[Internet]. Washington, D. C: OPS. 2022 [citado 9 May 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737?show=full>
5. Infobae. Suicidios en Colombia aumentaron durante el 2021[Internet]. Bogotá: Infobae; 2021 [citado 9 May 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/08/19/suicidios-en-colombia-aumentaron-durante-el-2021/>
6. Sistema nacional de protección de niñas, niños y adolescentes Blog. Suicidio infantil y adolescente: factores de riesgo y factores protectores[Internet]. México DF: Gobierno de Mexico; 2021 [citado 9 May 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.mx/sipinna/articulos/suicidio-infantil-y-adolescente-factores-de-riesgo-y-factores-protectores>

7. García López LE, Quevedo Navarro M, Boyeros Fernández I, Ravelo Pérez ER. Actitud de riesgo y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. Medimay [Internet]. 2021 [citado 21 Nov 2024];28(3):312-2. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1526>
8. Perera Milian LS, Hernández Pérez L, Aguilar Hernández I, Sariago Caraballo HE. Prevención del intento suicida desde el accionar de enfermería. Medimay [Internet]. 2024 [citado: fecha de citado];31: e2628. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2628>
9. Ministerio de Salud Pública, Grupo Nacional de Psiquiatría. Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
10. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2023. [Internet]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2024 [citado 9 may 2024]: [aprox. 196 p.]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/10/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2022-Ed-2023.pdf>
11. Aguilar Hernández I, Perera Milian LS, Esquivel Rodríguez D, Barreto García ME. Comportamiento del intento suicida en el municipio de Nueva Paz. Medimay [Internet]. 2008 [citado 9 May 2024];14(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/310>
12. Aguilar Hernández I, Perera Milian LS. Caracterización de la situación de los individuos con intento suicida. Medimay [Internet]. 2016 [citado 9 May 2024];23(1):

[aprox. 12 p.]. Disponible en:

<https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/999>

13. Perera Milian LS, Aguilar Hernández I, Sanabria Ramos G, Castañeda Abascal IE. Acciones de educación comunitaria del proyecto "Sí a la Vida". Nueva Paz, 2013-2015. Medimay [Internet]. 2019 [citado 9 May 2024];26(2): 198-95. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1412>
14. Aguilar Hernández I, Sanabria Ramos G, Castañeda Abascal IE, Perera Milian LS. Evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. Medimay [Internet]. 2019 [citado 9 May 2024];26(3):349-62. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1484>
15. Sufrate Sorzano T, Santolalla Arnedo I, Rivera Sanz F, Ramírez Torres CA. Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis. Presencia [Internet]. 2020 [citado 14 May 2022]; 16:12659. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/p/article/view/e12659>
16. Gracial Hechavarría L, Matos Premiot JY, Benítez Coroneaux K, López Sorzano N. Accionar de enfermería en el manejo de pacientes con conducta suicida. Rev Inf Cient[Internet]. 2017[citado 14 May 2022]; 96(4):596-604. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1180/2186>
17. Álvarez Sintés R, Barcos Pina I. Estrategia metodológica para la formación de promotores comunitarios de salud. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet].2015 [citado 9 May 2024];31 (2):[aprox. 12 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200008
18. Ruiz E, Miranda Novales MG, Villasís Keverer MÁ. El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. Rev Alerg Mex[Internet]. 2017 [citado 9 May 2024];64(3):364-70. Disponible

en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000300364&lng=es

19. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022. [citado 9 May 2024]. Disponible en: 2022 http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2022/en/
20. Partido Comunista de Cuba. Actualización de los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el periodo 2021-2026 [Internet]. La Habana: PCC; 2021. [citado 9 May 2024]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/01Folleto.Lineamientos-4.pdf>
21. Socha Rodríguez MA, Hernández Rincón EH, Guzmán Sabogal YR, Ayala Escudero A, Moreno Gómez MM. Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria. Arch Med [Internet]. 2021;21(1):150-64. [citado 9 May 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1148431/14-prevencion-de-la-conducta-suicida.pdf>
22. Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdés E, Galaviz Barreras AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación medio superior en Sonora. Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 9 May 2024];35(1):45-50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100007
23. Juárez Aragón G, Castañón González JA, Pérez Morales AJ, Montoya Cabrera AM. Clinical and epidemiology characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit. Gac Med Mex [Internet]. 1999 [citado 9 May 2024];135(6):669-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10605272>

- 24.** Córdoba Rodrigo N. Suicidio en niños y adolescentes. Biomédica[Internet]. 2016 [citado 9 May 2024];36(3):341-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/843/84347489001.pdf>
- 25.** Perera García Y. Conducta suicida. Breve caracterización en el municipio Yateras, Guantánamo. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 9 May 2024];93(5): [aprox. 12 p.].Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/177>
- 26.** Corona Miranda B, Alfonso Segué K, Prado Rodríguez R, Hernández Sánchez M, Gámez Sánchez D, Cárdenas Soto T. Caracterización epidemiológica del intento suicida en Cuba entre 2015 y 2018. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2020 [citado 9 May 2024];8(3): [aprox. 12 p.] Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/550>
- 27.** Ovalle Borrego I, Santana Santana E. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. Revista Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet].2013 [citado 9 May 2024];17(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1021>
- 28.** Lozano R, Gómez Dantés H, Garrido Latorre F, Jiménez Corono A, Campuzano Rincón J, Franco Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Pública de México [Internet]. 2013 [citado 9 May 2024];55(6):580-94. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007
- 29.** Gómez Tabares AS. Perspectivas de estudio sobre el comportamiento suicida en niños y adolescentes: Una revisión sistemática de la literatura utilizando la teoría de grafos. Psicol Caribe, Barranquilla [Internet]. 2021 [citado 9 May 2024];38(3):408-51. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2021000300408&lng=en&nrm=iso

30. Gómez Tabares AS, Núñez C, Agudelo Osorio MP, Grisales Aguirres AM. Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. Rev Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación e Evaluación Psicológica [Internet]. 2020 [citado 9 May 2024];54(1):147-63. Disponible en: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-01/RIDEP54-Art12.pdf>
31. Castillo Ledo I, Ledo González HI, Ramos Barroso AA. Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. Norte Salud Mental [Internet]. 2013 [citado 9 May 2024];11(46):13-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694922>
32. Escobar Sánchez PL, Ponce de León AA, Naithe Pérez D. Comportamiento de la conducta suicida en la etapa infanto juvenil. Distrito Julio Antonio Mella. Camagüey. Cuba. Rev Electrón de Portales Médicos [Internet]. 2024 [citado 9 May 2024];19(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/comportamiento-de-la-conducta-suicida-en-la-etapa-infanto-juvenil-distrito-julio-antonio-mella-camaguey-cuba/>
33. Horwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. Emerg Med Clin North Am [Internet]. 2000 [citado 9 May 2024];18(2):263-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10767883/>
34. Wong Corrales L, Seán Hernández N, Hernández Pérez R, Álvarez-Rodríguez Y, Aguilar Hernández I, et al. Efectividad de la intervención de Enfermería sobre promoción de salud en brigadistas sanitarias. Revista Cubana Enfermería

[Internet].2023 [citado 13 May 2024];39(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en:
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5741>

35. Reiner Hernández L, Cruz Caballero B, Orozco-Muñoz C. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 [citado 13 May 2024];11(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en:
<https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1294>
36. Fleites Did TY, Gispert Abreu Ed, Quintero Fleites EJ, Castell-Florit Serrate P, Blanco Barbeito N. Necesidades educativas sobre salud bucodental en el grado preescolar. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2021 [citado 13 May 2024];58(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en:
<https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3069>
37. Izquierdo Ciret A, De Mora Litardo K, Hinojosa Guerrero M, Cruz Villegas JA. Educación y promoción de la salud desde la enfermería. Journal Science Research. 2022;7(2):[aprox. 24 p.]. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7725617>
38. Carranza Esteban R, Caycho Rodríguez T, Salinas Arias S, Ramírez Guerra R, Campos Vilchez C, Chuquista Orci K, et al. Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2019 [citado 13 May 2024];35(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859>
39. Navarro-Rodríguez DC, Guevara-Valtier MC, Paz-Morales MA. Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. Temperamentvm [Internet]. 2023 [citado 21 Nov 2024]; 19: e14224. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169960112023000100013&lng=es.

40. Sakraida TJ. Modelo de promoción de la salud. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 8va Ed. España: Elsevier; 2015. p. 385- 404.
41. Cervantes Lara CA. Conducta Promotora de Salud Sexual en Adolescentes: Propuesta de Teoría de Situación Específica. Cul Cuid [Internet]. 2023 [citado 21 Nov 2024];27(65):249-61. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/18342>
42. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice [Internet]. 7.ed. Boston: Pearson, Prentice Hall; 2015 [citado 21 Nov 2024]. Disponible en: <https://sdh.gmu.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/HealthPromotioninNursingPracticebyNolaPender.pdf>
43. Dandicourt thomas C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia . Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 [citado 21 Nov 2024]; 34 (4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2318>
44. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Editorial Larousse; 1995. Prevención.
45. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2006 [citado 9 May 2024];22(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi15106.htm
46. Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. La Habana: UNFPA; 2008.
47. Montano Luna JA, Sarduy Faulin MM. Capítulo 47 Factores de riesgo y prevención. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral[Internet]. 4. ed. T.1. Vol. 2. Salud y medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022[citado 9 May 2024]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_vol2_4taed/mgi_tomoi_vol2_4taed_capitulo47.pdf

48. Carballado del Valle M, Manrique C. Promoción de la salud. 2. ed. Barcelona: Mac Graw Hill. 2021
49. Gómez Chamorro A. La conducta suicida como proceso. Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía [Internet]. 2021 [citado 9 May 2024];(16):119-28. Disponible en: <https://revistamutatismutandis.com/index.php/mutatismutandis/article/view/313/209>
50. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Promoción de la Salud[Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
51. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 396. Regulaciones de la práctica de enfermería[Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2007 [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://files.sld.cu/redenfermeria/files/2011/10/2008-regulaciones-de-la-practica-de-enfermeria-rm-396-de-2007.pdf>
52. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Atá. La Estrategia de Atención Primaria de Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1978 [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://medicinaysociedad.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
53. Puerto Hernández SA, Izquierdo Machín E, Lamanier Ramos JI. Estrategia pedagógica para el mejoramiento profesional de los tutores de Enfermería del Nivel Primario de Salud. Rev Cub Tec de la Salud [Internet]. 2016 [citado 13 May

2024];7(3):43-9.

Disponible

en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2016/cts163d.pdf>

- 54.** Sariego Caraballo HE, Medina González I, Piera Rocillo O. Estrategia de superación para la actuación profesional de enfermería en la prevención de factores de riesgo de la cardiopatía isquémica [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria, 2018 [citado 13 May 2024]; Disponible en: <http://biblioteca.izt.uam.mx/vufind/Record/ELB91183/Similar?sid=163257&print=1>
<http://catalogo.uns.edu.ar/vufind/Record/elibro.ELB91183/UserComments>
- 55.** Castelló Roselló EM, Molina Torres, J. Propuesta de programa de intervención basado en Terapia de Juego Cognitivo-Conductual para preescolares con Trastorno Negativista Desafiante [Grado en Psicología Trabajo de Fin de Grado]. Elche, Alicante: Univertidad Miguel Hernández; 2024 [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11000/32491>,
<https://dspace.umh.es/jspui/bitstream/11000/32491/1/TFG%20Eva%20Mar%c3%a1da%20Castillo%20Rosell%c3%b3.pdf>
- 56.** Villegas Tello DH. Programa de intervención en la disminución de la ideación suicida en adolescentes escolares, Trujillo, 2024 [Tesis para obtener el grado académico de: Maestro en Intervención Psicológica]. Trujillo-Perú: Universidad César Vallejo; 2024 [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/149532>
- 57.** Navarrete Aime AM. Intervenciones psicológicas positivas para la prevención del riesgo suicida: una revisión sistemática [Título para optar por de Licenciada en Psicología Clínica]. Ambato–Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2024 [citado 13 May 2024]. Disponible en :

<https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e5958b58-365d-49d7-87dd-2137e4982e7b/content>

- 58.** Euseche MA. Programa de intervención educativa para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en estudiantes de 12 a 17 años en el contexto escolar de Colombia. [Tesis Doctoral Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación]. Granada: Universidad de Granada; 2024[citado 13 May 2024]. Disponible en : <https://hdl.handle.net/10481/89772> , <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/89772/94779.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- 59.** Ramírez Rodríguez M, Verdasquera Corcho D, Sanabria Ramos G, Cabezas Alfonso H, Martínez Vizcaíno N, Mena Ramírez M. Manifestaciones tendenciales del conocimiento sobre participación comunitaria en líderes para la prevención de la leptospirosis. Archivo Médico de Camagüey[Internet].2017[citado 13 May 2024];21(2):237-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211150128007>
- 60.** Carilla Pina D, Cantador López M, Azuara Amores LY, Tanase C, Beamuz Molero P, el at. Actuación de enfermería dirigida al paciente adulto con riesgo de conducta suicida. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2024[citado 21 Nov 2024];4:[aprox. 10 p.].Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-dirigida-al-paciente-adulto-con-riesgo-de-conducta-suicida/>
- 61.** Servet. Zaragoza, Llena A, Ucar X. Acción comunitaria: miradas y diálogos interdisciplinarios e interprofesionales. En: Ucar X, Llena A, editores. Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria[Internet]. Barcelona: GRAO; 2006

[citado 13 May 2024]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=10867p.11-5>

- 62.** Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Rev Cub Enferm [Internet]. 2017 [citado 13 Nov 2024]; 33 (3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
- 63.** De Arco-Canoles IC del, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ Salud. 2018;20(2):171-182.doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- 64.** Vera Rodríguez JE, Rojo Pérez N, Quiñones Varela IS. Sistema de acciones de enfermería comunitaria implementadas en un asentamiento rural cubano. Humanid Méd [Internet]. 2016 [citado 13 Nov 2024]; 16 (1) [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/904>
- 65.** Al Maaitah R, Fawzi Abu AlRub R. Exploración de las acciones prioritarias para el fortalecimiento del papel de las enfermeras en el logro de la cobertura universal de salud. Rev Latino-Am Enfermagem[Internet]. 2017[citado 13 Nov 2024];25:1-13.Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hrvFVTr4C6CvfcqDvNtRB7t/?format=pdf&lang=es>
- 66.** Zambrano Constanzo AX. Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: la perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2008 [citado 13 May 2024].Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158831>

- 67.** Ramasco Gutiérrez M. Promoción de la salud y educación para la salud. En: Palmar AM. Métodos educativos en salud. Barcelona: Elsevier; 2014. [citado 13 May 2024].p. 1-19 Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/METODOS%20EDUCATIVOS%20EN%20SALUD/9788413821986>
- 68.** Vargas Umaña I, Villegas del Carpio O, Sánchez Monge A. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Tercera Unidad: Educación para la salud[Internet]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado (SEP); 2016 [citado 13 May 2024]. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.para laSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>
- 69.** Morales Valdivia E, Rubio Contreras AM, Ramírez Durán M del V. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Rev Cient Enferm [Internet]. 2012 [citado 21 Nov 2024];(4):1-19. Disponible en: <https://recien.ua.es/article/view/873>
- 70.** Borges-Damas L, Rolando-Sánchez M, Sixto-Pérez A, Valcárcel-Izquierzo N, Peñalver-Sinclair AG, Parra-Linares E. Teoría Fundamentada en Datos como alternativa investigativa para significar el cuidado en la enfermería cubana. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2019 [citado 13 May 2024]; 35 (3):[aprox. 19 p.]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2746>
- 71.** González Castillo MG, Monroy Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermeria Universitaria. 2016;13(2):124-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- 72.** Pender NJ. Modelo de Promoción de la Salud. En: Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8.ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

