

CONDUCTA SUICIDA

Guía de práctica clínica para su prevención y atención

Adolfo Castilla Sánchez



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
CARTAGENA



EDITORIAL
BONAVENTURIANA

CONDUCTA SUICIDA

Guía de práctica clínica para su prevención y atención

Universidad de San Buenaventura

CONDUCTA SUICIDA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA SU PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

Adolfo Castilla Sánchez

Cartagena de Indias, 2018

Castilla Sánchez, Adolfo.

Conducta suicida: guía de práctica clínica para su prevención y atención/
Adolfo Castilla Sánchez. — Cartagena de Indias: Universidad de San Buenaventura, 2018.
Descripción física: 112 páginas
ISBN: 978-958-8590-82-0

1. Conducta suicida - prevención. — 2. Suicidio - aspectos psicológicos. — 3. Depresión - aspectos psicológicos. — 4. Comportamiento suicida (psicología). — 5. Entrevista clínica. — 6. Trastornos emocionales - prevención. Tit.

Dewey: 616.858445 C352

Catalogación: Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena OFM.

© Universidad de San Buenaventura

Conducta suicida.

Guía de práctica clínica para su prevención y atención

© Adolfo Castilla Sánchez (adolfo.castilla@usbctg.edu.co)

Grupo de investigación: GIPSI

Línea de investigación: Psicología clínica

Programa de Psicología

Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales

Universidad de San Buenaventura, Cartagena

Calle Real de Ternera, Diag. 32 No. 30-966

Teléfono: 653 5555

Fray Eduardo Mendoza Fernández, OFM

Rector

Álvaro Andrés Hamburger Fernández

Editor

Editorial Bonaventuriana

www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co

Diagramación e impresión:

Alpha Group

Bosque, Tv. 51 #20-109

Tels.: 57-5 672 2518

E-mail: comercial@alpha.co

www.alpha.co

Cartagena de Indias

ISBN: 978-958-8590-82-0

Tiraje: 200 ejemplares

Cumplido el depósito legal

(Ley 44 de 1993, decreto 460 de 1995 y decreto 358 de 2000)

Los autores son responsables del contenido de la obra.

Impreso en Colombia - Printed in Colombia.

 EDITORIAL
BONAVENTURIANA



Autoría y colaboraciones

Coordinación

Adolfo Castilla Sánchez

Docente Investigador del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Especialista en Psicología Clínica. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Daisy Silva Caraballo

Docente Investigador del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Magíster en Psicología Clínica. Universidad del Norte.

Ludys Melissa Castro García

Estudiante Coordinadora del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Colaboradores

Day Buendía Ríos

Psicóloga clínica. Catedrática del Departamento de Bienestar Institucional. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Aldair Torres Betancourt

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicólogo en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Anayerlis Roa

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Anderson España Mendoza

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicólogo en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Angélica María Muñoz Flórez

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Daniela Quintero Solano

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Dayana de Ávila Cabarcas

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Estefanía Zuluaga Ocampo

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Ivana Marcela Paredes Cuartas

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Kevin Puello Machacón

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicólogo en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Lauren Daniela Romero Barrios

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Liceth Rodríguez Jalilie

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Loren Padilla Salazar

Estudiante Miembro Semillero del Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

María Camila Pantoja

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

María Karina Mendoza Sotomayor

Estudiante Coordinador Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Miriam Ferrer Madiedo

Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Psicóloga. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Orlando Osorio

Estudiante Coordinador Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Silvia Marcela Bula Turizo

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC.
Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Vanessa Leiva Guerrero

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC.
Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.

Yuris Paola Matos Quintana

Estudiante Miembro del Semillero Cognitivo Conductual PSICOPAC.
Psicóloga en formación. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena.



Agradecimientos

Agradezco a todos los semilleristas PSICOPAC por su gran compromiso, virtud racional e investigativa y espíritu colaborador en la construcción de esta guía de práctica clínica, así mismo, a los estudiantes que realizaron sus proyectos de grado con la variable de interés, suicidio y sus resultados sirvieron como insumo basado en la evidencia y la pertinencia para la elaboración de la ruta de atención de la conducta suicida en la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Es de reconocer también el apoyo incondicional de la dirección del programa de Psicología, a cargo de la doctora Daisy Silva Caraballo; a la doctora Shirly Martínez, decana de la Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales; al doctor Mauricio Orozco, director de Investigaciones, por su interés y aval en la implementación de la guía; a Bienestar Institucional por su participación activa y disposición en proveer información, a cargo de las doctoras Nohora Ochoa Ariza y Day Buendía Ríos; a nuestros aliados psiquiatras, los doctores Alex González Grau y Francisco Barrios Ayola, por sus tertulias basadas en la experiencia clínica, opiniones y sugerencias.



Dedicatoria

Esta guía es dedicada a Dios como ser supremo, dador de sabiduría, quien supo guiarme como líder de semillero para motivar a los estudiantes y planificar como meta la construcción de este documento, que servirá para la atención prioritaria de la población bonaventuriana que tanto lo necesita y, de esta forma, salvar vidas. Dedico este logro a mi mayor motivación: mi familia.



Tabla de Contenido

Introducción.....	15
Descripción del problema.....	17
Justificación.....	23
Objetivos.....	25
Objetivo general.....	25
Objetivos específicos.....	25
Marco referencial.....	27
Marco conceptual.....	27
Marco teórico.....	28
Definición de la conducta suicida.....	28
Relación con otros diagnósticos.....	29
Factores de riesgo.....	30
Factores protectores.....	30
Clasificación de la conducta suicida según el CIE.....	32
Antecedentes Investigativos.....	35
Marco legal.....	42
Ruta de atención.....	47
Descripción del Plan de Acción.....	49
Estrategias de promoción y prevención de la conducta suicida....	49
Intervención psicológica al paciente suicida.....	52
Entrevista.....	52
Aplicación de instrumentos.....	57
Intervención de primera instancia.....	58

Intervención en crisis de segunda instancia.....	62
Estimación del riesgo.....	64
Procesamiento de la información y toma de decisiones....	79
Derivación.....	79
Seguimiento.....	84
Reestructuración cognitiva.....	84
Entrenamiento en resolución de problemas.....	85
Estrategias y estilos de afrontamiento.....	85
Descatastrofización.....	86
Autorregulación emocional.....	86
Referencias.....	89
Anexos.....	93



Introducción

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (2016, p.1) señala que: “anualmente, más de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida”.