- 73.** León Román C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2017 [citado 13 May 2024]; 33 (4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
- 74.** Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [citado 13 May 2024];34(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/354>
- 75.** Tejeda Dilou Y, Suárez Fuentes R, Dandicourt Thomas C, Espino-la-OZ. La integración de cuidados de enfermería en el anciano en estado de necesidad desde la perspectiva comunitaria. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2021 [citado 13 May 2024]; 37 (4):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1228>
- 76.** Viamonte Batista M. La enfermería cubana honrando el legado de Florence Nightingale en sus 200 años. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2020 [citado 13 May 2024]; 36(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3816>
- 77.** Díaz-Muñoz G. Metodología del estudio piloto. Rev Chil Radiol [Internet]. 2020 [citado 21 Nov 2024] ; 26(3): 100-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082020000300100&lng=es . <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082020000300100>.
- 78.** Robles Pastor BF. Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. Pueblo Continente [Internet]. 2018 [citado 14 May 2024];29(1):193-7. Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/991/914>

- 79.** Frías Navarro D. Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida[Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2020. [citado 14 May 2024]. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- 80.** Samaja J. La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 21 Nov 2024] ; 44(2): 431-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200431&lng=es.
- 81.** Cowman S. Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1993 [citado 13 May 2024];18(5):788-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8514935/>
- 82.** Morse JM. Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. Methodology Corner. Rev Nursing Research [Internet]. 1991 [citado 13 May 2024];40(1):423-30. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Janice-Morse/publication/231749811_Development_of_a_Scale_to_Identify_the_Fall-Prone_Patient/links/54e88a070cf27a6de10f01bc/Development-of-a-Scale-to-Identify-the-Fall-Prone-Patient.pdf
- 83.** Artiles Visbal L, Iglesias Otero J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación. para las Ciencias de la Salud[Internet]. La Habana: Ciencias Médicas: La Habana; 2008. [citado 13 May 2024]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/metodologia-de-la-investigacion-para-las-ciencias-de-la-salud/>
- 84.** Bayarre Veá HD, Oliva Pérez M, Horsford Saing R, Ranero Aparicio V, Countin Marie G, Díaz Llanes G. Metodología de la investigación en APS. [CD-ROM]. La Habana: UCI, Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.

- 85.** Apolaya Segura M, Chacón Torrico H. Importancia de un Sistema de Gestión de Información en Salud. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2019 [citado 13 May 2024];9(3):150-1. Disponible en:
<https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/107>
- 86.** Álvarez CM. El Diseño Curricular en la Educación Superior Cubana. La Habana: Educación Superior y Sociedad; 2008.
- 87.** Álvarez Vázquez J. Ciencias Sociales y Paradigmas Médicos. Un ángulo al andar el sendero. Rev Hum Med[Internet]. 2001 [citado 13 May 2024];1(1):[aprox. 12 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000100001&lng=es
- 88.** Hernández Rodríguez IM. Concepción pedagógica del proceso de formación humanista para los estudiantes de la carrera de medicina. Estrategia para su implementación en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Tesis Doctoral]. Pinar del Río: Universidad de Pinar del Río; 2019. [citado 13 May 2024]. Disponible en:
<https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=616&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26SR%3D0%26SD%3D0%26G100%3D3016%26SF%3D62>
- 89.** Izquierdo Machín E. Indicadores de Violencia contra Niños y Niñas: alternativa de Enfermería [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2017. [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://descubridor.uni.edu.ni/Record/ELB71694>
- 90.** Oficina Nacional de Estadística e Información. Censo de Población y Vivienda 2012 [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2013. [citado 13 May 2024]. Disponible en:

https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/ONEI_Censo%20de%20Poblacion%20y%20Viviendas%202012.pdf

- 91.** Hernández Y, Guevara Rumbo B, Jiménez G. Gestión del cuidado de enfermería en personas con intento de suicidio. Horiz Enferm [Internet]. 2023 [citado 13 May 2024];34(3):764-79. Disponible en: <https://pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/RHE/article/view/65209>
- 92.** Hernández Trujillo A, Eiranova González-Elías I, López Acosta YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN[Internet].2013[citado 13 May 2024];17(12):9027-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001
- 93.** Álvarez Caballero M, Camilo Calas V, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. MEDISAN [Internet].2017[citado 13 May 2024];21(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/285>
- 94.** Betancourt Santana YC, Betancourt Enríquez J, Moreno Rodríguez Y, Saavedra Díaz A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. Mediciego[Internet].2015 [citado 13 May 2024];21(1):[aprox. 12 p.].Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85/377>
- 95.** Santamaría Fernández A, Quintero Ríos O, Pupo Báez WJ, Cambar Martínez Y. Caracterización de la Conducta Suicida en Bartolomé Maso Márquez en el 2014. Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana[Internet].2015[citado 13 May 2024];12(3):[aprox. 12 p.].Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64505>

- 96.** Ordoñez Monak I, Alonso Franco Agudelo S, González Ortiz JO. . Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. Rev Colomb Psiquiatr [Internet].2013[citado 21 Nov 2024]; 42(Suppl 1): 56-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-745020130005000008&lng=en.
- 97.** Turcaz Romero M, Rubio de la Iglesia Y. Intento suicida en adolescentes: factores resilientes y de riesgo. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 13 May 2024];93(5):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/181>
- 98.** Cintra Hernández Y, López Santana Y, Villar Rojas Y, Laugart Wilson A. Intento suicida y adolescencia. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 13 May 2024];90(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/244>
- 99.** Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida[Internet]. Washington, DC: OPS, 2021. [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
- 100.** Torralbas Blazquez MJ, Torralbas Fitz SJ, Torralbas Fitz AL, Rubio Ricardo A. Conducta suicida en pacientes con trastornos mentales descendientes de familias consanguíneas. CCM [Internet]. 2013 [citado 13 May 2024];17(3):403-04. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300024
- 101.** Matos NA, Caballero MÁ, Colás VC, Maso YS, Román MB. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 13 May 2024];37(1) :[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1211>

- 102.** Véliz Sánchez M, Díaz Águila H, de-Armas-Gómez A, Barro-García A. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes. MULTIMED [Internet]. 2013 [citado 13 May 2024];17(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/304>
- 103.** Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet[Internet]. 2012 [citado 13 May 2024];379(9834):2373-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726518>
- 104.** Cruz Rodríguez E, Moreira Rios I, Orraca Castillo O, Pérez Moreno N, Hernández González P. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2011 [citado 13 May 2024];15(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/837>
- 105.** González M, Cruz M, Domínguez T. Caracterización familiar de los adultos con conducta suicida. Revista Electron Zoila Marinello Vidaurre [Internet]. 2012 [citado 13 May 2024];37(6):12-20. Disponible en: <http://revzoilomarinello.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=350>
- 106.** Valle Lima A. Metamodelos de la investigación pedagógica. La Habana: Ministerio de Educación, Instituto Central de Ciencias Pedagógicas; 2007.
- 107.** Sierra V. Metodología de la Investigación Científica. En: Ordaz LR. La modelación como método científico general del conocimiento y sus potencialidades en el campo de la educación [Material en soporte magnético]. ISPEJV; 2018.
- 108.** Tinchet Varela C, Selva Suárez AL, Trinchet Soler R, Silva Reyes M, Píris Assa A. La modelación de los objetos y procesos como método para validar los resultados de la investigación científica. Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2014

[citado 22 Jun 2024];9(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/5>

109. Añorga Morales JA. La Educación Avanzada y el mejoramiento profesional y humano. Varona [Internet]. 2014 [citado 25 Oct 2023];(58):19-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360634165003>

110. Garzón Patterson M. Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes con Enfermedad de ALZHEIMER. [Tesis Doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2019. [citado 25 Dic 2023] [citado 2020 Dic 25] Disponible en. <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=87>

111. Real Academia Española. Ortografía de la Lengua Española. 11a de. Madrid: Paraninfo, 2020. p93.

112. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. 8.ed. Barcelona: Elsevier, 2019. [citado 21 Nov 2024]. Disponible en: [https://www.berri.es/pdf/CLASIFICACION%20DE%20INTERVENCIONES%20DE%20ENFERMERIA%20\(NIC\)/9788413826936](https://www.berri.es/pdf/CLASIFICACION%20DE%20INTERVENCIONES%20DE%20ENFERMERIA%20(NIC)/9788413826936)

113. Valverde S, Carnevalli AL, Rezende EM, de Souza F, Rodrigues ZM, Coelho SM, et al. Entende el sentido de los cuidados en enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 [citado 21 Feb 2024];31(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/619/133>

114. Rodríguez Arce MA. Técnicas participativas [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. [citado 21 Nov 2024]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/tecnicas_participativas/pagina_legal.pdf

115. Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia, La Habana 2003-2009

[Tesis Doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010. [citado 18 Mar 2024]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=374>

116. Talavera Ruz M, Pastrana Palma AJ, Valencia Pérez LR. La gestión del conocimiento apoyada por las tecnologías de información. Revisión de casos de aplicación. Rev Tecnología Innovación [Internet]. 2017 [citado 14 May 2024];4(10):18-43. Disponible en:

https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Tecnologia_e_innovacion/vol4num10/Revista_de_Tecnologia_e_Innovacion_V4_N10_4.pdf

117. Mateu López L, Estrada Sentí V, Sedeño Argilagos C. Satisfacción de los profesionales de los Servicios Farmacéuticos con los talleres como vía para la formación en el marco de la Gestión del Conocimiento. UCE Ciencia Rev postgrado [Internet]. 2020 [citado 14 May 2024];8(2):1-8. Disponible en:

<http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/198/188>

118. Hernández Pérez R, Ávila Sánchez M, Espinosa Aguilar A, Hernández-Núñez A, Lemus-Lima E. Satisfacción del profesional de enfermería con una intervención de cuidados como vía para la gestión del conocimiento. Rev Cuba Enferm [Internet].2022[citado 28 Oct 2024]; 38 (2): e5091.Disponible en:

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5091>

119. Fernández de Castro Fabre A, Sánchez Ortega N, Reye Farrat Y. El proceso de validación mediante la Técnica de ladov en cursos por encuentros. Revista Ingeniería Agrícola [Internet]. 2020 [citado 14 May 2024];10(1): e10. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/journal/5862/586262449010/html/>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Rev Ciencias Sociales [Internet]. 2020 [citado 14 May 2024];33(46):79-106. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100079
- Boukouvalas E, El-Den S, Murphy AL, Salvador Carulla L, O'Reilly CL. Exploring Health Care Professionals' Knowledge of, Attitudes Towards, and Confidence in Caring for People at Risk of Suicide: a Systematic Review. Archives Suicide Research. Routledge [Internet]. 2020 [citado 14 May 2024];(24)1-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30856366/>
- Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 14 May 2024];29(6):759-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684089/>
- Clua García R, Casanova Garrigós G, Moreno Poyato AR. Suicide care from the nursing perspective: a meta synthesis of qualitative studies. J Adv Nurs. 2021;77(7):2995-3007. doi: <https://doi.10.1111/jan.14789>
- Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M, Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M. Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. Revista Chilena Pediatría. 2019;90(6):606-16. doi: <https://doi.10.32641/rchped.v90i6.1012>
- Fonseca Pedrero E, de Albéniz AP. Assessment of suicidal behavior in adolescents: The paykel suicide scale. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2020 [citado 14 May 2024];41(2):106-15. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/English/2928.pdf>

- Heidegger M. Ser y tiempo. Editorial Universitaria de Chile, editor. Chile; 2019.
- Investigación RS. Papel de enfermería en el riesgo de suicidio en niños y adolescentes. Rev Sanitaria Investigación[Internet].2022[citado 14 May 2024];3(8,):9-17. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587015>
- Li K, Zhan X, Ren L, Liu N, Zhang L, Li L, et al. The Association of Abuse and Depression With Suicidal Ideation in Chinese Adolescents: A Network Analysis. Front Psychiatry. 2022;13:853951. doi: <https://doi.10.3389/fpsyt.2022.853951>
- Moderating Role of Meaning in Life. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23):15895. doi: <https://doi.10.3390/ijerph192315895>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del Suicidio en España 2020 [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2021 [citado 14 May 2024]. Disponible en:
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Ochoa Fuentes DA, Gutiérrez Chablé LE, Méndez Martínez S, García Flores MA, Ayón Aguilar J. Confinement and social distancing: stress, anxiety, depression in children and adolescents]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2022 [citado 14 May 2024].;60(3):338-44. Disponible en:
<https://europepmc.org/article/med/35763409>
- Ortiz Sánchez FA, Brambila Tapia AJL, Cárdenas Fujita LS, Toledo Lozano CG, Samudio Cruz MA, Gómez Díaz B, et al. Family Functioning and Suicide Attempts in Mexican Adolescents. Behav Sci (Basel). 2023;13(2):120. doi: <https://doi.10.3390/bs13020120>

- Paramo D, Herrera A. Barreras que perciben estudiantes con y sin riesgo suicida para solicitar ayuda profesional. Rev Estudios Psicológicos. 2022;2(1):88-98. doi: <https://doi.10.35622/j.rep.2022.01.006>
- Pedreira JL. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2019;24(3):217-37. doi: <https://doi.10.5944/rppc.26280>
- Serrano CC, Dolci GF. Suicide prevention and suicidal behavior. Gac Med Mex. 2021;157(5):547-52. doi: <https://doi.10.24875/GMM.M21000611>
- Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez Sánchez L, García Cruz JM, Bonetde Luna C, Notario Herrero F, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. Anales de Pediatría (English Edition). 2023;98(3):204-12. doi: <https://doi.10.1016/j.anpede.2022.11.005>
- Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. Asia-Pacific Psychiatry. 2021;13(3):e12452. doi: <https://doi.10.1111/appy.1245>
- Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database Syst. 2021(3):CD013667. doi: <https://doi.10.1002/14651858.CD013667.pub2>

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida
Anexo 2	Guía de análisis documental de historias clínicas
Anexo 3	Guía de análisis documental de las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO)
Anexo 4	Guía de observación a las enfermeras que laboran en los EBS del primer nivel de atención del municipio Nueva Paz
Anexo 5	Cuestionario a las enfermeras que laboran en los EBS del primer nivel de atención del municipio Nueva Paz
Anexo 6	Grupo Focal
Anexo 7	Entrevista grupal semi-estructurada a directivos de enfermería del municipio Nueva Paz
Anexo 8	Ecuación para el cálculo del coeficiente V de Aiken
Anexo 9	Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos
Anexo 10	Triangulación metodológica de la variable: prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, por indicadores
Anexo 11	Carta de consentimiento informado
Anexo 12	Cuestionario a expertos para validar el diseño de las acciones de prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en Nueva Paz
Anexo 13	Materiales educativos diseñados por la autora
Anexo 14	Acciones para la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en Nueva Paz
Anexo 15	Encuesta de satisfacción al personal de enfermería y su calificación a través de la técnica de ladov
Anexo 16	Cuadro lógico de ladov para señalar la interacción entre las respuestas a las preguntas cuatro, seis y ocho de la encuesta utilizada

Anexo 1

Entrevista individual semiestructurada a las personas que cometieron intento suicida

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, para lo cual necesitamos su cooperación y que responda las siguientes preguntas con la mayor veracidad, dichas preguntas tienen carácter anónimo.

Muchas gracias

1. Edad:

10 a 19 años____

20 a 29 años____

30 a 39 años____

40 a 49 años____

50 a 59 años____

60 a 69 años____

70 años y mas____

2. Sexo:

F____ M ____

3. Nivel de escolaridad:

Primaria____

Nivel medio____

Universitario____

4. Estado civil:

Soltero____

Divorciado____

Casado____

Unión consensual____

Viudo____

5. Método utilizado en el intento suicida:

Ingestión de psicofármacos

Ahorcamiento

Ingestión de otros medicamentos

Ingestión de sustancias tóxicas

Quemadura

Arma blanca

Precipitación de altura

Otro. ¿Cuál? _____

6. ¿Usted tiene algunos de los siguientes riesgos personales?

Intento Suicida previo: Si _____ No _____

¿Si respondió Si, diga, cuantos? _____

Si las razones han sido por conflictos: Familiares _____ De pareja _____ Judicial _____

Sexual _____ Escolar _____ Laboral _____

Alcoholismo: Si _____ No _____

Enfermedad médica crónica: Si _____ No _____

¿Si respondió Si diga, cuáles?

¿Siente la necesidad de consumir medicamentos sin que sean prescritos por el médico? Sí _____ No _____

¿Si respondió Si diga, cuáles?

¿En su familia ha existido?:

Intento suicida Si _____ No _____

Suicidio Si _____ No _____

Familiares con problemas sociales: Si _____ No _____

¿Si respondió Si diga, cuáles?

¿Ha recibido usted en su medio familiar algunas de estas manifestaciones?:

Gritos _____ Amenazas _____

Golpes _____ Lesiones con arma blanca _____

Humillaciones _____

Insultos _____ Abuso sexual _____

Anexo 2

Guía de análisis documental de historias clínicas

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, para lo cual necesitamos su cooperación para evaluar las historias clínicas.

Muchas gracias

Aspectos a tener en cuenta:

Historias clínicas individuales:

Dispensarización en grupo adecuado.

Calidad de la primera consulta: evaluación de riesgo

- Valoración del riesgo.

- Estrategia de seguimiento en consultas, interconsultas y terrenos.

- a)- Interconsultas de Psicología y Psiquiatría.

- b)- Terrenos realizados: menos de 15 días del IS, al mes del IS y bimensual.

- c)- Valoración integral de la CSM.

Historias clínicas familiares:

Dispensarización Individual.

Grupo dispensarial.

Evaluación periódica (Frecuencia Mínima de Evaluación).

Intervención continua.

Dispensarización Familiar.

Registro familiar.

Evaluación periódica de la salud familiar.

Intervención familiar.

Anexo 3

Guía de análisis documental de las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO)

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, para lo cual necesitamos su cooperación para evaluar las tarjetas de EDO.

Muchas gracias

Aspectos a tener en cuenta:

Llenado completo con letra legible de todos los elementos de la tarjeta enfatizando en:

Nombre y dos apellidos

Edad

Dirección donde vive

Diagnóstico correcto

Fecha

Nombre y apellidos del médico

No. de registro del medico

Firma

Especificar en el nombre completo de la enfermedad:

Diagnóstico completo

Método utilizado describiendo en caso de ingestión el tipo de sustancia, medicamento, etc.

Anexo 4

Guía de observación a las enfermeras que laboran en los EBS del 1er nivel de atención del municipio Nueva Paz

Objetivo: identificar las dificultades del personal de enfermería para prevenir el intento suicida.

Procedimientos: para llevar a cabo la investigación se realizó una observación a las enfermeras de los EBS durante su actuación con personas y familiares de personas que atentaron contra su vida. Los resultados tuvieron carácter confidencial, respetándose el anonimato; solo fueron empleados con carácter científico y se clasificó en correspondencia con la escala: 0 = no se observa (NS), 1 = se observa poco (SP), 2 = se observa en casi todo momento (SC) y 3 = se observa en todo momento (SM).

Indicadores	NS	SP	SC	SM
1.1.1- Nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.				
1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.				
1.1.3- Nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar.				
1.1.4- Nivel de capacidad para la atención preventiva.				
1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.				
1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.				
1.2.3- Nivel de dominio de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.				
1.3.1- Nivel de actividades de superación del personal de enfermería en función de la ejecución del PNPACS.				
1.3.2- Nivel de actividades de educación para la salud impartidas por el personal de enfermería en la comunidad.				
1.3.3- Nivel de desarrollo de actividades formativas sobre los factores de riesgo del intento suicida.				
2.1.1- Nivel de responsabilidad que asume de acuerdo con las funciones asignadas.				
2.1.2- Nivel de cumplimiento de las funciones asignadas.				
2.1.3- Nivel de capacidad para mejorar las diferentes				

situaciones de trabajo.				
2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.				
2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.				
2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.				
2.2.4- Nivel de evaluación sistemática de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida.				
2.2.5- Nivel de efectividad de las intervenciones de enfermería.				
2.3.1- Nivel de gestión para la toma de decisiones.				
2.3.2- Nivel de conciencia de la gravedad del intento suicida.				
2.3.3- Nivel de frecuencia del intercambio conjunto con el equipo de salud.				
2.3.4- Nivel de correspondencia en el trabajo del personal de enfermería con las orientaciones derivadas por el equipo de salud.				
3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.				
3.1.2- Nivel de proyección ética en la práctica de enfermería.				
3.1.3- Nivel de capacidad para resolver los dilemas éticos en la práctica de enfermería.				
3.2.1- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la familia.				
3.2.2- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la comunidad.				
3.2.3- Nivel de vinculación del personal de enfermería con las organizaciones e instituciones sociales.				
Cronbach's Alpha =				

Anexo 5

Cuestionario a las enfermeras que laboran en los EBS del 1er nivel de atención del municipio Nueva Paz

Objetivo: explorar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería y clave de calificación

Estimada enfermera:

Nos encontramos inmersos en una investigación que se relaciona con la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, por lo que le sugerimos que lea y analice detenidamente cada una de las preguntas formuladas en este instrumento. Agradecemos de antemano su colaboración y le ratificamos el carácter anónimo que tendrá la información que proporciona.

Preguntas:

1. Marque con una cruz (X) las respuestas correctas, teniendo en cuenta las funciones que debe cumplir el personal de enfermería en los EBS del 1er nivel de atención, relacionado con la prevención del intento suicida.

- a) ☐ Formar parte del equipo interdisciplinario que participa en la prevención del intento suicida.
- b) ☐ Cuidar la salud de la persona en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- c) ☐ Confeccionar y entregar en el departamento de estadística las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria.
- d) ☐ Realizar y controlar el Proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- e) ☐ Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
- f) ☐ Registrar en la historia clínica solo la información disponible sobre el estado de salud de la persona que intentó contra su vida.
- g) ☐ Discutir en las reuniones del grupo básico de trabajo la morbilidad por intento suicida.
- h) ☐ Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
- i) ☐ Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.

2. Seleccione de los siguientes enunciados, cuáles son Verdaderos (V) y cuáles Falsos (F), teniendo en cuenta la interacción enfermera-persona a través de la comunicación verbal y no verbal, herramienta básica para la prevención del intento suicida.

- a) ☐ No debe existir coordinación alguna entre lo que se comunica al paciente y la manera de actuar ante la comunicación.
- b) ☐ La comunicación es el principal vehículo para enviar un mensaje y transmitir confianza, seguridad, energía y entusiasmo a la persona que intentó contra su vida.

- c) ____ En el proceso de comunicación enfermera-persona, la enfermera brinda apoyo psicológico a la persona que intentó contra su vida y asume el rol de receptor.
- d) ____ La escucha comienza a darse a partir del momento en que el personal de enfermería se dispone a escuchar al paciente y asume el rol de emisor.
- e) ____ Los roles de emisor y receptor se intercambian durante el proceso de comunicación.
- f) ____ Cuando la enfermera ejecuta acciones para prevenir el intento suicida, se debe asumir la comunicación no verbal, dada por: suspiros, gestos, movimientos bruscos de los brazos, entre otros.
- g) ____ El modelo del proceso de comunicación consta de las siguientes partes: el emisor llega con una idea que desea comunicar, lo transforma en mensaje y lo transmite, mientras el receptor decodifica el mensaje, le atribuye un significado y devuelve una reacción.
- h) ____ El personal de enfermería debe ser conscientes de su lenguaje corporal y del significado del mismo y tranquilizar al paciente a través del poder del tacto.
- i) ____ El proceso de comunicación enfermera-persona, será diferente para cada persona en función de su edad, nivel de conocimientos, grupo social y características psicosociales.
- j) ____ Un volumen de voz bajo y templado, con pausas y el empleo del silencio, facilitan el compartir los pensamientos y las emociones de la persona.

3. Seleccione en cada caso la respuesta correcta, teniendo en cuenta sus conocimientos sobre los principios éticos, y actitudes morales, políticas e ideológicas en la práctica de enfermería.

I- En el accionar de enfermería para prevenir el intento suicida, la enfermera NO debe considerar:

- a) ____ La particularidad de la persona.
- b) ____ Hábitos, costumbres y creencias que ponen en riesgo su salud.
- c) ____ Los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.
- d) ____ Valores de respeto, equidad, fraternidad y solidaridad.

II- En el ejercicio de la profesión, la enfermera comete falta a la ética, excepto:

- a) ____ Cuando omite o altera información para favorecerse ella o terceros.
- b) ____ Cuando no busca ventajas en concursos por medios ilícitos.
- c) ____ Cuando no denuncia las infracciones al código de ética cometidas por otra enfermera.
- d) ____ Cuando discrimina por interés personal o de grupo la participación de enfermeras en concurso de promoción de plazas.

III- El secreto profesional de enfermería se mantendrá siempre, excepto:

- a) ____ Cuando se lo exija un familiar de la persona que intente contra su vida.
- b) ____ Cuando está en riesgo la vida de la persona.
- c) ____ Cuando la persona sea menor de edad.

IV- No es una falta grave a la ética, en el ejercicio profesional:

- a) ____ Ostentar especialidades o grados académicos que no le corresponden.
- b) ____ Perjudicar la imagen institucional con actos reñidos contra la moral.
- c) ____ Evaluar con juicio crítico la competencia de otro profesional.

V- Tomar una decisión adecuada y oportuna en el accionar de enfermería para prevenir el intento suicida, requiere aplicar los principios de:

- a) ☐ Autonomía y justicia.
- b) ☐ Beneficencia y no maleficencia.
- c) ☐ La relación riesgo-beneficio.
- d) ☐ Todas las anteriores.

VI- Cuando la enfermera accede a cargos directivos o de responsabilidad administrativa debe ser:

- a) ☐ Imparcial y justa con los subordinados, aun en casos de discrepancias.
- b) ☐ Honesta y flexible en todo momento.
- c) ☐ Rigurosa e injusta con las indisciplinas cometidas.
- d) ☐ Flexible con los errores, aun en casos de discrepancias.

4. Seleccione de los siguientes enunciados, cuáles son Verdaderos (V) y cuáles Falsos (F), teniendo en cuenta las acciones de enfermería a desarrollar con una persona que ha realizado un intento suicida.

- a) ☐ Las personas con intento suicida se deben interconsultar con el equipo de salud mental en los primeros 30 días después del hecho.
- b) ☐ Solo es responsabilidad de la enfermera la formación de promotores comunitarios en la promoción de estilos de vida más sanos.
- c) ☐ La enfermera de la familia debe diseñar un sistema de información especial dirigido a centros escolares, de trabajo y comunidades sobre riesgos y consecuencias de la conducta suicida.
- d) ☐ El equipo de Educación Para la Salud debe adiestrar a grupos vulnerables a la conducta suicida.
- e) ☐ La atención especializada se brinda a toda persona menor de 20 y mayor de 60 años que haya realizado un intento suicida.
- f) ☐ Constituye el ingreso domiciliario una alternativa de solución para estas personas.

5. Existen aspectos que se toman en consideración para evaluar el intento suicida. Mencione tres de ellos.

6. Para la realización del intento suicida se utilizan diferentes métodos. Marque con una cruz (X) los métodos que correspondan con los denominados suaves o poco letales.

- a) ☐ Ingestión de psicofármacos.
- b) ☐ Quemaduras.
- c) ☐ Sección de vasos sanguíneos.
- d) ☐ Ingestión de sustancias tóxicas.
- e) ☐ Ingestión de medicamentos.

7. Enumere cinco factores de riesgo personales de la conducta suicida.

Clave de calificación del cuestionario a las enfermeras que laboran en los EBS del 1er nivel de atención del municipio Nueva Paz

Preguntas	Respuestas correctas	Calificación	Total
1	a) X	Obtiene: 5 puntos si 9 respuestas correctas 4 puntos si 8 respuestas correctas 3 puntos si 7 respuestas correctas 2 puntos si 6 o menos respuestas correctas	5 puntos
	b) X		
	c)		
	d) X		
	e) X		
	f)		
	g)		
	h)X		
	i) X		
2	a) F	Obtiene: 5 puntos si 10 respuestas correctas 4 puntos si 9 o 8 respuestas correctas 3 puntos si 7 respuestas correctas 2 puntos si 6 o menos respuestas correctas	5 puntos
	b) V		
	c) F		
	d) F		
	e) V		
	f) F		
	g) V		
	h) V		
	i) V		
	j) V		
3	I- a)	Obtiene: 5 puntos si 6 respuestas correctas 4 puntos si 5 respuestas correctas 3 puntos si 4 respuestas correctas 2 puntos si 3 o menos respuestas correctas	5 puntos
	II- b)		
	III- b)		
	IV- c)		
	V- d)		
	VI- a)		
4	a) V	Obtiene: 5 puntos si 6 respuestas correctas 4 puntos si 5	5 puntos
	b) F		
	c) V		

	d) V	respuestas correctas 3 puntos si 4	
	e) F	respuestas correctas 2 puntos si 3 o menos	
	f) F	respuestas correctas	
5	- Letalidad del método.	Obtiene: 5 puntos si 3	5 puntos
	- Gravedad de las circunstancias.	respuestas correctas 4 puntos si 2	
	- Severidad de la intención.	respuestas correctas 3 puntos si 1 respuestas correctas 2 puntos si ninguna respuestas correctas	
6	a) X	Obtiene: 5 puntos si 5	5 puntos
	b)	respuestas correctas 4 puntos si 4	
	c)	respuestas correctas 3 puntos si 3	
	d) X	respuestas correctas 2 puntos si 2 o menos	
	e) X	respuestas correctas	
7	- Desórdenes psiquiátricos (depresión)	Obtiene: 5 puntos si 5	5 puntos
	- Enfermedad crónica invalidante	respuestas correctas 4 puntos si 4	
	- Dolor crónico.	respuestas correctas 3 puntos si 3	
	- Sentimiento de soledad.	respuestas correctas 2 puntos si 2 o menos	
	- Desesperanza.	respuestas correctas	
	- Muerte o separación de figuras significativas.		
	- Internamiento voluntario.		
	- Factores socioeconómicos adversos.		