El comportamiento suicida va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

La relación entre el suicidio y los trastornos mentales es bastante estrecha, sin embargo, no quiere decir que quienes no tengan un trastorno mental se encuentran exentos de esta conducta suicida, puesto que se han presentado casos que se producen impulsivamente como respuesta a una crisis que afecta la capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida, tales como los problemas financieros, la ruptura de relaciones de pareja o familiares, o los dolores y enfermedades crónicas.

Cabe mencionar que, entre los factores de riesgos suicida, un predictor fundamental es la ideación suicida pues según Calvo, Sánchez y Tejada (2003, citados por González, Medina y Ortiz, 2016) “en la gran mayoría de los casos el sujeto antes de realizar una conducta del espectro suicida, tiene la idea de que el suicidio es la solución a sus dificultades” (p.138). Muchos autores sugieren que luego de realizado un intento suicida previo, este se convierte en el principal factor de riesgo para que dicho sujeto cometa suicidio.

A partir de la incidencia social de esta problemática, es pertinente instaurar estrategias y medidas orientadas a la disminución de la conducta suicida. El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012), indica que se puede prevenir la conducta suicida con las siguientes medidas: “programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional, potenciación de factores protectores y resiliencia, restricción del acceso a medios letales, medios de comunicación y suicidio y programas formativos de prevención de la conducta suicida” (p. 151).

El objetivo de esta guía es proporcionar herramientas de prevención y atención de la conducta suicida en la Universidad de San Buenaventura. A través de su contenido se especifican los lineamientos técnicos para la promoción, prevención, evaluación y tratamiento que garanticen una intervención de calidad y precise las acciones que deben ser desarrolladas por las instancias y actores que estén implicados con la atención de esta condición clínica.



Descripción del problema

Se considera el suicidio como una de las mayores problemáticas de salud en el mundo. Según el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida(2012): “En 2020 la cifra aumentará llegando a 1,53 millones de muertes” (p. 46).

A nivel internacional, el suicidio era más frecuente en localidades de estrato socioeconómico alto. Así como lo indica Nizama (2011): “Las tasas de suicidio no parecen estar relacionadas con el desarrollo técnico ni económico” (p. 81). Sin embargo, el incremento de las cifras ha dejado en evidencia que el suicidio corresponde a una problemática de salud a nivel global, que, aunque en las localidades rurales se encuentren tasas bajas, corresponden a un incremento de acuerdo a cifras anteriores.

En el panorama global, el suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud; figura que concuerda con el contexto de la región de las Américas “Alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por cada 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia en las Américas”.

En Colombia, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Forense durante 2015 “se registraron 2.068 suicidios, 10% más que en el año inmediatamente anterior. El decenio 2006-2015 acumuló 18.618 casos, con una media de 1.862 eventos por año, 155 mensual y aproximadamente cinco por día” (p. 423).

En torno a las cifras de suicidios ocurridos en la ciudad de Cartagena de Indias, señaladas por el Centro de Observación y Seguimiento del Delito –COSED (2015) se encontró que:

Han sido más prevalentes en el sexo masculino que en el femenino con una proporción de 4/1, es decir, por cada cuatro hombres, se suicidó una mujer. El grupo de edad más afectado fue de 35 a 39 años que corresponde al 30% (n=3) de los casos. En los grupos de edad no presentados en la tabla no se reportaron casos. (p. 2)

Así como lo indica Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano (2003), citado por Nizama (2011), el suicidio rural puede estar fundamentado:

En primer lugar, a que los servicios médicos especializados, tanto psicológicos como críticos se concentran en las urbes, y por consecuencia la imposibilidad de prevenir el suicidio, así como brindar los cuidados críticos necesarios; además, en el medio rural existe un nivel educativo inferior, un mayor aislamiento social, así como una mayor dificultad para detectar los factores asociados a la ideación suicida. (p. 2)

Partiendo de los supuestos anteriores y con el objetivo de entender el fenómeno del suicidio, es importante conocer las causas de este problema de salud pública. Así pues, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su informe Forensis (2015) indica algunas situaciones problemáticas como:

Propagación de la onda del shock del suicidio, afectación del entorno familiar, sentimientos de culpabilidad, sentimientos de recriminación, sentimientos de vergüenza, sentimientos de estigma social, afectación del entorno escolar, afectación del grupo de amigos y afectación de la comunidad y entorno cercanos. (pp. 424- 427)

No existe una causa única para sustentar el porqué del comportamiento suicida; sin embargo, hay condiciones relevantes que lo esbozan, tales como los factores sociodemográficos.

Según el informe de Mortalidad por suicidio en las Américas realizado por la PAO y la OMS, se evidencia que, a nivel mundial, los hombres presentan tasas superiores de suicidio consumado, explicado por la letalidad del método que emplean; por su parte las mujeres presentan mayores tasas de ideación e intento suicida.

Análogamente, las estadísticas a nivel nacional planteadas en el informe Forensis del año 2015 en Colombia, reflejan que el 80,03% de las víctimas eran hombres, teniendo en cuenta el método empleado vemos que, por cada mujer que se suicidó optaron por la misma manera de muerte cuatro hombres, el 58,41% de las víctimas acudieron a mecanismos generadores de asfixia, utilizado con mayor frecuencia por hombres; en segundo lugar se encuentra el uso de tóxicos (20,46%), con mayor ingesta en mujeres, seguido del uso de armas de fuego, comúnmente utilizado por hombres.

Con respecto a la edad, un factor trascendente para el riesgo suicida, que ha permutado a través de los tiempos, tendiente al aumento significativo de presencia en edades cada vez más tempranas; los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada. En el año 2015, en Colombia el 48,74% de los casos de suicidio sucedieron en edades comprendidas entre los 15 y 34 años, con mayor participación de jóvenes entre 20 y 24 años (14,60%), no obstante, las tasas de víctimas de 80 años o más es aproximadamente del 61% superior, a la tasa de la población en general.

Igualmente, el estado civil juega un papel exegético en el análisis del fenómeno, según las estadísticas a nivel nacional del mismo año, se evidencia que predominó el suicidio en personas que no tenían establecida vida marital (57,18%), la mayoría de las cuales estaban en condición de solteras; conjuntamente los conflictos de pareja o expareja, enfermedad física o mental y problemas económicos, fueron los principales detonantes del suicidio.

Datos relevantes del informe de Forensis manifiestan que los meses de “abril, agosto y marzo concentran el mayor número de suicidios, octubre y noviembre registraron el menor número de casos. El domingo fue el día de la semana más crítico, seguido del día lunes. El 59,01% de los casos se consumaron entre las 6:00 de la mañana y 5:59 de la tarde”.

Lo anteriormente expuesto, presenta algunas similitudes con respecto a lo expuesto por González, Castilla, Retamoza y Bolaños (2013) en su investigación titulada *Factores de riesgo relacionados con los intentos de suicidio en Cartagena, Colombia* al señalar que “en relación con el sexo de los entrevistados, 100 (46.1%) encuestas correspondieron a hombres y 117 (53.9%) a mujeres” (p. 243), diferentes en las cifras indicadas a nivel nacional para los suicidios consumados. En cuanto a la edad, el 73.3% de los intentos suicidas se dieron en personas con edades inferiores a 31 años. Así mismo, las conductas suicidas son más frecuentes en personas que carecen de una relación de pareja estable que en quienes la tienen.

Por otra parte, las cifras de los estudiantes que acudieron al programa de permanencia y manifestaron ideación o intento suicida en la Universidad de San Buenaventura en el periodo 2015-2016, es bastante significativa. Puesto que se reportaron 17 casos, de los cuales 8 (47%) fueron pensamiento de muerte, 7 (41%) pensamiento e intento suicida y 2 (12%) pensamiento de muerte e intento suicida más de una vez. El 77% de los estudiantes eran mujeres y el porcentaje restante hombres (33%). Así mismo, los estudiantes pertenecían a los programas de Psicología, Fisioterapia, Lenguas Modernas, Ingeniería Química, Arquitectura, Derecho, Administración del Comercio Internacional, Primera Infancia y Bacteriología.

En virtud de lo anterior, se hace necesario el fortalecimiento de estrategias de promoción y prevención, con la finalidad de

desarrollar mejores condiciones de salud individual y colectiva y al mismo tiempo, disminuir la morbimortalidad relacionada con la conducta suicida y eliminar los tabúes que rodean al suicidio, priorizando la atención temprana.



Justificación

Es evidente que la problemática del suicidio toca todas las esferas mundiales y contextuales, por eso es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, que cada día afecta a más personas y en donde la participación gubernamental e institucional debe ser más activa y oportuna en su prevención y atención.

Por cada suicidio hay muchas más tentativas cada año entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El suicidio se puede producir a cualquier edad, sin embargo, en el 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (OMS, 2016).

En la observación clínica y con evidencia investigativa proporcionada por los múltiples estudios relacionados con la variable del suicidio en el contexto universitario y los reportes históricos de personas atendidas y no atendidas que consumaron el acto, y aquellos identificables como una población numerosa con ideas de muerte e ideación suicida, se comprueba la elevada frecuencia y gravedad del problema, esto sumado a las condiciones sociales y medioambientales del mundo de hoy y la incertidumbre y variabilidad en la toma de decisiones aumenta el riesgo de morbimortalidad, por esta razón se determina la importancia y pertinencia urgente para que exista una guía de práctica clínica para la prevención y atención de la conducta suicida, elaborada por un grupo conductor y un grupo ejecutor que soportan las recomendaciones y acciones de forma sistemáticas que se realizarán para el abordaje de esta condición clínica y de salud con eficacia y calidad. Las características de su

construcción están consolidadas por su claridad, validez, rigurosidad, flexibilidad, fiabilidad, aplicabilidad, actualidad y revisión programada, además facilitará una atención temprana oportuna para mejorar las condiciones de salud mental individual y colectiva.

Asimismo, esta guía es una idea novedosa y surge como necesidad reconocida ante los resultados de investigaciones realizadas anteriormente, la población beneficiada sin excepción serán todas las personas que participen en el contexto de la Universidad de San Buenaventura Cartagena y se llevará a cabo con los principios característicos de lo bioético, humano, solidario, digno, fraterno y protección de la vida.



Objetivos

Objetivo general

Proporcionar herramientas de prevención y atención de la conducta suicida en la Universidad de San Buenaventura.

Objetivos específicos

Promover campañas explicativas acerca del suicidio dirigidas a la población bonaventuriana.

Desarrollar actividades de prevención que permitan el fortalecimiento de factores protectores en la población bonaventuriana.

Estimar los factores de riesgo asociados a la conducta suicida a través de herramientas de evaluación.

Elaborar un plan de acción para la intervención, seguimiento y derivación de la persona que presenta conducta suicida.



Marco referencial

Marco conceptual

Ideación suicida. Según Beck (1979), conceptualizamos que la ideación suicida es la fase de inicio del proceso de suicidio, encierra una serie de actitudes, conductas y pensamientos reiterativos de terminar con la propia existencia, en los cuales se observan sentimientos negativos hacia la vida, esto puede tener origen en los sentimientos de inutilidad, en las pérdidas recientes, el aislamiento social, la desesperanza, etc. Cuando la persona presenta ideación suicida esto implica que ya ha tenido pensamientos repetitivos y ha planeado cómo llevar a cabo el acto.

Suicidio. Por su parte, Beck, Kovacs y Weissman (1979) han definido el suicidio como un acto llevado a cabo de manera intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte.

Conducta suicida. La Organización Mundial de la Salud - OMS (1969) define la expresión "acto suicida" como "todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil".

Intento de suicidio. El intento de suicidio es definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcuá, 2003). Forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal.

Parasuicidio. Kreitman (1977), define el parasuicidio o lesión deliberada como el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. En esta definición Kreitman incluye las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras.

Marco teórico

Definición de la conducta suicida. Para hablar de conducta suicida es pertinente aclarar algunos conceptos teóricos sobre el suicidio y por medio de estos contemplar las diferentes posturas en cuanto a la temática.