Tabla de decisiones para calificar exámenes de siete preguntas

Evaluación	Combinaciones posibles				
Excelente (5)	5-5-5-5-5-5-5	5-5-5-5-5-5-4	5-5-5-5-5-4-4	5-5-5-5-4-4-4	5-5-5-5-5-5-3
Bien (4)	5-5-5-5-5-5-2	5-5-5-5-4-4-3	5-5-5-5-3-3-3	5-5-5-4-4-3-3	5-5-4-4-4-4-2
	5-5-5-5-5-4-3	5-5-5-5-4-4-2	5-5-5-5-3-3-2	5-5-5-4-4-3-2	5-5-4-4-4-3-3
	5-5-5-5-5-4-2	5-5-5-5-4-3-3	5-5-5-4-4-4-4	5-5-5-4-3-3-3	5-4-4-4-4-4-4
	5-5-5-5-5-3-3	5-5-5-5-4-3-2	5-5-5-4-4-4-3	5-5-4-4-4-4-4	5-4-4-4-4-4-3
	5-5-5-5-5-3-2		5-5-5-4-4-4-2	5-5-4-4-4-4-3	5-4-4-4-4-3-3
Regular (3)				5-5-4-4-3-3-3	4-4-4-4-4-4-4
					4-4-4-4-4-4-3
					4-4-4-4-4-3-3
					4-4-4-4-3-3-3
	5-5-5-4-3-3-2	5-5-3-3-3-3-3	4-4-4-4-4-3-2	4-4-4-4-3-3-2	4-4-4-3-3-3-2
	5-5-4-4-3-3-2	5-5-4-3-3-3-3		4-4-4-3-3-3-3	4-4-3-3-3-3-3
	5-5-5-5-5-2-2	5-5-4-3-3-3-2			4-4-3-3-3-3-2
	5-5-5-5-3-2-2	5-5-4-3-3-2-2			4-4-3-3-3-2-2
	5-5-5-4-3-2-2	5-4-4-4-3-3-2			4-3-3-3-3-3-2
	5-5-5-3-3-3-3	5-4-4-4-3-2-2			4-3-3-3-3-3-3
	5-5-5-3-3-3-2	5-4-4-3-3-3-3			4-3-3-3-3-2-2
	5-5-5-3-3-2-2	5-4-4-3-3-3-2			3-3-3-3-3-3-3
		5-4-4-3-3-2-2			3-3-3-3-3-3-2
		5-4-3-3-3-3-3			3-3-3-3-3-2-2*
		5-4-3-3-3-3-2			
		5-4-3-3-3-2-2			
		5-3-3-3-3-3-3			
		5-3-3-3-3-3-2			
		5-3-3-3-3-2-2			
* Esta combinación debe ser valorada por el colectivo de profesores el cual decidirá si las preguntas con 2 le invalidan el aprobado.					
Mal (2)	Tres o más preguntas con 2 independientemente de la calificación de las otras preguntas.				

Anexo 6

Grupo Focal

Objetivo: generar información en relación a la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería.

Estimada enfermera:

Se necesita su colaboración para desde su percepción brindar información en relación a la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, por lo que se necesita lea detenidamente el siguiente procedimiento que se tendrá en cuenta para el desarrollo de este grupo focal.

Procedimientos: el moderador utiliza una guía de discusión para mantener el enfoque de la reunión y el control del grupo. Formula las preguntas para un debate abierto. Los grupos fueron previamente seleccionados a partir de los criterios de homogeneidad necesarios. Se designa además un observador y un relator. Se analiza la información recabada y se definen conclusiones.

Preguntas que fueron abordadas

- ¿Qué factores de riesgo creen que influyen en las personas para que atenten contra su vida?
- ¿Qué acciones de educación para la salud debe brindar el personal de enfermería a la persona y familiares con factores de riesgo para el intento suicida?
- ¿Qué explica que el personal de enfermería no modifique su actuación en cuanto a la ejecución del PNPACS?
- ¿Qué papel juega el personal de enfermería en el trabajo en equipo ante esta problemática?
- ¿Considera que usted está preparada para brindar cuidados de enfermería a la persona que ha intentado contra su vida y a sus familiares?
- ¿Han recibido cursos de superación sobre el PNPACS?
- ¿Se evalúan las acciones que se ejecutan en la comunidad para la prevención del intento suicida?
- ¿Por qué es importante realizar una intervención de enfermería para la prevención el intento suicida?

Gracias por su participación

Anexo 7

Entrevista grupal semi-estructurada a directivos de enfermería del municipio Nueva Paz

Objetivo: identificar en jefes de enfermería del municipio Nueva Paz, las concepciones que expresan sobre el accionar de enfermería para la prevención del intento suicida.

Estimado (a) profesional de enfermería:

El propósito de esta entrevista es obtener las principales incidencias del personal de enfermería durante la prevención del intento suicida.

Tópicos de la entrevista

- Evaluación del nivel de responsabilidad que asume el personal de enfermería, de acuerdo con las funciones asignadas al puesto laboral para la prevención del intento suicida.
- Puntualidad ante el horario de trabajo establecido por la institución, permanencia en el puesto laboral, respeto a los superiores y cumplimiento de las tareas asignadas.
- Proyección ética y actitudes morales, políticas e ideológicas del personal de enfermería durante la ejecución del PNPACS
- Habilidades manifiestas por el personal de enfermería en su desempeño profesional según sus competencias.
- Priorización e individualización de las acciones de enfermería en la prevención del intento suicida.

Anexo 8

Ecuación para el cálculo del coeficiente V de Aiken

$$V = \frac{S}{[n(c-1)]}$$

Donde:

S = La suma de sí.

si = Valor asignado por el juez i.

n = Número de jueces expertos (en este caso 9).

c = Número de valores de la escala de valoración (en este caso 2).

Este coeficiente obtiene valores entre 0 y 1. El experto evaluará cada aspecto señalado por ítems, según la escala: muy adecuado (MA), adecuado (A), poco adecuado (PA) y no adecuado (NA). Se consideró 1 cuando el experto seleccionó las alternativas muy adecuado (MA) o adecuado (A), y 0 cuando seleccionó las alternativas poco adecuado (PA) o no adecuado (NA).

Ítems	Aspectos a evaluar															
	Calidad				Pertinencia				Relevancia				Comprensión			
	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA
Ejemplo		X			X						X			X		

Ítems	Aspectos a evaluar																Suma
	Calidad				Pertinencia				Relevancia				Comprensión				
	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	
Ejemplo		1			1						0			1			0.75

Ítems	Índice de Acuerdo									Suma de calificaciones por jueces (S)	V de Aiken por Ítem
	Jueces Expertos										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Ejemplo	1	1	1	1	0.75	1	1	1	0.75	8.50	0.94

$$V = \frac{8.50}{[9(2-1)]} \quad V = 0.94$$

Si V = 0, significa que hay total desacuerdo con los ítems.

Si V = 1, significa que hay total acuerdo con todos los ítems.

Las valoraciones de los jueces a cada ítem, se organizan en una hoja de cálculo en Excel, con las cuales se realiza el cálculo del coeficiente V de Aiken.

Si los valores de V de Aiken son mayores o iguales a 0.8, se considera al ítem válido para ser aplicado con un nivel de significancia para $p < 0.05$.

Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

- $V \geq 0.8$ - 1.0 Adecuado. - $V > 0.5$ - 0.7 No Adecuado.

Anexo 9

Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos

Secuencia de pasos a seguir:

1. Confeccionar un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar.
2. Realizar una valoración sobre el nivel de experiencia que poseen, evaluando de esta forma los niveles de conocimientos sobre la materia. Para ello se realiza una primera pregunta para una autoevaluación de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta se les pide que marquen con una equis (X), en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimientos o información que tienen sobre el tema a estudiar.

#	Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											

3. A partir de aquí se calcula fácilmente el Coeficiente de Conocimiento o Información (Kc), a través de la siguiente fórmula:

$$Kc = n (0,1)$$

Donde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información.

n: Rango seleccionado por el experto.

4. Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

#	Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
1	Análisis teóricos realizados por usted			
2	Su experiencia obtenida			
3	Trabajos de autores nacionales			
4	Trabajos de autores extranjeros			
5	Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
6	Su intuición			

5. Aquí se determinan los aspectos de mayor influencia. A partir de estos valores reflejados por cada experto en la tabla se contrastan con los valores de una tabla patrón:

#	Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
1	Análisis teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
2	Su experiencia obtenida	0.5	0.4	0.2
3	Trabajos de autores nacionales	0.05	0.05	0.05
4	Trabajos de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
5	Su conocimiento del estado del problema en el extranjero	0.05	0.05	0.05
6	Su intuición	0.05	0.05	0.05

6. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el Coeficiente de Argumentación (Ka) de cada experto:

$$K_a = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$$

Donde:

Ka: Coeficiente de Argumentación.

n: Valor correspondiente a la fuente de argumentación i (1 hasta 6).

7. Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (Kc) y el Coeficiente de Argumentación (Ka) se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K) que finalmente es el coeficiente que determina en realidad que experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación. Este coeficiente (K) se calcula de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia.

Kc: Coeficiente de Conocimiento.

Ka: Coeficiente de Argumentación.

8. Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

- $K > 0.8 - 1.0$ Coeficiente de Competencia Alto.
- $K > 0.5 - 0.8$ Coeficiente de Competencia Medio.
- $K \leq 0.5$ Coeficiente de Competencia Bajo.

9. Se utilizan para la consulta, expertos de competencia alta.

10. A continuación, se determina el coeficiente de competencia de los expertos a través de la siguiente encuesta

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Nombres y Apellidos: _____

2. Marque con una equis (X) su calificación profesional, maestría, doctorado, categoría docente e investigativa obtenida:

___ Máster en Enfermería o en Psiquiatría Comunitaria.

___ Doctor en Ciencias.

___ Profesor Auxiliar.

___ Profesor Titular.

___ Investigador Auxiliar.

___ Investigador Titular.

3. Fecha de graduación como profesional de la salud (año): _____

4. Fecha de graduación como Máster (año): _____

5. Fecha de graduación como Doctor en Ciencias (año): _____

6. Años de experiencia profesional: _____

7. Marque con una equis (X), en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimientos o información que usted posee sobre el PNPACS.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Marque con una equis (X), cómo usted valora su nivel de argumentación o fundamentación sobre el accionar de enfermería para la prevención del intento suicida.

#	Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
1	Análisis teóricos realizados por usted			
2	Su experiencia obtenida			
3	Trabajos de autores nacionales			
4	Trabajos de autores extranjeros			
5	Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
6	Su intuición			

Muchas gracias

Resultados del coeficiente de competencia de los expertos

Expertos	Kc	Ka	K	Valoración del Coeficiente de Competencia de cada experto
1	0.9	0.9	0.90	Coeficiente de Competencia Alto
2	1.0	1.0	1.0	Coeficiente de Competencia Alto
3	0.8	0.8	0.80	Coeficiente de Competencia Medio
4	0.8	0.7	0.75	Coeficiente de Competencia Medio
5	1.0	1.0	1.0	Coeficiente de Competencia Alto
6	0.9	0.8	0.85	Coeficiente de Competencia Alto
7	0.7	0.8	0.75	Coeficiente de Competencia Medio
8	0.8	1.0	0.90	Coeficiente de Competencia Alto
9	0.8	0.8	0.80	Coeficiente de Competencia Medio
10	0.8	0.9	0.85	Coeficiente de Competencia Alto
11	0.9	0.9	0.90	Coeficiente de Competencia Alto
12	0.9	0.8	0.85	Coeficiente de Competencia Alto
13	0.7	0.8	0.75	Coeficiente de Competencia Medio
14	0.8	0.9	0.85	Coeficiente de Competencia Alto

Anexo 10

Triangulación metodológica de la variable: prevención del intento suicida en el accionar de enfermería, por indicadores

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Instrumentos			
			OC	E	GF	EGS
1. Cognitiva (saber)	1.1. Valoración clínica	1.1.1- Nivel de Conocimientos acerca de los factores de riesgo del intento suicida.	X	X	X	X
		1.1.2- Nivel de identificación de los factores de riesgo.	X	X	X	X
		1.1.3- Nivel de evaluación de la gravedad de la violencia intrafamiliar.	X			X
		1.1.4- Nivel de capacidad para la atención preventiva.	X			X
	1.2. Comunicación	1.2.1- Nivel de comunicación verbal del personal de enfermería con personas que intentaron contra su vida.	X	X	X	
		1.2.2- Nivel de comunicación grupal del personal de enfermería con los familiares de personas que intentaron contra su vida.	X	X	X	
		1.2.3- Nivel de información confiable por parte del personal de enfermería que fundamente la toma de decisiones.	X	X	X	
	1.3. Superación	1.3.1- Nivel de actividades de superación del personal de enfermería en función de la ejecución del PNPACS.			X	X
		1.3.2- Nivel de actividades de educación para la salud impartidas por el personal de enfermería en la comunidad.			X	X
		1.3.3- Nivel de desarrollo de actividades formativas sobre los factores de riesgo del intento suicida.			X	X
2. Laboral (saber hacer)	2.1- Responsabilidad	2.1.1- Nivel de responsabilidad que asume de acuerdo con las funciones asignadas.	X		X	X
		2.1.2- Nivel de cumplimiento de las funciones asignadas.	X			X
		2.1.3- Nivel de capacidad para mejorar las diferentes situaciones de trabajo.	X			X
	2.2- Juicio clínico	2.2.1- Nivel de dominio del proceso de atención de enfermería.	X	X	X	X

		2.2.2- Nivel de identificación de los diagnósticos de enfermería.	X	X	X	X
		2.2.3- Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo para la prevención del intento suicida.	X	X	X	X
		2.2.4- Nivel de evaluación sistemática de los objetivos del plan de cuidados para la prevención del intento suicida.	X			X
		2.2.5- Nivel de efectividad de las intervenciones de enfermería.	X			X
	2.3- Toma de decisiones	2.3.1- Nivel de gestión para la toma de decisiones.	X		X	X
		2.3.2- Nivel de conciencia de la gravedad del intento suicida.	X		X	X
		2.3.3- Nivel de frecuencia del intercambio conjunto con el equipo de salud.	X		X	X
		2.3.4- Nivel de correspondencia en el trabajo del personal de enfermería con las orientaciones derivadas por el equipo de salud.	X			X
3. Actitudes (saber ser)	3.1- Compromiso ético	3.1.1- Nivel de conocimientos y aplicabilidad de los principios éticos.	X	X	X	X
		3.1.2- Nivel de proyección ética en la práctica de enfermería.	X		X	X
		3.1.3- Nivel de capacidad para resolver los dilemas éticos en la práctica de enfermería.	X		X	X
	3.2- Dinámica social	3.2.1- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la familia.	X		X	X
		3.2.2- Nivel de vinculación del personal de enfermería con la comunidad.	X		X	X
		3.2.3- Nivel de vinculación del personal de enfermería con las organizaciones e instituciones sociales.	X		X	X

Fuente: elaborado por la autora. 2024

Leyenda: OC: Observación científica. E: Encuesta. GF: Grupo focal. EGS: Entrevista Grupal Semiestructurada

Anexo 11.