El suicidio es considerado como el acto intencionado de causar daños con el fin de terminar con la vida, en dicho suceso se presentan unos pasos que conllevan del deseo suicida a la ejecución. Las personas que contemplan y llevan a cabo este acto están buscando una vía de escape de su realidad, la cual le parece imposible de manejar (Nizama, 2011). De igual forma, se entiende como el hecho de atentar contra la vida de manera consciente y esta conducta es ocasionada por varias circunstancias que se entrelazan (Sue, Sue y Sue, 1996).

El término de conducta suicida, en la investigación *Consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva* (Toro, 2013): "hace referencia a una amplia gama de conductas que se manifiestan en términos de ideas, amenazas, intentos y el suicidio consumado" (p. 94).

Es decir, que la unión o la relación de todas estas variables anteriormente mencionadas podrían colocar en riesgo la vida de una persona en un momento determinado de su vida.

Relación con otros diagnósticos. El 90% de los intentos consumados han sido por personas que padecen un trastorno mental de base (OMS, 2000), por tal razón es necesaria la intervención psiquiátrica o psicológica para poder detectar y actuar ante la posible aflicción mental. La patología de base que se ha detectado con más frecuencia en los casos de intento y suicidio consumado es la depresión (Sun, Hui y Watkins, 2006). El trastorno depresivo es la consecuencia de una interpretación negativa ante todas las situaciones que se le presentan, hasta el punto que omite los aspectos positivos de la vida y llega a pensar que su futuro seguirá siendo adverso como su presente (Beck, 1987), es evidente que lo que realmente influye en la conducta es la forma en la que se percibe el mundo y como se afronta este, por tal motivo sería muy pertinente crear un entrenamiento en el que se puedan detectar las distorsiones cognitivas de manera eficaz, teniendo en cuenta que en realidad la situación como tal no es la que cambia el estado emocional ni los pensamientos, si no la interpretación que se hace de este escenario (Beck y Freeman, 1990; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), por lo que se puede concluir que es posible prevenir la conducta suicida si se identifica qué pensamiento es el que refuerza este comportamiento y remplazarlo por pensamientos inocuos.

Los estados depresivos y la conducta suicida pueden aparecer cuando se tiene un mal concepto del mundo, de sí mismo y del futuro (triada cognitiva) (Beck, 1979), si la percepción que se tiene de sí mismo es de minusvalía, reproche e impotencia, por lo general se entra en un estado de tedio que puede influenciar de manera directa en el estado de ánimo haciendo que este sea negativo, esto repercute en otros aspectos como lo son la visión que se tiene del entorno y la visión del futuro, ambos aspectos se verán afectados de tal manera que se llega a crear una indefensión ante las situaciones actuales que llegan a condicionar negativamente las expectativas del mañana, creando una sensación de que todo será igual.

Factores de riesgo. Existen otros aspectos que se relacionan con la conducta suicida como lo son factores de riesgo, que a continuación se definen según Herrera (1998) como “La característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud” (p. 1).

Teniendo en cuenta la definición de factores de riesgo, queda evidenciado que existen circunstancias que aumentan el riesgo de la conducta suicida, las cuales pueden tener una procedencia tanto endógena como exógena, como por ejemplo la competitividad que se desarrolla en todas las esferas en las que se desenvuelven las personas y los problemas familiares que afectan de manera directa el desempeño y ánimo con que se afrontan las situaciones cotidianas. Los cambios en el organismo pueden generar variabilidad biológica que repercute directamente en la conducta, como también se puede ver afectada la parte psicológica y emocional de una persona; las conductas autolesivas pueden aparecer si se tiene una percepción negativa de su aspecto. Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas se considera uno de los principales estímulos que favorecen la aparición de la conducta suicida por el impacto sociobiológico que causan estas mismas, no menos importante resulta tener en cuenta que si las relaciones sociales no son amenas se consideran un componente de riesgo (Freeman y Reinecke, 1995).

Factores protectores. Así mismo, en el marco de esta guía resulta fundamental mencionar los factores protectores que disminuyen la ocurrencia de la conducta suicida.

La OMS (2004) indica que los factores protectores psicosociales (FPS) se pueden entender como: “un pilar imprescindible para una buena salud mental”. Estos se encuentran clasificados en personales y socio-medioambientales que serán descritos a continuación.

Factores protectores personales. “habilidad en la solución de problemas, habilidad en las relaciones sociales, flexibilidad cognitiva, tener hijos, nivel educativo medio-alto, hábitos de vida saludable, extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad” (OMS, 2004).

Factores protectores socio-medioambientales. “apoyo familiar y social, integración social, poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad, adoptar valores culturales y tradicionales, recibir tratamiento integral y a largo plazo, disponer de sistemas de ayuda y recursos” (OMS, 2004).

Por otra parte, el suicidio requiere de una comprensión global y clara de los conceptos y aspectos que pueden estar relacionados con la conducta suicida, haciendo referencia a estos conceptos resulta importante hablar acerca de la capacidad suicida, esta hace referencia a la fuerza psicológica que posee una persona para soportar sufrimiento y miedo en circunstancias prolongadas que resultan de difícil control para el ser humano y que conlleva a probabilidades de muerte que se refleja por el acto suicida (Smith, Cukrowicz, Poindexter, Hobson y Cohen, citado por Toro, 2013).

Ahora bien, para la comprensión de la conducta suicida resulta clave explicar un modelo teórico que está relacionado con el riesgo de consumar el suicidio como lo es el término diátesis estrés que en la investigación *El suicidio, conceptos actuales* de Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) se muestra como la “predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad, es decir que las características de algunos individuos les hacen reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente” (p. 68).

Este modelo da a conocer el por qué algunas personas tienen mayor riesgo de realizar el acto suicida.

Clasificación de la conducta suicida según el CIE 9 y CIE 10.

CIE 9

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
E 950	Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros psicofármacos).
E 951	Suicidio mediante gases de uso doméstico (gas de balón, etcétera).
E 952	Suicidio mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono).
E 953	Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación (incluye sofocación por bolsa plástica).
E 954	Suicidio por sumersión (ahogamiento).
E 955	Suicidio por arma de fuego y explosivos (por arma de cañón corto, escopeta y fusil).
E 956	Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes (cuchillo, navaja, punzón, etcétera).
E 957	Suicidio por precipitación (de lugares naturales o creados por el hombre).
E 958	Suicidio por otros medios y los no identificados (quemadura, estrellamiento de vehículo, colocación o salto delante de objeto móvil y electrocución).
E 959	Efectos tardíos de lesiones auto infligidas.