Carta de consentimiento informado para las personas que cometieron el intento suicida

Yo, _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____

Firma del investigador _____

Fecha: _____

Carta de consentimiento informado para el personal de enfermería y los directivos de enfermería de Nueva Paz

Yo, _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del enfermero o directivo de enfermería

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____

Firma del investigador _____

Fecha: _____

Anexo 12

Cuestionario a expertos para validar el diseño de las acciones de prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en Nueva Paz

Estimado experto:

Debido a su experiencia de trabajo, sometemos a su consideración el diseño de las acciones para la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería para lo cual debe marcar con una X en la casilla que corresponda a su criterio.

Muchas gracias

Criterios	Bueno	Regular	Malo
Claridad en la formulación			
Congruencia entre objetivos y temas			
Número de sesiones adecuadas			
Temas bien seleccionados			
Pertinencia del programa de intervención			
Selección adecuada de las técnicas			

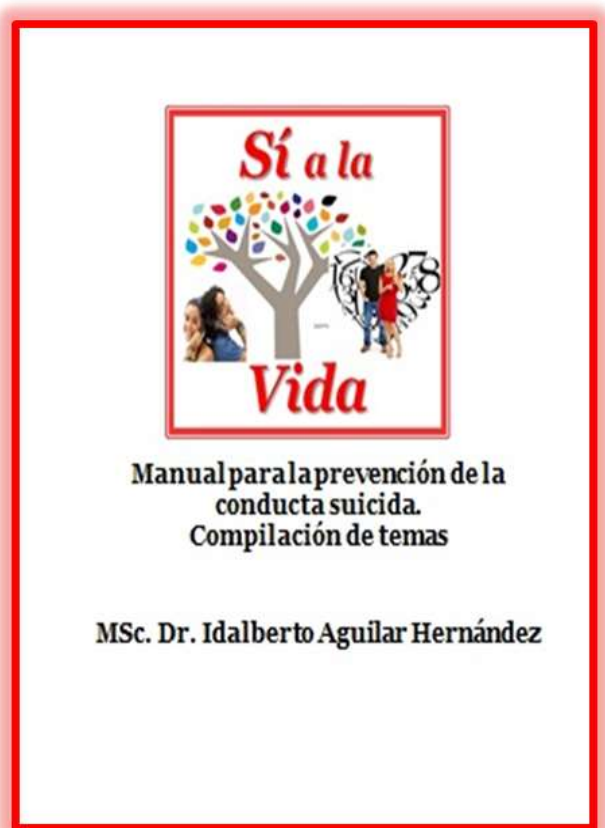
Argumente en caso de que su evaluación sea Regular o Malo en alguno de los criterios:

Anexo 13

Materiales educativos diseñados por la autora

<p>¿Como estimular el cambio de comportamiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Incrementando la prersencia de información. ❑ Promocionando el aprendizaje, la comprensión y las habilidades. ❑ Favoreciendo la práctica del nuevo comportamiento mediante argumentos emocionales y racionales(Persuación). ❑ Propiciando en forma agradable y divertida el cambio, utilizando la estimulación emocional (Entretenimiento) 	<p>La estrategia Nacional para la prevención primaria de la conducta suicida, fortalece la respuesta integrada de todos los sectores, la familia y la comunidad</p> <p>Si desea más información llame a 47544787</p> <p>Acuda a los servicios de salud de su comunidad</p> <p>Proyecto de prevención de la conducta suicida</p> 	<p>Sí a la Vida</p>  <p>La prevención de la conducta suicida; respuesta integrada de la familia, el sistema de salud, otros sectores sociales y la comunidad</p>
--	---	---

 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reduzca el dolor psicológico ✓ Tenga en cuenta la frustración ✓ Brinde apoyo emocional ✓ Reconozca los sentimientos de desesperanza ✓ Preste atención a los rasgos de personalidad ✓ Busque alternativas más positivas y refuércelas ✓ Actúe con rapidez 	<p>FACTORES PROTECTORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • alta autoestima • relaciones sociales ricas <ul style="list-style-type: none"> • apoyo social • relación estable de pareja • creencias religiosas o espirituales. 	<p>La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva.</p>  <p>El enfoque integrado, interdisciplinario e intersectorial de las acciones encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la conducta suicida son elementos clave en la eliminación de estas como problema de salud en Cuba.</p>
--	--	--



Anexo 14

Acciones para la prevención del intento suicida en el accionar de enfermería en Nueva Paz

Acción Nª 1. Taller ¿Quiénes somos y qué haremos?

Objetivo: promover la toma de conciencia en los miembros del grupo del papel y la responsabilidad que ocupa en la educación comunitaria para fomentar estilos de vida saludables.

Responsable: investigador

Participantes: integrantes del GILS.

Fecha: 2dos martes

Lugar: espacio donde se realiza la reunión del GILS

Procedimiento: se utilizará la técnica de análisis “Proyectemos el Futuro” donde los participantes se dividen en equipos de tres y se les pide que reflexionen sobre cómo desde la organización que representan pueden contribuir a promover estilos de vida saludables. Luego se establece el diálogo entre los equipos sobre sus proyecciones futuras con respecto al tema y por último se elabora en conjunto un modelo de desarrollo hasta llegar al acuerdo final.

Evaluación: se recomienda la técnica de “La Temperatura Grupal” donde los participantes expresarán cómo se sienten a través de una palabra. El investigador apuntará las palabras para su posterior análisis y clasificación: (de progreso, de resistencia, de ansiedad o de elaboración).

Acción Nª 2. Taller ¿Estamos preparados para prevenir el intento suicida en el adolescente?

Objetivo: desarrollar habilidades en los miembros del grupo para prevenir, identificar e intervenir los factores de riesgo del suicidio en el adolescente. Añadir elementos cognoscitivos del tema en cuestión.

Responsable: investigador

Participantes: integrantes del GILS, promotores de salud de educación, líderes comunitarios

Fecha: 3eros martes.

Lugar: espacio donde se realiza la reunión del GILS

Procedimiento: se sientan todos los participantes en círculo y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior. Se utiliza la técnica de análisis el Foro con la proyección del telefilme "Sobran las razones". Luego se propicia el debate por la totalidad de los participantes ayudados por la especialista para identificar los factores de riesgo que inducen al adolescente al suicidio. Se enfatiza en los de origen comunitario que ya se identificaron durante el diagnóstico.

Evaluación: se recomienda utilizar la técnica "El cuerpo" donde se le entrega a los participantes una figura humana para que escriba en el nivel de la cabeza tres ideas principales que le han quedado; a nivel de los ojos dos cosas que vio que le han impresionado; en los oídos, lo que oyó de participante y que no olvidará nunca, a nivel de las manos lo que quisiera hacer, a nivel del corazón algo que le causó alegría; a nivel de los pies, (el derecho) algo que pondrá en marcha en su comunidad y (el izquierdo) un error de la coordinación. Cuando todos terminan se intercambian las hojas y se leen en voz alta.

Acción N° 3. Taller: "Mitos sobre el suicidio"

Objetivo: eliminar los mitos sobre el suicidio en la comunidad.

Responsable: investigador

Participantes: integrantes del GILS, individuos de riesgo y promotores de salud

Fecha: 4tos martes.

Lugar: espacio donde se realiza la reunión del GILS

Procedimiento: se sientan todos los participantes en círculo y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior. Se divide el grupo en equipos y se les entrega un papelógrafo para que expongan sus ideas sobre el suicidio. Luego se debaten en voz alta y posteriormente se presentan precisiones sobre el tema a través de diapositivas en

power point por el investigador. Se propicia nuevamente el debate sobre los mitos y creencias que existen sobre el suicidio a nivel social.

Evaluación: se selecciona la técnica del sombrero sin cabeza. Se va pasando un sombrero con preguntas de evaluación sujetadas con alfileres, el participante que se coloque el sombrero despega un papelito y van respondiendo a las preguntas respecto a lo que han aprendido, cómo fue la coordinación, qué fue lo negativo y qué sugerencias puede dar.

Acción N° 4. Taller: “Mi familia y yo”

Objetivo: valorar el papel de la familia como factor de riesgo de la incidencia de intentos suicidas.

Responsable: investigador

Participantes: integrantes del GILS, delegados y otras personas invitadas con disposición de participar.

Fecha: 2dos jueves

Lugar: salón de reuniones del PCC

Procedimiento: se realizará en forma de barrio-debate. Puede coordinarse con la FMC y CDR la convocatoria en los barrios. Se puede utilizar la técnica de reflexión “Descripción de un día común” que se efectúa entregando una hoja de papel y un lápiz a cada uno de los participantes y se les pedirá que relaten un día común de su hogar, donde destaquen las virtudes y los defectos de sus miembros. Luego se leerán en voz alta las opiniones y se debatirán en grupo las problemáticas de cada hogar. Con la ayuda de la especialista se motivará la reflexión para identificar posibles factores de riesgo en las familias.

Evaluación: para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” con la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento

Acción N° 5. Taller “Diez cosas que los padres pueden hacer para prevenir el suicidio”

Objetivo: favorecer la comunicación de padres e hijos adolescentes.

Responsable: investigador

Participantes: miembros del GILS, profesores de enseñanza media y padres de adolescentes y jóvenes.

Fecha: tercer jueves.

Lugar: círculo social de la CPA “26 de julio”.

Procedimiento: se recomienda la técnica de análisis “Temores y esperanzas” que es muy útil para que afloren sentimientos y esperanzas de la gente sobre el tema. Se les pide a los participantes que escriban individualmente y sin un orden específico sus temores y esperanzas con relación a que un hijo o familiar adolescente atente contra su vida. Luego se pide escoger los dos más fuertes y exponerlos al plenario, mientras un coordinador anota en un papelógrafo tratando de sintetizar. Se escogerán por votación los cuatro o cinco temores más importantes y se propicia el análisis grupal. Luego se aportarán elementos cognoscitivos de la etapa de adolescencia y se entregará un material impreso para su análisis y debate.

Evaluación: se recomienda pedir a los participantes que expresen sus opiniones sobre el taller para lo cual se dibujan tres círculos en el suelo que representan ¿cómo llegué?, ¿qué aprendí y cómo me sentí? y ¿cómo me voy?

Acción N° 6. Actividad participativa comunitaria “Más conocimiento, más esperanza”

Objetivo: socializar conocimientos sobre el tema y el significado de la fecha.

Responsable: investigador

Participantes: miembros del GILS, invitados y población en general.

Fecha: 4to jueves.

Lugar: parque de la comunidad.

Procedimiento: será elaborada una tendedera con materiales informativos en conmemoración al Día Mundial de Prevención del Suicidio. Se confeccionarán propagandas referidas a la fecha y se distribuirán al público que se presente.

Evaluación: se utilizará la técnica “La liga del Saber” simulando un concurso televisivo con preguntas y respuestas en tarjetas que el público escoja.

Acción N° 7. Creación del círculo de interés “Soy el mejor amigo de la vida”

Objetivo: promover en los adolescentes estilos de vida saludables y fortalecer los recursos psicológicos.

Responsable: investigador

Participantes: profesores de enseñanza media y adolescentes

Fecha: deberá sesionar una vez al mes durante los meses de docencia.

Lugar: aulas de secundaria y preuniversitario.

Procedimiento: se analizarán diversas situaciones tales como las que se proponen a continuación a través de dramatizaciones por estudiantes y profesores para posteriormente propiciar el debate entre los participantes.

Los integrantes del círculo de interés pueden dramatizar las situaciones en los matutinos de sus centros educacionales para lograr mayor participación.

Situación 1. ¿Qué puedo hacer cuando la tristeza me dura mucho tiempo?

Juan Carlos: ¿Qué te pasa? Te noto callado, sin ánimo. Te he estado hablando para invitarte a salir, pero no has querido.

Eddy: No me siento bien, no me dan ganas de hacer nada, no me da hambre... quisiera quedarme en mi casa dormido, encerrado...De veras que quisiera recuperarme y salir un rato, pero no tengo fuerzas... Las cosas que me gustaban ya ni siquiera me interesan.

Juan Carlos: Llevas casi un mes así decaído, la verdad, ya me estoy preocupando.

Eddy: Pero cualquier persona puede tener malos ratos.

Juan Carlos: Claro, es parte de lo normal de la vida; a veces vivimos alguna situación difícil, se nos muere alguien que queremos, salimos mal en las pruebas o

nos va mal con alguna pareja. El problema es cuando el desánimo dura demasiado tiempo. Necesitamos aprender a salir de la tristeza y a recuperarnos, y si no podemos solos necesitamos pedir ayuda profesional, como la de un psiquiatra o psicólogo. Si quieres te consigo los datos de alguien que conozco. Vamos a hablarle, yo te acompaño.

Eddy: ¿De verdad me ves tan mal?

Juan Carlos: ¿Para qué esperar más tiempo? No quiero que te vayas hundiendo poco a poco, sino que te recuperes lo antes posible.

Eddy: Tienes razón.

Situación 2. Ideas para alejar la tristeza

Saray: Oye, ¡qué bien te ves! Ya regresó la sonrisa a tu cara, ya volviste con tus bromas... ¿Cómo lo hiciste?

Mayra: Simplemente le puse un alto a la tristeza. Me había aislado demasiado, así que tomé el móvil, empecé a llamar a mis amigas y amigos, y poco a poco he estado saliendo, aún y cuando —te confieso— que no me daban ganas, pero veía que me hacía bien hacerlo.

Saray: Te entiendo, no sabía que te sentías tan mal. Yo tuve una época así, y a mí lo que me ayudó fue hacer deporte.

Mayra: Otra cosa que me ha servido es poner mi música favorita, claro, sólo la que me recuerda momentos alegres.

Saray: Cuando siento que la tristeza quiere otra vez aparecer, trato de entender por qué, pero ya no permito que crezca, la detengo.

Mayra: Pero eso es súper difícil.

Saray: Sí, antes no podía, pero ahora sí. Como que me quedaba encasillada en los recuerdos tristes o desagradables, ahora lo que recuerdo es cómo superé los malos ratos, las cosas buenas que tengo alrededor, la gente que me quiere.

Mayra: Sabes, también quiero hacer algo por mí para estar mejor.

Situación 3. Haciendo encuestas en la escuela.

Alejandro: (con actitud de que está haciendo un trabajo escolar como reportero).

Pues bien, ahora vamos a conversar sobre la familia.

(Se acerca a un grupo de estudiantes) ¿A quién de ustedes le gustaría saber cómo se resuelven los problemas en su casa?

Brenda: (negando con la cabeza) En mi casa casi todo el tiempo nos estamos peleando.

Reinier: En la mía ocurre lo contrario siempre estamos callados (susurrando).

Thalía: Nosotros nos reunimos en la sala a conversar, cada quien tiene su turno para hablar y dar su punto de vista.

Héctor: Mi mamá organiza una junta, nos hace cita y todo, y ahí nos cuenta lo que está pasando.

Jenny: Mis papás conversan solos y se ponen de acuerdo, luego nos dicen lo que decidieron y nos preguntan nuestra opinión, y ya después tomamos una decisión todos juntos.