CIE 10

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
X60	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antiirreumáticos.
X61	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

X62	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte.
X63	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.
X64	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas no especificados.
X65	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol.
X66	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.
X67	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores.
X68	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas.
X69	Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados.
X70	Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
X71	Lesión auto infligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.
X72	Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de arma corta
X73	Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.
X74	Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.
X75	Lesión auto infligida intencionalmente por material explosivo.
X76	Lesión auto infligida intencionalmente por humo, fuego y llamas.

X77	Lesión auto infligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes.
X78	Lesión auto infligida intencionalmente por objeto cortante.
X79	Lesión auto infligida intencionalmente por objeto romo o sin filo.
X80	Lesión auto infligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.
X81	Lesión auto infligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.
X82	Lesión auto infligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor.
X83	Lesión auto infligida intencionalmente por otros medios especificados.
X84	Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados.

MÉTODO SEGÚN EL CIE 9

Suicidio por métodos violentos o duros (arma de fuego, ahorcamiento, precipitación).

Suicidio por métodos pasivos o suaves (ingestión de psicofármacos, anilina, etcétera).

SEGÚN LA FORMA CLÍNICA	DESCRIPCIÓN
SUICIDIO AMPLIADO	Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle "los sufrimientos que la vida conlleva".
SUICIDIO POR DESESPERACIÓN	Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.

SUICIDIO POR MIEDO	Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.
SUICIDIO POR VENGANZA O CHANTAJE	El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
SUICIDIO POR SACRIFICIO	La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: El líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen existente.

Antecedentes investigativos

Teniendo en cuenta que la conducta suicida es un problema de salud pública importante y evitable, se considera necesaria la construcción de esta Guía de práctica clínica para la prevención y atención de la conducta suicida. Para ello, en este capítulo se pretende realizar una recopilación de aportes de investigaciones elaborado por algunos autores referentes al tema de estudio.

En este orden de ideas, en el año 2014, la Universidad Industrial de Santander (UIS), construyó una Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida, su objetivo principal era ofrecer recomendaciones al personal de salud de Bienestar Universitario UIS para la evaluación diagnóstica y manejo (tratamiento, remisiones y seguimiento) de estudiantes con ideación o conductas suicidas que consulten en el servicio. En este mismo año se creó un protocolo de colaboración interinstitucional, para la prevención y actuación ante conductas suicidas. Con relación a la intervención y a la prevención de la conducta suicida, consideran imprescindible la formación de las personas y en especial la de los distintos profesionales que pueden intervenir en el proceso. Para la

prevención del suicidio es vital informar adecuadamente a través de los medios de comunicación. Por un lado, informar los hechos objetivamente y que pueden ser de interés del público y por otro, respetar el derecho a la privacidad y el dolor de la familia y evitar cualquier referencia que pudiera impactar negativamente en las personas vulnerables.

Seguidamente encontramos la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida realizada en 2012 en España, por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Su objetivo principal es mejorar la atención sanitaria prestada a los pacientes con conducta suicida, ofrecer recomendaciones al profesional sanitario sobre aspectos de evaluación, tratamiento y prevención, ayudar a los pacientes, familiares y allegados elaborando información específicamente dirigida a ellos, y, por último, desarrollar indicadores que puedan utilizarse para evaluar la calidad asistencial. Como medidas generales de prevención utilizaron la potenciación de factores protectores y resiliencia. A través de la prevención universal que consiste en la potenciación de factores protectores mediante la implicación de iguales (*peer leaders*), el resultado mostró que la intervención incrementó de manera significativa la percepción de apoyo por parte de los adultos y la aceptación a pedir ayuda. Otra estrategia de prevención utilizada fue la selectiva, esta se desarrolló en 4 etapas, cada una de las cuales duró 10 semanas. Los participantes asistieron a una sesión de cuatro horas a la semana. Al final del mismo, se encontró un incremento significativo de la capacidad de controlar circunstancias adversas (empoderamiento), autoestima, resiliencia, habilidades de solución de problemas y bienestar. Con esta guía se estableció que para el manejo de la ideación y la conducta suicida es necesario incluir: psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales, atención a la posible patología de base y a comorbilidades, hacer partícipe a la familia y allegados en el

proceso de evaluación y tratamiento, garantizar un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.

De igual manera, se encontró un protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación del suicidio, realizado en 2013 por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) con la autoría de Marta de la Torre Martí. Su objetivo fue llevar a cabo una evaluación continua semanal de la ideación suicida (aparición e intensidad de los pensamientos suicidas, planificación de las ideas, nivel de desesperanza, culpa y apoyos que percibe), tras la información obtenida del paciente y/o familia e instrumentos aplicados.

En esta misma labor de investigación y búsqueda, se construyó en 2015 un manual para profesionales de la salud, apuntando a la atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida, para brindar al personal de la salud fundamentos teóricos y herramientas para identificar y atender integral y oportunamente a las personas en riesgo o que presentan conducta suicida y a sus familias, de manera que se favorezca una atención con calidad. Para esto se describen generalidades de la conducta suicida, de la valoración y atención integral y de las rutas de atención de las personas que presentan la misma.

Por último, el equipo de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud (INS) desarrolló un Protocolo de vigilancia en salud pública -vigilancia y análisis del riesgo en salud pública-, este protocolo apuntaba a determinar la frecuencia y distribución del intento de suicidio, caracterizar los métodos y mecanismos utilizados en los intentos de suicidio, detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento, identificar el nivel de riesgo y de reincidencia entre los casos de intento de suicidio y canalizar a los pacientes hacia acciones colectivas en salud encaminadas a reducir o controlar el riesgo de intento de suicidio. Para esto se

realizó una revisión y conceptualización de la conducta suicida, los distintos instrumentos de evaluación, los planes de control del riesgo de suicidio y a su vez se describieron distintas alternativas de intervención (técnicas y objetivos).