Lisandra: En mi casa es menos formal, después de comer nos quedamos hablando, de todo, a veces de lo que pasó en el día, de las novelas, de lo que sentimos, de lo que nos preocupa, de cómo solucionar los problemas que tenemos... y ahí es cuando damos nuestra opinión y los vamos arreglando.

Alejandro: (hablando consigo mismo y pretendiendo que es reportero de televisión)

Cada familia tiene su propio estilo de hacer las cosas... Sí pero hay de estilos a estilos ¿A ti (dirigiéndose a los jóvenes detrás de la cámara) cómo te gustaría que se resolvieran los problemas en tu familia...? A los padres les tocan ciertas cosas, pero a los hijos también ¿qué te toca hacer a ti para comunicarte mejor con tu familia?

Evaluación: se aplicará la técnica del PNI (positivo, negativo e interesante) en cada sesión.

Acción N° 8. Concurso: “Le quiero decir a mi comunidad...”

Objetivo: estimular el sentido de pertenencia a la comunidad a partir de la identificación crítica de los problemas que la afectan.

Responsable: investigador

Participantes: todos los interesados.

Lugar: aulas de secundaria y preuniversitario

Procedimiento: la convocatoria se llevará a cabo en las escuelas, sin límites de edad. Se concursará en las manifestaciones de pintura, composición y poesía. Se seleccionará un ganador por cada modalidad y se darán a conocer durante la Jornada del Educador.

Evaluación: se evaluará el desarrollo del concurso confeccionando un árbol en el que los interesados insertarán hojas con alfileres que reflejen las opiniones al respecto.

Acción N° 9. Programa de curso de posgrado “Curso básico de conducta suicida”

FUNDAMENTACIÓN

La conducta suicida constituye uno de los principales problemas en el cuadro de salud de Nueva Paz. Esta problemática ha sido objeto de una línea de investigación en el proceso de formación doctoral de un profesional que ha caracterizado este daño a la salud en el territorio neopacino desde el año 1994. Durante el 2011 se realizó la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la conducta Suicida en Nueva Paz y concluyó como inadecuada la evaluación referenciada científicamente.

Constituye una necesidad de aprendizaje identificada esta temática en médicos y enfermeras de la familia, así como en trabajadores del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM).

Es por ello que se ha concebido un curso básico en conducta suicida, que le permita a todos los cursistas tener un amplio panorama en la atención integral de individuos, las familias y la comunidad sobre este daño a la salud.

OBJETIVO GENERAL

Adquirir conocimientos y habilidades para los procesos de dispensarización individual, familiar y comunitaria de la conducta suicida, que correspondan en la conducción y ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz, con un enfoque pertinente y contextualizado, a partir de las situaciones y problemas en sus contextos de actuación.

PLAN TEMÁTICO

TEMAS Y DISTRIBUCIÓN DEL FONDO DE TIEMPO

Tema	Título	Tiempo en Horas						Total de Créditos
		TOTAL	AO	EI	TE	DG	E	
1	Conducta suicida: Antecedentes, epidemiología y evaluación del intento suicida.	10	4	2	2	2	-	
2	Dispensarización individual y familiar de la conducta suicida.	10	4	2	2	2	-	
3	Abordaje de la conducta suicida con enfoque comunitario.	18	8	6	2	2	-	
4	Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.	14	4	4	2	4	-	
5	Proceso de Atención de Enfermería	10	4	2	2	2	-	
	Evaluación final	2	-	-	-	-	2	
	TOTAL	64	24	16	10	12	2	2

LEYENDA: AO= Actividad Orientadora EI = Estudio Independiente

TE = Trabajo en Equipo DG = Discusiones Grupales

ESTRATEGIA DOCENTE

La lógica interna del curso está prevista para que los profesionales y técnicos a los cuales va dirigido desarrollen habilidades y consoliden los conocimientos, motivaciones y actitudes con relación al carácter integral de la atención al individuo, familias y la comunidad sobre la conducta suicida.

La estrategia docente tiene como referente metodológico esencial al modelo de la actividad, que presupone al estudiante como sujeto y objeto de su aprendizaje mediante la realización de tareas (actividad de aprendizaje) que permiten que se eleve la calidad del aprendizaje cuando la tarea está relacionada con la propia vida profesional o situaciones que la modelen, lo que está en función de la participación del que aprende en la construcción de los saberes teóricos y prácticos a lograr. Por esa razón el proceso docente del curso se sustenta en la realización de un conjunto de tareas docentes de forma colectiva en equipos que

no excedan de cinco miembros y luego de manera individual, para garantizar el logro de las habilidades expresadas como núcleo de los objetivos planteados.

El curso se impartirá durante 10 semanas consecutivas a razón de cuatro horas presenciales semanales los sábados dirigidos a médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del CCSM con una matrícula máxima de 30 cursistas. Se necesita por el número de personas a capacitar replicar en un segundo momento.

La secuencia de actividades para cada unidad temática es la siguiente:

- Actividad orientadora para presentar los contenidos fundamentales, orientar la literatura básica y complementaria y asignar las tareas individuales y colectivas.
- Trabajo independiente individual para la realización de tareas preparatorias del trabajo en equipos.
- Trabajo en equipos para la realización de las tareas de forma independiente bajo supervisión del profesor.
- Discusiones grupales para la presentación de las tareas y profundización de los contenidos del tema.

Para el desarrollo de las actividades programadas en el curso se requiere que este proceso sea dirigido y controlado por profesores que cumplan la condición de ser egresados de una especialidad médica afín al contenido temático del programa propuesto.

Para su realización cuentan con:

- Presentaciones en power point para mostrar los contenidos en las Actividades de Orientación.
- Sistema de tareas para ser realizadas de manera colectiva, las cuales suponen la solución de situaciones docentes relacionadas con los contenidos temáticos.
- Lecturas seleccionadas como literatura básica en la que los cursantes y profesores deben profundizar.

EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

La evaluación del curso se basará en:

- La asistencia que no debe ser menor a 32 horas de las 40 que dura el curso y la participación individual en las actividades docentes.
- Realización de las tareas y entrega de los informes individuales y grupales previstos.
- Realización de un examen final teórico escrito.

OBJETIVOS Y CONTENIDOS TEMÁTICOS

TEMA # 1 - Conducta suicida: antecedentes, epidemiología y evaluación del Intento Suicida.

Objetivos: Actualizar los conocimientos relacionados con las generalidades de la conducta suicida, la epidemiología y la evaluación del intento suicida utilizando literatura actualizada.

Contenidos:

Apuntes históricos de la conducta suicida. Epidemiología de la conducta suicida. Evaluación del intento suicida.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento a los objetivos de este tema los profesores deben enfatizar en la orientación de los aspectos que tienen que ver con el desarrollo histórico de la conducta suicida y sus etapas, las tendencias epidemiológicas actuales y la metodología evaluativa del intento suicida, los que se reflejan en la presentación del tema que aparece en el PP.

A continuación, se orienta la bibliografía para el estudio independiente del tema y de las tareas a desarrollar por los estudiantes para garantizar el logro del objetivo del tema, esta última deberá realizarse en equipos de trabajo de no más de cinco alumnos con vistas a garantizar el logro del objetivo. Se deben utilizar las dos horas establecidas para la preparación de los alumnos en equipo y dos horas para la presentación y discusión. Después de las presentaciones, en el propio tiempo de discusión se propiciará el análisis crítico, mediante oponentes ó a discusión abierta, finalmente se realizará la evaluación entre los equipos (co-evaluación formativa). La evaluación final del tema se realizará teniendo en cuenta la calidad de las presentaciones por equipo y la participación individual en las discusiones.

Tarea 1

Objetivo. Demostrar las tendencias actuales de la epidemiología y evaluación de la conducta suicida a través de las investigaciones publicadas en literatura nacional e internacional.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para que analicen la situación durante dos horas, los resultados se presentarán en la discusión grupal durante de dos horas también, se debe propiciar la participación de los alumnos y la evaluación cruzada entre equipos.

Tarea a realizar:

Teniendo en cuenta las tendencias epidemiológicas actuales de la conducta suicida diga:

- Como es el comportamiento epidemiológico nacional e internacional de la conducta suicida en general y del intento suicida en lo particular.

Bibliografía Básica:

1. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Día Mundial para la Prevención del Suicidio - 10 de septiembre. Centro de Prensa. [Internet]. 2004 Sept 8 [citado 10 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
2. Sakinofsky I. Intropuritireness and suicidio and epidemiological and clinical study. Br J Psychiatry 1998;(153):801-4.
3. Brimblecombe N. Supporting dients, with suicidad impulses in the community. Nurs times 1998 Mar 11-17;94(10):49-51.

4. Btrimental SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Med Norteam 1988;(4):999-1037.
5. Lester D. Judging The sex and age of suicide note writers. Percept MotSkills 1998 Jun; 86 (3pt2): 1218.
6. Mzelewz S, Jonsson K, Aberg M. A prospective study on the epidemiology of burns in patients admitted to the Harare burn units. Burns. 1999 Sep; 25 (6):499-504.
7. Pochard F, Robins M, Fassel AI. Suicidal action and sacrificial violence systemic and anthropological hypothesis. Encephale. 1999 Jul– Aug;25(4):296-303.
8. Juárez Aragón G, Castañón González JA, Pérez Morales AJ. Clinical and epidemiology characteristics of severe poisoning in an adultpopulation admitted to an intensive care unit. GacMedMex (México). 1999 Nov-Dic;135(6):669-75.
9. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
10. Guibert Reyes W. La promoción de salud ante el suicidio. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2002 [citado 1 Feb 2010];18(1):33-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 1999 [citado 10 Feb 2010];15(2):196-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Shaffer D. La prevención del suicidio en la adolescencia. J Am Acad Child AdolescPsychiatry 1988;27(6):657-87.
13. Aguilar Hernández I, Barreto García ME. Conducta suicida. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2006 [citado 8 Feb 2010];12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol12_2_06/hab02204.htm
14. Vega Chacón R. Modelo para la preparación de los docentes, hacia la prevención escolar de la conducta suicida. Psicología Online [Internet]. 2011[citado 8 Abr 2012]. Disponible en: www.psicologia-online.com/articulos/2011/02/prevencion-escolar-delaconductasuicida.shtml
15. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices hacia el año 2000. La Habana: MINSAP; 1992.
16. Horwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. Emerg Med Clin North Am. 2000;18(2):263-71.

TEMA # 2 - Dispensarización individual y familiar de la conducta suicida.

Objetivos. Dotar de herramientas para la adquisición de conocimientos y habilidades para la adecuada dispensarización individual y familiar de la conducta suicida utilizando realizando con calidad los procesos en las HCL individuales y familiares.

Contenidos:

Dispensarización individual y familiar: Concepto, metodología, clasificación y frecuencia mínima de evaluación.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento a los objetivos de este tema los profesores deben enfatizar en los aspectos que aparecen en la presentación en power point del tema y en los documentos y bibliografía que se muestra ambos que se incluyen para el desarrollo de este curso.

Se enfatizará en la dispensarización de individuos y familias de riesgo de esta conducta y su seguimiento según lo establecido por el programa nacional.

Tarea 2

Objetivo. Aplicar los fundamentos científicos y metodológicos de la dispensarización individual y familiar aplicando el correcto llenado de las HCL individuales y familiares.

Estrategia. Se constituirán equipos de discusión con no más de cinco integrantes cada uno, se trata que los miembros de cada equipo pertenezcan a dos EBS o del CCSM. Cada equipo dispondrá para el análisis y la preparación de la tarea dos horas lectivas durante el encuentro (trabajo en equipo), aunque adicionalmente cada cursante debió dedicarle el tiempo de trabajo independiente para su preparación individual antes del encuentro. La presentación de los resultados finales se realizará durante la actividad de discusión grupal con una duración de dos horas, en la que cada equipo debe presentar sus resultados durante un tiempo de 10 minutos.

Tarea a realizar:

- Identificar dos familias dispensarizadas como riesgo de conducta suicida por cada equipo de forma real desde los EBS y otros trabajadores del CCSM donde laboran los cursistas.
- Evaluar la dispensarización efectuada de individuos de riesgo y la familia.
- Presentar informe escrito de los resultados del proceso de dispensarización efectuado.

Bibliografía Básica:

1. Colectivo de autores. Carpeta Metodológica de Atención Primaria y Medicina Familiar. MINSAP.
2. Alvares Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen I. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2008.
3. MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. Cuba, 1989.

TEMA # 3 – Abordaje de la conducta suicida con enfoque comunitario.

Objetivos:

Aplicar la concepción sistémica de atención integral, a individuos, la familia y la sociedad, de la conducta suicida con enfoque comunitario.

Contenidos:

Manejo integral del individuo y la familia con conducta suicida. Intersectorialidad y suicidio. Intervenciones comunitarias.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento a los objetivos de este tema los profesores deben enfatizar en las conferencias orientadoras, los aspectos esenciales relacionados con la fundamentación teórica de la concepción sistémica de atención integral, a individuos, la familia y la sociedad, de la conducta suicida con enfoque comunitario.

En la primera conferencia se abordará el manejo del individuo y la familia con enfoque integral como urgencia psiquiátrica y en la segunda actividad orientadora se trabajará las temáticas de intersectorialidad y modelos comunitarios de intervención sobre este daño a la salud.

Luego de culminada cada conferencia se deben orientar las lecturas para el estudio independiente y las tareas grupales que se señalan a continuación, se debe dar el tiempo asignado a los alumnos para realizar las mismas, así como para la presentación de las tareas en equipo, durante la discusión grupal. En este último tiempo además de la presentación se debe propiciar la discusión de los temas, la autoevaluación y co-evaluación entre equipos, la aclaración de dudas y la profundización en general de los problemas docentes y sus posibles soluciones.

Tarea 3

Objetivo. Aplicar la concepción integral de atención al individuo y las familias con conducta suicida desde el enfoque comunitario.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para que analicen la situación durante dos horas, durante la discusión grupal de dos horas también, se discuten los análisis de cada colectivo en plenario, se debe propiciar la participación de los alumnos y la evaluación cruzada entre equipos.

Tarea a realizar:

Se entregará a cada equipo una situación problemática de una familia simulada de la cual deberán realizar las siguientes actividades:

- Identificar y evaluar el individuo dispensarizado como riesgo de conducta suicida. Argumentar su criterio evaluativo.
- Proponer las acciones a realizar con el individuo y la familia.