A nivel institucional, en la Universidad San Buenaventura desde el semillero PSICOPAC, se han realizado estudios concernientes a la temática del suicidio. En concordancia con lo anterior, se procede a señalar algunas investigaciones realizadas:

María Cucuruba, Anderson España y Daniela Quintero en el año 2016 realizaron una investigación que lleva por nombre *Ideación suicida y respuestas rumiativas en estudiantes de pregrado de una Universidad privada en Cartagena*, donde se describió la ideación suicida y las respuestas rumiativas presentes en estos estudiantes. El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo y su diseño es de tipo no experimental de corte descriptivo trasversal. La población de referencia del presente estudio está conformada por jóvenes con edades entre 14 a 34 años matriculados en el año 2015 en una universidad privada de Cartagena. Los instrumentos en la presente investigación fueron: Inventario de Ideación Suicida de Beck: EBIS (1979), Cuestionario de Respuestas Rumiativas (RRS; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991), obteniendo como resultados que la población estudiada manifestó sentir ideas suicidas a lo largo de su vida con un porcentaje del 14,50%, lo que quiere decir que es una cifra alarmante teniendo en cuenta los riesgos que conlleva tener este tipo de ideación, por otro lado el número de personas con ideación suicida es comprensible ya que estas ideas surgen por situaciones cotidianas. La ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Che, 2009). Por lo tanto, el riesgo aumenta cuando estas ideas se mantienen y retornan de manera frecuente, por tal razón, en la presente investigación también se midieron las respuestas

rumiativas en la misma población, lo cual arrojó que un 33,59%, de la población presenta una rumiación clínicamente significativa, lo que muestra que es un mayor grupo de individuos que presentan rumiación que los que presentan ideación, pero aun así es algo preocupante ya que existen sujetos que a pesar de tener rumiación también presentan ideación suicida, por lo cual esto debe ser analizado de manera individual. Con base en los resultados obtenidos en la aplicación del inventario de ideación suicida de Beck y en los resultados del cuestionario de respuestas rumiativas Nolen-Hoeksema. Se pudo concluir que la hipótesis planteada se comprueba debido a que, en la población estudiada las personas que presentaron pensamientos rumiativos, presentaron a sí mismo ideación suicida. Existe una relación entre estas dos variables, porque ambas estuvieron presentes en cierto porcentaje de la población, aunque hay que dejar claro que puede existir un número específico de individuos que presenten respuestas rumiativas y no específicamente presentarán ideación suicida, por el lado contrario, los individuos que presentan ideación suicida a su vez presentan un elevado nivel de rumiación, es decir, sí existe una asociación causal entre estas dos variables.

La investigación titulada *Distorsiones Cognitivas en Estudiantes de Psicología con Ideación Suicida de una Universidad Privada en la Ciudad de Cartagena* realizada por Karen Baldovino, Wendy Blanco y Laura Lagares en el año 2015 pretende identificar la ideación suicida y las distorsiones cognitivas presentes en estudiantes del programa de Psicología de una universidad privada de la ciudad de Cartagena. La investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo, el estudio es de tipo descriptivo, la investigación tiene un diseño no experimental, la población de la presente investigación estará conformada por los estudiantes matriculados en el programa de Psicología de una universidad privada de Cartagena, durante el primer período de 2015 y la información proporcionada por parte de los estudiantes de psicología que presenten ideación suicida

de una universidad privada de Cartagena, se realizó por medio del inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991) y la escala de ideación suicida de Beck (1979). Se obtuvo que de 125 estudiantes evaluados mediante la escala de ideación suicida de Beck, que corresponden al 100% de la población evaluada, el 65,6% de los estudiantes presentaron un grado de intencionalidad suicida leve con una puntuación entre 1 y 6, el 12% de los estudiantes presentaron un grado de intencionalidad suicida moderado con una puntuación entre 7 y 12, el 8,8% de los estudiantes presentaron un grado de intencionalidad suicida grave con una puntuación entre 13 y 23. El 13,6% de estudiantes restantes no presentan ideación suicida. Así mismo, se logró identificar cuáles son las distorsiones cognitivas que con mayor frecuencia se presentan en los estudiantes con ideación suicida. Los estudiantes evaluados presentaron puntajes significativos en las distorsiones falacia de recompensa divina y etiquetas globales, que oscilan en un nivel leve y moderado, teniendo en cuenta que la mayoría de los evaluados fueron del género femenino.

Continuando en esta misma línea de investigaciones relacionadas a la temática del suicidio, los investigadores Melisa Arzuzar, Julieth Caraballo y Julissa Pedroza, realizaron en el año 2015 un estudio denominado *Factores de Riesgo en la Tentativa Suicida de Estudiantes del Pregrado en Psicología de una Universidad Privada*, con la finalidad de describir los factores de riesgo presentes en la tentativa suicida en estudiantes. El estudio fue llevado a cabo con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo con un diseño no experimental, utilizando los instrumentos pertinentes para la investigación como lo son la escala de riesgo suicida de Plutchick, propiedades psicométricas, la escala de ideación suicida de Beck, actitud hacia la vida, características de la ideación o deseo de muerte, características del intento planeado. La población total de las personas evaluadas fue de 131 jóvenes, 12 hombres (13.95%) y 119 mujeres (86.05%). Con respecto al género se puede percibir a

simple vista que existe un gran incremento del género femenino con un total de 119, lo que equivale a un 86.05% y en el género masculino con un total de 12, lo que equivale al 13.95%. En cuanto a la edad de los participantes se estimó que la media para la edad es de 19.71% años, una desv. Tip. 2.50% años, una edad mínima obtenida de 16 años y una máxima con 34 años. A partir de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos se puede decir que algunos estudiantes con porcentaje no tan alto, pero de igual manera alarmante, han planeado o intentado suicidarse. De este modo se crea o se hace una planeación suicida o deseos de quitarse la vida ya sean pasivos o activos, esto lo crean como una forma para poder librarse o salir de situaciones de la vida cotidiana, problemas familiares y universitarios. También influyen los antecedentes familiares, pensamientos y sentimientos. Así mismo, el uso de las estrategias que utilizan son poco adaptativas desencadenadas por problemas de salud mental, atendido no como una patología sino como un malestar, o comunes del entorno. De este proyecto podemos descartar su impacto en la detección e identificación de factores de riesgo en estudiantes universitarios.

En el año 2015, Kelly Díaz Rodríguez y Miriam Ferrer Madiedo realizaron una investigación sobre el *Abordaje Cognitivo Conductual a Sobrevivientes del Suicidio Consumado por Parte de Estudiantes en una Universidad Privada de Cartagena*. Donde se quiso conocer el sistema de creencias de los sobrevivientes frente a la conducta de suicidio consumado. La investigación es de tipo no experimental de corte transversal, cuantitativo - descriptivo de casos múltiples. La población objeto de estudio está constituida por tres sobrevivientes de suicidio consumado por parte de estudiantes de una universidad privada de Cartagena. Los instrumentos de recolección utilizados fueron: aplicación de inventario de estrategias de afrontamiento, escala de actitudes disfuncionales, entrevista semiestructurada basada en el modelo cognitivo conductual. Como conclusión de esta investigación, una vez analizados los resultados, se encontraron

evidencias que dan pie a afirmar la presencia de distorsiones cognitivas en sobrevivientes de suicidio participantes de este estudio de caso, a saber, personalización (atribución sin evidencia a sí mismo todo lo que ocurre), razonamiento emocional (que permea la concepción de la realidad basada en las emociones) y debemos (auto exigencias). Sentimientos de culpabilidad adscrita a la responsabilidad que consideran sobre el comportamiento del otro y vergüenza reflejado en la poca socialización de los sentimientos que produjo el acto suicida. En cuanto al comportamiento es notoria la retirada social, aún más de las personas inmersas en el suceso, con el fin de evitar recuerdos, juicios y sentimientos negativos.

Marco legal

Ley 1616 del 21 de enero de 2013. “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”. El Congreso de Colombia, decreta:

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al

Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de beneficios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Artículo 3°. Salud mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población

para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.
2. Prevención Primaria del trastorno mental. La prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.
3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.
4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano

y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende por trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.
6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.
7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.
8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o

afectados por el hándicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

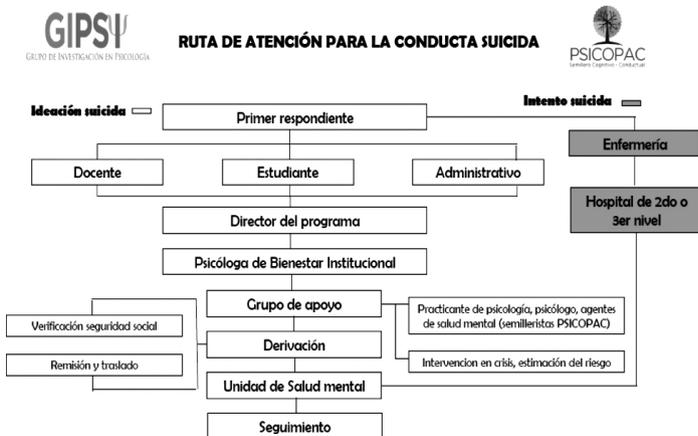
Código Penal. Título I, Delitos Contra la Vida y la Integridad Personal, Capítulo II, Del homicidio:

Artículo 106. Homicidio por piedad. [Penas aumentadas por el artículo 14 de la ley 890 de 2004]. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio. [Penas aumentadas por el artículo 14 de la ley 890 de 2004]. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.

Ruta de atención



La ruta de atención está dispuesta para asegurar con calidad las condiciones necesarias para la atención de la población que presente conducta de riesgo suicida, principalmente ante la ideación o intento suicida. Se caracteriza por los pasos que se dan ante la situación de salud mental establecida, inicialmente por quien se entera o recibe la noticia como primer respondiente, que puede ser un docente, un estudiante o un administrativo, quien debe informar con inmediatez al director del programa, según el programa al que pertenezca y este a su vez dirigir el caso a la psicóloga de bienestar institucional, programa de permanencia y esta con ayuda de su equipo y de practicantes y agentes de salud mental del semillero PSICOPAC entrenados en urgencias, emergencias e intervención en crisis en salud mental, evalúan e intervienen para considerar el riesgo suicida. Si este es considerado medio, medio alto o alto según la entrevista y escalas de evaluación de riesgo es verificada

su seguridad social y es remitido y derivado con protocolos de seguridad a la unidad de salud mental correspondiente, posteriormente de su de alta es atendido por bienestar institucional en el seguimiento y apoyo continuo de su estado, esto en caso de que sea una ideación suicida. Cuando es un intento de suicidio en el contexto universitario de acuerdo al método y condición de la persona es dirigido a enfermería y posteriormente trasladado a un hospital de segundo o tercer nivel para la atención prioritaria de salud y de allí se determina debido a su condición su derivación a una unidad de salud mental.



Descripción del Plan de Acción

Estrategias de promoción y prevención de la conducta suicida

La prevención general y la promoción, son medidas de apoyo o sostén psicológico, social e institucional, que contribuyen a que las personas estén en mejores condiciones para manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Esta estrategia busca ser integral, es decir busca incluir todas las herramientas y el personal con el cual cuenta la Universidad de San Buenaventura para el desarrollo de las mismas. A continuación, se presentan algunas estrategias de promoción y prevención:

- Sensibilizar a la comunidad sobre la promoción de salud mental, la consulta oportuna y la no estigmatización de los trastornos mentales.
- Promover agentes multiplicadores para la promoción de la salud mental la prevención y prevención del suicidio.
- Diseñar una estrategia comunicacional para la sensibilización, divulgación y el abordaje responsable de esta temática a nivel de usuarios, familias, comunidad y medios masivos de comunicación:
 - Folletos elaborados con las temáticas alusivas a la promoción de la salud mental y prevención del suicidio, tales como: la sensibilización sobre esta problemática, consulta oportuna y promoción de la salud mental para la prevención del suicidio.

- Asesorar en programas de capacitación con especial énfasis en el conocimiento de los factores de riesgo y señales de alarma.
- Programas de capacitación educativo formal e informal que incluyan contenidos, tales como:
 - Tolerancia a la frustración: Mecanismos que nos ayudan a hacer frente a las situaciones adversas y lograr superarlos.
 - Manejo adecuado de las emociones: Ser capaz de identificar sus emociones, saber expresarlas y satisfacerlas.
 - Manejo de dinero y finanzas: Saber manejar el dinero, para esto debe propiciarse formación cultural, guiar para la toma de decisiones claras e independientes.
 - Educación para la sexualidad plena: Otro factor estabilizante en la vida de las personas es el desarrollo sexual armónico y satisfactorio, el aceptar e integrar la sexualidad como parte esencial y manual de la vida y el vivirla con las personas adecuadas y en las condiciones propicias, constituye uno de los más importantes organizadores de la vida. Desde bienestar institucional desarrollar talleres de educación para la sexualidad, acompañados de profesionales de la salud (médicos, ginecólogos) de igual manera, sexólogos.