Bibliografía Básica:

1. Álvarez Álvarez G. Temas de Guardia Médica. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, 2008. p 214-17.
2. Ruiz Hernández JR. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana: una propuesta de periodicidad. Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 7May2013];9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_99/his1599.htm

3. Castell-Florit Serrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Jun[citado 3 Dic 2013];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S0864-34662007000200009&lng=es
4. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en cuba, 1959-1984. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 13 Abr 2013];31(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm
5. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2006 [citado 19 Dic 2013];22(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi15106.htm
6. Castanedo Rojas I, Ochoa Soto R, Terry González S. Municipios por la salud. En: Ochoa Sotos R, editor. Promoción de salud. La Habana: CNPES; 1997. p. 30-7.
7. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
8. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvia A, Bonet Gorbeal M. Voluntad política y acción intersectorial: premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol[Internet]. 2007 [citado 19 Dic 2013];45(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php/hie/v45n3/hie07307.pdf>
9. Barrero Pérez SA. La prevención del suicidio y los maestros [Internet]. [citado 9 Nov 2013]. Disponible en: www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=1136434k/16/4/2008
10. Barrero Pérez SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Revista Futuros [Internet]. 2006 [citado 19 Dic 2013];9(3). Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm
11. Barrero Pérez SA. El suicidio, comportamiento y prevención[Internet]. [citado 22 Ago 2008]. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C CoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmazinger.sisib.uchile.cl%2F repositorio%2Fpa%2F cursos_de_formacion_general%2Fp200387162elsuicidio.comportamientoyprevencion.word.doc&ei=96P5UZfqBliAhAf9jIHACA&usg=AFQjCNFclxYCeocrps6Yk_9FREipTNxgeA&sig2=SSA-JKXjRa5ffB1QBZgzxQ
12. Gutiérrez García A, Contrera SC, Orosco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental [Internet]. 2006 [citado 14May2008];29(5):66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
13. Arvon H. La autogestión. México: Fondo de Cultura Económica; 1982.
14. Lapassade G. Autogestión Pedagógica: Un sistema en el cual los educandos deciden en qué consiste su formación y la dirigen. Barcelona: GEDISA; 1986.

15. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. [I Cumbre]. "Comprometidos con la salud de la población", Sevilla, España; 14-17 May 2002.
16. Martínez Calvo S. Las desigualdades e inequidades en el análisis de la situación de salud. La Habana: ENSAP; 2002.
17. ENSAP. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud hacia una mayor equidad: estrategias para la elaboración de los planes nacionales de acción en promoción de la salud. México: ENSAP; 2000.
18. OPS/OMS. Los proyectos locales de promoción de la salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública[Internet]. Washington: OPS; 1995[citado 14May 2008]; 19 (Serie Desarrollo). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ra5L_8OtVGcJ:www.paho.org/cub/index.php%3Fqid%3D63%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download+&cd=1&hl=es&ct=clnk.
19. Louro Bernal I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad: experiencia en la atención primaria de salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1993.
20. Rivocobay MT. La comunidad: aspectos conceptuales: el trabajo comunitario: alternativa cubana para el desarrollo social. La Habana: Pueblo y Educación; 2000.
21. Díaz Cantillo C. La prevención educativa en los adolescentes. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Holguín: ISP "José de la Luz y Caballero"; 2001.
22. Gutiérrez Raina DE. Estrategia interventiva para el afrontamiento efectivo a las adicciones en estudiantes de la enseñanza general básica III, Crespo, Entre Ríos, Argentina, 2006-2007 [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud.]. ENSAP, Ciudad de la Habana; 2008.
23. Castellanos Noda AV. Aprendizaje grupal: reflexiones en torno a una experiencia. Rev Cubana Educación Superior [Internet]. 1997[citado 14 May2008];17 (3). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=174158>
24. Carrillo E. Prospectiva para una formación docente y profesional integrada a la comunidad. Evento Internacional Pedagogía. Palacio de las Convenciones, Cuba. La Habana; 4-8 febrero, 2003.
25. Reyes Álvarez I, Sanabria Ramos G, Medina Londres Z, Báez Dueñas RM. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 1996 [citado 4 Sep. 2009]; 22 ene-jun(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Declaración de Alma Atá. La estrategia de atención primaria en salud. Ginebra, Suiza: WHO, UNICEF; 1978
27. Grupo Alternativa de Perú. Formas de participación social comunitaria. Síntesis de publicación electrónica [Internet]. [citado 4 Sep 2009]. Disponible en: <http://www.alter.org.pe>.
28. OMS. Glosario de términos de promoción de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 4 Sep 2009]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
29. Llena A, Ucar X. Acción comunitaria: miradas y diálogos interdisciplinarios e interprofesionales. En: Ucar X, Llena A, editores. Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria. Barcelona: GRAO; 2006.p.11-55.
30. Zambrano A. Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: la perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España. [Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología Social]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2007.
31. Lapalma A. El escenario de la intervención comunitaria. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2001;10(2): 61-70.
32. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Santiago del Estero, Argentina: Paidós; 2005.
33. Le Bossé Y, Dufort F. El empoderamiento de las personas y comunidades: otra forma de intervenir. En: Dufort F, Guay J, editores. Agir au coeur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social. Laval, Canadá: Les Presses de l'Université Laval; 2002. p. 75-115.
34. Martínez V. El enfoque comunitario: el desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales [Tesis en opción al grado de Master en Psicología Comunitaria]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2006.
35. Pérez Luco R. Enfoque psicosocial ecológico: psicología comunitaria en La Frontera. En: Rehbein L, editor. Aportes y desafíos desde la práctica psicológica. Santiago de Chile: RIL.; 2003. p. 371-400.
36. Paula V de. Estrategias de empowerment en trabajo social. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 2003.
37. Durston J, Duhart D, Miranda F, Monzó E. Comunidades campesinas, agencias públicas y clientelismos políticos en Chile. Santiago de Chile: LOM; 2005.
38. Silva C, Martínez ML. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. Psykhe. 2004;13(2): 29-39.
39. Matón KI. Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. Amer J Community Psychol 2008; 41:4-21.
40. Zambrano A, Le Blanc L. Evaluación de necesidades y recursos para la implementación de una estrategia de formación y acompañamiento de líderes interesados en la prevención comunitaria de la drogodependencia. 2nd

International Conference on Community Psychology, Lisboa: Conference on Community Psychology;11-5-2008.

41. Zambrano A, Bustamante G, García M. Trayectorias organizacionales y empoderamiento comunitario: un análisis de interfaz en dos localidades de la Región de la Araucanía. Psykhe [Internet]. 2009 nov [citado 25 Jun 2013];18(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282009000200005&lng=es&nrm=iso
42. Borroto R. La microplanificación: método y guía de planificación local con participación comunitaria. Ciudad de La Habana: Impresora Movimiento Cubano por la Paz; 1998.
43. Betancourt Pulsán, A. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.

TEMA # 4– Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.
Objetivo. Actualizar los conocimientos sobre el Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida para su adecuada conducción y ejecución.
Contenidos. Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida: Objetivos, estrategia, organización y funciones por niveles. Principales acciones. Evaluación y control.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento al objetivo de este tema los profesores deben enfatizar en la conferencia orientadora, los aspectos esenciales relacionados con el contenido que se ofrece en el Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida

Luego de culminada la conferencia se deben orientar la tarea grupal que se señala a continuación, se debe dar el tiempo asignado a los alumnos para realizar las mismas, así como para la presentación de las tareas en equipo. En este último tiempo además de la presentación se debe propiciar la discusión de los temas, la autoevaluación y co-evaluación de los alumnos o equipos.

Tarea 4

Objetivo. Profundizar en el contenido teórico y los elementos prácticos de la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida en Nueva Paz.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para realizar las tareas asignadas durante dos horas, las otras dos horas de discusión grupal se utilizarán para discutir los resultados del trabajo en equipo y evaluar a los estudiantes.

Tareas a realizar:

Cada equipo de trabajo presentará un informe escrito de la discusión de caso de un individuo con intento suicida. La discusión concluye con la propuesta de acciones a realizar en cada caso.

Bibliografía Básica.

MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida Cuba, 2000

TEMA # 5– Proceso de Atención de Enfermería.

Objetivo. Actualizar los conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería

Contenidos. El PAE como método científico de la profesión. Los diagnósticos de Enfermería, según la NANDA, para la identificación de los factores de riesgo del intento suicida. Cumplimiento de las expectativas a corto, mediano y largo plazo. Plan de cuidados estandarizado para la prevención del intento suicida.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento al objetivo de este tema los profesores deben enfatizar en la conferencia orientadora, los aspectos esenciales relacionados con el contenido que se ofrece en el PAE como método científico de la profesión.

Luego de culminada la conferencia se deben orientar la tarea grupal que se señala a continuación, se debe dar el tiempo asignado a los alumnos para realizar las mismas, así como para la presentación de las tareas en equipo. En este último tiempo además de la presentación se debe propiciar la discusión de los temas, la autoevaluación y co-evaluación de los alumnos o equipos.

Tarea 5

Objetivo. Profundizar en el contenido teórico y los elementos prácticos del PAE aplicado al intento suicida.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para realizar las tareas asignadas durante dos horas, las otras dos horas de discusión grupal se utilizarán para discutir los resultados del trabajo en equipo y evaluar a los estudiantes.

Tareas a realizar:

Cada equipo de trabajo presentará una propuesta de plan de cuidados estandarizado para la prevención del intento suicida y discusión posterior.

Bibliografía Básica.

- Colectivo de autores. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12ª edición. Edición Hispanoamericana
- Parra Pérez L, Cruz González E. Protocolo de gestión de cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con intento suicida. Holguín, 2023.

Acción Nª 10. Programa educativo de preparación de agentes comunitarios de salud mental

Objetivo general: brindar los conocimientos y habilidades necesarias a los líderes comunitarios para que, a través del desarrollo de capacidades, valores, actitudes y estilos de afrontamiento, tomen un nivel de participación en la prevención del intento suicida en Nueva Paz.

Sesión #1

Título: ¿Quiénes somos y qué haremos?

Objetivos:

- Realizar la presentación del equipo y de los miembros del grupo creando un ambiente de confianza.
- Explicar a los participantes el proceso de intervención que se llevará a cabo y la metodología a seguir.
- Propiciar la motivación del grupo hacia la intervención.

Técnicas a utilizar:

- Técnica: “Tarjetas de refranes”.
- Técnica de animación: “Contar al revés”.
- Técnica de cierre: “Lluvia de ideas”.

Materiales: tarjetas con refranes incompletos, lápices.

Lugar: aula.

Tiempo: 1 hora

Procedimientos:

Se inicia la sesión con la presentación de los coordinadores dando datos personales como su nombre, profesión, ocupación y dando una explicación del proceso a realizar.

Se explica la importancia de los conocimientos sobre los factores de riesgo de intento suicida y las ventajas que podría proporcionarles esta intervención, el horario en que se llevarían a cabo las sesiones, la cantidad de sesiones y la duración de las mismas.

Los participantes se presentarán mediante la técnica: “Tarjetas de refranes”. Se realiza repartiendo tarjetas con los refranes incompletos entre los miembros del grupo. Luego deben formar dúos encontrando a la persona que tiene la otra mitad de la frase. Se les brindan varios minutos para que expliquen a su pareja algunas características suyas y estas características serán expuestas por la pareja.

La técnica de animación: “Contar al revés” se realiza en 15 ó 20 minutos con el objetivo de elevar la motivación y el dinamismo a la actividad. Se comienza pidiéndole a los participantes que hagan un círculo y que cuenten del 1 al 50, pero no deben decir el número 5 ni ningún múltiplo de este. En su lugar deben aplaudir y cuando alguien lo haga debe contar al revés. Si algún participante dice 5 o algún múltiplo se comenzará a contar nuevamente.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #2

Título: “Aprender informándonos”

Objetivos:

- Añadir elementos cognoscitivos del tema en cuestión.
- Concientizar en los participantes los factores de riesgo que influyen en que las personas intenten contra sus vidas.
- Valorar el grado de interés y participación en relación con la actividad.

Técnicas a utilizar:

- Charla educativa realizada por una psicóloga.
- Técnica de animación: “Quietos”.
- Técnica de cierre: PNI.

Materiales: Pizarra, tiza, hojas de papel y lápices.

Lugar: aula.

Tiempo: 1 hora

Procedimiento:

Se realiza la charla educativa con la participación de una psicóloga que brindará información acerca de los factores de riesgo que influyen en el intento suicida dando una información detallada como se presenta este fenómeno desde el nivel internacional, así como en el país y en el municipio.

En plena charla se realiza la técnica de animación “Quietos”; para valorar el grado de interés y participación en relación con la actividad que se realiza y concienciar en el grupo lo que sucede. El coordinador sorpresivamente dice ¡quietos! y pide que escriban en un papel ¿qué desea hacer en esos momentos? Se recogen y se reparten los papeles al azar y cada participante lee el que le correspondió.

Finalmente, cada miembro expone sus vivencias.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #3

Título: ¿Cómo me veo por dentro?

Objetivos:

- Identificar la imagen que tienen los participantes de su estado de salud.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.

Técnica de reflexión: ¿Qué hacer para no enfermar?

Técnica de cierre: "Lluvia de ideas".

Materiales: pizarra, tizas.

Tiempo: 55 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se comienza con la ronda inicial. Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Después se realiza la técnica de reflexión ¿Qué hacer para no enfermar? con el objetivo de identificar la imagen que tienen los participantes de su estado de salud y ampliar los conocimientos que tienen de cómo cuidar su salud partiendo de los propios criterios individuales y colectivos. Se comienza abordando el tema del intento suicida, el suicidio en los individuos y la repercusión que puede tener en sus vidas. Se piden criterios para los cuales se les dará un tiempo para que piensen en qué hacer para no incurrir con esta conducta, escribiendo los criterios en la pizarra.

Se les pide que reflexionen acerca de los criterios semejantes para agruparlos y llegar al criterio general del grupo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica "Lluvia de ideas" en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #4

Título: ¿Soy feliz?

Objetivos:

- Propiciar un estado emocional satisfactorio en el grupo.
- Estimular la autoconfianza con la vida y la salud

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de animación: "Tres verdades y una mentira".
- Técnica de reflexión: "Las frases estimulantes".
- Técnica de Cierre: PNI.

Tiempo: 45 minutos.

Lugar: aula.

Materiales: pizarra, tirillas de papel y lápices.

Procedimiento:

Se comienza con la ronda inicial. Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente, se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se continúa con la técnica de animación “Tres verdades y una mentira” para motivar la participación. Se les explica que deben escribir sus nombres en el papel y tres cosas que sean verdaderas y una falsa relacionada con los factores de riesgo y el suicidio en general. Luego se unirán en parejas e intentarán identificar cuál es la falsa.

Después se continúa con la técnica de reflexión: “Las frases estimulantes” con el objetivo de estimular la autoconfianza con la vida y la salud y de esta manera propiciar un estado emocional satisfactorio en el grupo. Se elaboran tirillas por los coordinadores que deben corresponder con el número de participantes y cada una debe tener una frase relacionada con el tema tratado, se vierten en un recipiente con el objetivo que se escojan al azar. Se leerán en alta voz por los participantes y se les pide sean leídas con énfasis.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #5

Título: ¿Cómo enfrento mis problemas?

Objetivos:

- Evaluar el costo beneficio de los adecuados modos de afrontamiento ante situaciones estresantes.
- Reducir el impacto que las situaciones estresantes a través de la relajación.

Técnicas a utilizar:

- Ronda Inicial.
- Técnica: “Duelos Básicos: “Despedida-Bienvenida”.
- Técnica de relajación: estrategia combinada de Relajación (F.R.I) Focalización, Respiración, Imaginación.
- Técnica: “Lluvia de ideas”.

Materiales: cartulina, lápices.

Tiempo: 70 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Luego se efectúa la técnica “Duelos Básicos: Despedida-Bienvenida”; para evaluar el costo beneficio de los adecuados modos de afrontamiento antes situaciones estresantes. Se coloca una cartulina en una mesa con lápices para que entre todos escriban aquellas cosas de las que se despedirían si sus modos de afrontamientos fueran adecuados y todas aquellas cosas a las que les darían la bienvenida.

Se realiza después la técnica de relajación ya que las personas en relajación reportan cambios en los niveles de tensión y ansiedad, una especial y rápida sensación de tranquilidad y confort que se consolida a través de la sistematización del aprendizaje de esta respuesta de relajación. Tiene la técnica de Focalización, Respiración, Imaginación (FRI) como objetivo que el desarrollo su capacidad de focalizar tanto en los estímulos internos como externos que aprenda a regular su ritmo respiratorio y que pueda emplear su imaginación de manera positiva por tanto reducirá el impacto que las situaciones estresantes suelen provocar en él.

Para comenzar se explica la posición en decúbito supino o sentado con las piernas abiertas al ancho de los hombros, los antebrazos, descansando sobre los muslos y la cabeza ligeramente inclinada sobre el pecho. Elevar, cerrar los ojos y permanecer tranquilo.

Focalizar la atención en los ruidos y sonidos que siente a su alrededor (dejar que lleguen a su oído). Focalización del cuerpo: contacto de las partes del cuerpo con la silla. Prestar atención al funcionamiento del corazón, decir “Mi corazón late rítmica y fuertemente. Después pasar el foco de atención a la Respiración, primero observar cómo funciona y luego comenzar a respirar. Hacer inhalación lenta hasta sentirse lleno, mientras esto sucede repetirse mentalmente la palabra TRANQUILIDAD conteniendo la respiración por siete segundos (hasta contar siete). Respirar de esta forma varios minutos luego dejarlo libre sin tratar de controlarla.

Pasar a focalizar los músculos de la zona cefálica (cuello, hombro, espalda, abdominales, miembros superiores e inferiores). Imaginar una música favorita vinculada a ratos agradables. Debe visualizarse una sábana blanca que lo envuelve y flota en el aire, después de un segundo puede estar vinculado con la música favorita: Dejar pasar cinco minutos. Contar del uno al cinco. Dejar sentir las distintas partes de su cuerpo al llegar al cinco realizar tres respiraciones profundas, abrir los ojos y mover las manos.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se les pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #6

Título: ¿Por qué las personas se suicidan?

Objetivos:

- Realizar un cine debate para concientizar en las personas las consecuencias para su vida de la conducta suicida en general.

Materiales: DVD y TV

Tiempo: 1 hora y 45 min.

Técnicas a utilizar:

- Ronda Inicial.
- Cine debate: Tele-play “Ni Pocos ni Locos”.
- Técnica: PNI.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se proyecta seguidamente el tele-play “Ni Pocos, ni Locos”. Después de proyectado el video, se le da inicio al debate por parte de uno de los coordinadores a partir de una interrogante lanzada donde cada uno exprese su criterio de forma individual.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #7

Título: “Mi familia y yo”

Objetivos:

- Valorar el papel de la familia como factor de riesgo de la incidencia de intentos suicidas.
- Distinguir las cualidades positivas y negativas de sus padres y otros miembros de la familia.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: “Descripción de un día común”.
- Técnica de Cierre: “Lluvia de ideas”.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se entrega una hoja de papel y un lápiz a cada uno de los integrantes del grupo y se les pedirá que relaten un día común de su hogar, donde destaquen las virtudes y los defectos de sus miembros. Luego devolverán el papel para realizar un análisis individual de la problemática de su hogar e identificar factores de riesgo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” con la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #8

Título: “Imitando y aprendiendo”.

Objetivos:

- Mostrar las formas adecuadas de solucionar situaciones.
- Valorar los modos de afrontamientos que presentan los participantes en cuestión.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: “El modelaje”.
- Técnica de cierre: PNI.

Tiempo: 55 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se continúa con el relato de situaciones que traerán los coordinadores que serán solucionadas por todos juntos y servirán de modelos a seguir. Esta técnica permite a los participantes reflexionar por sí solos sus capacidades para el logro de soluciones adecuadas para situaciones concretas.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #9

Título: “Mi relación con los otros”.

Objetivos:

- Identificar los factores económicos y sociales asociados al intento suicida en los individuos con riesgo.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: “Psicodrama” (variante).
- Técnica de cierre: Lluvia de ideas.

Tiempo: 55 minutos

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se continúa con la presentación del Psicodrama que se elija con el objetivo de reflexionar acerca de las propias actitudes y las interrelaciones con otras personas, así como sus consecuencias en el desarrollo de su personalidad, el bienestar y en la convivencia.

Se intercambia sobre la representación de papeles y los mecanismos para permitir la realización de roles y prácticas de otros. También acerca de los sentimientos y comportamientos de otras personas. Se motiva para que la audiencia ponga ejemplo de la forma en que se comportan las personas ante diferentes situaciones que puedan conducir a un intento suicida.

Se forma un equipo para cada situación propuesta, se le indica que dramaticen y se le da unos minutos para su preparación. Después de la dramatización se discute lo ocurrido con todo el grupo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #10

Título: ¿Cómo me siento?

Objetivos:

- Identificar los factores psicológicos asociados al intento suicida en los individuos con riesgo.
- Reflexionar sobre las cosas más importantes de su vida y reacción ante la pérdida.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de animación: “Esto me recuerda”.
- Técnica de reflexión: “Las cosas más importantes de mi vida”.
- Técnica de cierre: PNI.

Tiempo: 1 hora y 15 minutos.

Lugar: aula.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

A continuación se pasa a la técnica de animación con el objetivo de lograr la concentración de los participantes. Consiste en que un participante debe recordar alguna emoción relacionada con el intento suicida en voz alta y el resto del grupo manifestará lo que evoquen oír las palabras de su compañero.

Seguidamente se distribuirán cinco papeles a cada participante en los que escribirán las cinco cosas más importantes de sus vidas, de manera individual, tanto material como espiritual. Cerrarán los ojos y pensarán en lo escrito. Los coordinadores les quitarán de sus manos algunos papeles antes escritos.

Puntos de discusión:

- ¿Cuáles fueron las cosas escritas?
- ¿Qué sintieron cuando se les quitó algunas de estas cosas?
- ¿Qué cosas perdieron?
- ¿Qué sintieron ante esas pérdidas?
- ¿Desearon que fueran otras cosas las perdidas?
- Si fuera realidad lo que ocurrió, ¿qué harías para recuperarlas?
- ¿Sería el comportamiento suicida una de tus soluciones ante estas pérdidas?

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #11

Título: ¿Qué le hace bien a mi salud?

Objetivos:

- Identificar los factores protectores en los individuos con factores de riesgo de intento suicida.
- Propiciar un encuentro consigo mismo.
- Fortalecer la autoestima de los participantes.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: ¿Cómo me ven los que me quieren bien?
- Técnica de cierre: Lluvia de ideas.

Tiempo: 50 minutos.

Lugar: aula.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Seguidamente se les solicita a los miembros del grupo que se observen durante

unos minutos y que piensen en dos rasgos positivos que tiene cada persona del grupo. Se distribuye la hoja de papel y el lápiz y se le pide que escriban su nombre en mayúsculas en la cabecera de la hoja. Después cada uno pasará la hoja al compañero que se encuentra a la izquierda, la que escribirá un par de rasgos positivos de la persona cuyo nombre encabeza el papel. Así sucesivamente hasta que cada uno vuelva a tener su papel con su nombre y añadirá un par de rasgos positivos que reconoce en sí mismo.

Cada participante leerá en voz alta su lista. Se pedirá y ofrecerán opiniones acerca de lo expuesto y así se llevarán una agradable sorpresa al constatar la visión positiva que tienen los demás miembros del grupo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #12

Título: ¿Qué he aprendido?

Objetivos:

- Comprobar los conocimientos adquiridos.
- Determinar el impacto de la intervención.

Técnicas a utilizar:

- Ronda Inicial.
- Técnica de reflexión: “La comunidad necesita”.
- Técnica: “Integración, evaluación y cierre”.

Materiales: sillas.

Tiempo: 60 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Los participantes se sientan en forma de herradura y se les orienta que comenten lo ocurrido en la sesión anterior.

El coordinador unido a dos miembros del grupo, prepara seis tareas como mínimo sobre cómo aprovechar los espacios de la comunidad para la realización de actividades de promoción y prevención del suicidio. Se dividen en subgrupos y se les da diez minutos para realizarlas. Las tareas se leerán y cada grupo trabajará en las mismas; el primero que termine ganará, este grupo presentará las tareas realizadas para ser revisadas y constatar que estén correctas, al mismo tiempo se discutirá el papel de los dirigentes en la organización de las tareas, la necesidad de precisar qué es lo que se quiere, para poder redimensionar o crear nuevos espacios. Se aplican preguntas con el objetivo de comprobar adquisición de conocimientos o no de los factores de riesgo de intento suicida.

Se realiza después la técnica: “Integración, evaluación y cierre”, donde los coordinadores ubican tres sillas frente al grupo y explican a los participantes que representan tres momentos diferentes:

Silla 1: ¿Cómo llegaste? ¿Qué sentías y pensabas el primer día que nos reunimos?

Silla 2: ¿Cómo te sentiste durante las reuniones realizadas?

Silla 3: ¿Cómo te vas? ¿Qué sentimientos experimentas una vez finalizado el programa?

Cada participante pasará por cada una de las sillas y responderá las preguntas correspondientes.

Para terminar la sesión se hará un recordatorio de forma general acerca de lo tratado en el programa de intervención.

Al concluir se realiza la evaluación de satisfacción del curso donde de forma abierta los integrantes formulan criterios que permiten dar una apreciación del mismo utilizando la técnica de Positivo, Negativo e Interesante (PNI)

Acción Nª 11. Plan de acción en el sector salud

Objetivo	Actividades	Ejecutores	Fecha
Modificar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz	Diseñar un plan de trabajo en sistema de la Psiquiatra del CCSM para dar cobertura a la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz	Vicedirector de asistencia médica municipal	
	Seleccionar los profesionales que formarán parte de los ESM	Directores de áreas de salud	
	Entregar a los EBS el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida de forma impresa.	Jefes de GBT	
	Colocar en las bibliotecas el programa digital y de forma impresa	Jefes de GBT	
	Monitorear de forma sistemática la calidad de las tarjetas de EDO	Jefes de GBT	
	Controlar la realización y calidad de las reuniones de la CMSM	Director municipal de salud	
	Liderar las discusiones de morbilidad y mortalidad por conducta suicida	Directores de áreas de salud	
	Dar seguimiento a la calidad de la dispensarización individual y familiar	Jefes de GBT	
	Evaluar el programa en el consejo de dirección de salud	Director municipal de salud	

Anexo 15

Encuesta de satisfacción al personal de enfermería y su calificación a través de la técnica de ladov

Objetivo: determinar el estado de satisfacción del personal de enfermería, así como los resultados obtenidos después de aplicada la propuesta.

Estimada enfermera:

Ud. ha participado en una intervención de enfermería para la prevención del intento suicida que se realizó en el primer nivel de atención del municipio Nueva Paz. Para su perfeccionamiento necesitamos conocer su opinión acerca de los temas impartidos como muestra de la superación profesional.

Su colaboración será de gran ayuda por lo que le agradecemos el tiempo dedicado:

Marque con una cruz (X) el juicio que más se acerque a su valoración:

1- Valore su satisfacción con la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida:

- ☐ Muy satisfecho.
- ☐ Satisfecho.
- ☐ Poco satisfecho.
- ☐ No satisfecho.
- ☐ No puedo responder.

2- Le ha servido este espacio para compartir experiencias con el resto de sus colegas: ☐ Sí. ☐ No sé. ☐ No.

3- ¿Cómo evalúa las etapas diseñadas en la intervención de enfermería?

- ☐ Muy adecuado.
- ☐ Bastante adecuado.
- ☐ Adecuado.
- ☐ Poco adecuado.
- ☐ Inadecuado.

4- ¿Está satisfecho con las temáticas de superación abordadas en la intervención?

- ☐ Sí.
- ☐ No sé.
- ☐ No.

5- ¿Cómo juzga la organización en la impartición de estas temáticas?

- ☐ Muy adecuado.
- ☐ Bastante adecuado.
- ☐ Adecuado.
- ☐ Poco adecuado.
- ☐ Inadecuado.

6- Si pudiera elegir libremente los modos de superación. ¿Elegiría la realización de intervenciones similares a ésta?

- ☐ Sí.
- ☐ No sé.
- ☐ No.

7- ¿Cómo considera usted los métodos que se emplearon para la intervención?

- ☐ Muy adecuado.
- ☐ Bastante adecuado.
- ☐ Adecuado.
- ☐ Poco adecuado.
- ☐ Inadecuado.

8- ¿Le satisface la forma en que se ha desarrollado la intervención de enfermería?

- ☐ Me satisface mucho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ Me es indiferente.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ No me satisface.
- ☐ No puedo decir.

9- ¿Qué fue lo que más le gustó de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida?

10- ¿Qué fue lo que menos le gustó de la intervención de enfermería para la prevención del intento suicida?

Sus opiniones serán analizadas para mejorar la intervención y las actividades de orientación propuestas para su introducción.

Anexo 16

Cuadro lógico de ladov para señalar la interacción entre las respuestas a las preguntas cuatro, seis y ocho de la encuesta utilizada

Cuadro lógico de cómo asignar los valores	4- ¿Está satisfecho con las temáticas de superación abordadas en la intervención?								
	Si			No sé			No		
8- ¿Le satisface la forma en que se ha desarrollado la intervención?	6- Si pudiera elegir libremente los modos de superación. ¿Elegiría la realización de intervenciones similares a ésta?								
	Si	No sé	No	Si	No sé	No	Si	No sé	No
Me satisface mucho	1	2	6	2	2	6	6	6	6
Más satisfecho que insatisfecho	2	2	3	2	3	3	6	3	6
Me es indiferente	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Más insatisfecho que satisfecho	6	3	6	3	4	4	3	4	4
No me satisface	6	6	6	6	4	4	6	5	5
No puedo responder	2	3	6	3	3	3	6	3	4

El número resultante de la interrelación de las respuestas a las tres preguntas, indica la posición de cada enfermera en los seis niveles de satisfacción que abarca la técnica de ladov, a saber:

- 1: Clara satisfacción.
- 2: Más satisfecho que insatisfecho.
- 3: No definida.
- 4: Más insatisfecho que satisfecho.
- 5: Clara insatisfacción.
- 6: Contradictoria.

Los niveles individuales fueron tabulados en el “cuadro lógico de ladov”, de la siguiente forma: si la enfermera encuestada responde “sí” a la pregunta cuatro, se localiza en la zona izquierda del cuadro, debajo de dicha pregunta donde aparece si, se busca entonces la respuesta a la pregunta seis, en la triada de alternativas dentro de esa columna izquierda, de tal forma si responde de nuevo “sí”, el resultado de la interacción estará en el extremo izquierdo y su ubicación definitiva depende de la respuesta a la pregunta ocho, que si fuera “me satisface mucho”, entonces el resultado final es 1, localizado en la intercepción de las tres respuestas, en la parte superior izquierda y dicho número significa “clara satisfacción” de la encuestada con la intervención de enfermería.