Asimismo, desde actividades prácticas y desde las mismas dinámicas de la universidad se pueden abordar temas tales como:

- Fortalecimiento de la autoestima: Específicamente la aceptación de la corporalidad, es clave que las personas acepten su cuerpo, no solamente como el género que los define en la vida, sino que se sientan a gusto con todas las partes de su morfología, sean de la forma que fueren y con sus funciones normales. Con apoyo del grupo de teatro de la universidad y en compañía de un psicólogo realizar ejercicios corporales para reconocer su cuerpo y aceptarlo.
- Orientación vocacional: Muchas personas pasan su vida sin ubicarse en los campos profesionales, laborales, académicos o

en los diversos oficios para los cuales realmente son aptos. El encontrar una acertada posición en el campo de las actividades humanas es un verdadero reto y por ello se requiere que las personas sean asesoradas en sus escogencias individuales. Se sugiere que el laboratorio de psicología proporcione de manera gratuita y/o económica la accesibilidad a test vocacionales a toda la comunidad bonaventuriana, y así mismo, apoyo, orientación e información por parte de profesionales en psicología a los cuidadores primarios de los estudiantes, profesionales o persona externa que manifieste inconformidad con la decisión.

- Funcionamiento laboral organizado: las personas pasan un tiempo prolongado en sus trabajos; cuando el ambiente laboral es bueno los trabajadores se sienten tranquilos y con sentimientos de realización, progreso y gratificación, pero si las empresas y oficios son de mala calidad se generan situaciones de estrés. En este punto, recursos humanos como entidad reguladora del bienestar de los trabajadores, debe procurar el desarrollo de actividades que motiven, saquen de la rutina, permitan espacios de expresión "Cara a cara", donde se fomente el liderazgo y la autonomía.

Teniendo en cuenta la responsabilidad social de la Universidad de San Buenaventura y la diversidad del personal que en ella labora, es necesario identificar los aspectos a fortalecer para la prevención del suicidio, enfocándose principalmente hacia el ciclo vital, y de esta manera, se abarca la prevención y promoción del suicidio tanto en la población profesional, como en las personas que son partícipes de los proyectos a los cuales la Universidad presta sus servicios, generando beneficios para la comunidad aledaña a la misma.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN RELACIÓN CON EL CICLO VITAL	
Niñez	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad emocional y afectiva - Comprensión y comunicación adecuada - Fuertes lazos entre sus miembros - Relaciones armónicas entre los padres
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> - Promover relaciones saludables entre los pares
Adulthood	<ul style="list-style-type: none"> - Buen funcionamiento de su relación de pareja o matrimonial - Fortalecimiento de la tolerancia a la frustración en relación con la pérdida de trabajo
Vejez	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar un entorno familiar donde se sientan queridos y respetados - Actividades físicas - Actividades de expresión y comunicación - Actividades socioculturales - Actividades de artes plásticas - Actividades domésticas - Fomento de las relaciones sociales (Excursiones, viajes)

Intervención psicológica al paciente suicida

Entrevista. Para el abordaje de la entrevista clínica es de relevante importancia que el profesional tenga la pericia y el entrenamiento en estos casos, sin prejuicios o angustia que puede generar el interrogatorio de la persona afectada. La conducta suicida se puede manifestar de diferentes maneras, es fundamental entonces, como entrevistador, propiciar un ambiente donde se evidencia confianza, calidez, empatía, confidencialidad y respeto

durante la misma. Se deben evitar cuestionamientos, críticas o señalamientos que puedan significar aumento de los sentimientos de culpa, permitiendo la expresión de emociones libremente e indagar en aspectos personales, familiares y sociales que estén incidiendo en el estado actual.

Según los autores Clark y Fawcett (1992):

Una aproximación natural a la ideación suicida introduciendo el tema desde las preguntas sobre el malestar relacionado con la desesperanza y la falta de perspectiva en el futuro una vez confirmada la existencia de ideas suicidas, se valorará si la ideación es pasiva (desear no vivir, desear estar muerto, desear morir) o activa (querer matar o planificar o pensar como matarse). Si la ideación es de tipo activo, el paso posterior es preguntar por los métodos concretos con que el sujeto contempla hacerlo.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se conceptualiza que cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la "aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia". Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto auto lesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. Según el grupo de trabajo del Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida- Guía desarrollada por el CPA, UAM (2013), suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal y no verbal).

De acuerdo con lo anterior, se argumenta sobre la importancia de la entrevista como la fuente considerada de información principal y se ajusta a las necesidades de cada circunstancia y sujeto, busca explorar la presencia de problemas psicológicos y psiquiátricos, brindar apoyo emocional prioritario, determinar las variables sociodemográficas y clínicas, definir la estimación del riesgo suicida y el cumplimiento de los pasos de la ruta de atención para la correcta derivación del paciente.

Por su parte, los interrogantes durante el abordaje deben ser concisos y no se debe dar por terminada la entrevista hasta que toda la información esté suficientemente aclarada, en lo posible se debe contar con el consentimiento para recoger información cercana de otras personas, familiares, amigos, docentes y profesionales en salud mental con los cuales se pueda mantener contacto, con el propósito de ampliar la información que permita completar la evaluación de la ideación o conducta suicida.

La entrevista clínica permite identificar factores específicos que pueden aumentar o disminuir el riesgo suicida y que nos pueden ayudar a tomar decisiones, garantizar la seguridad inmediata del paciente, realizar un diagnóstico clínico y decidir el lugar más apropiado para su tratamiento.

Antes de especificar el curso de la entrevista y citado en el documento Guías clínicas 2005, es ineludible dejar en claro que el profesional o primer respondiente encargado del abordaje del paciente suicida debe tener en cuenta lo siguiente en cuanto a ideas erróneas:

- Preguntar por las ideas de suicidio es incrementar el riesgo: no hay evidencia de que preguntar directamente por ideas de suicidio aumente el riesgo de los que ya lo tienen, o ideas en los que no las tienen, lo más probable es que la persona se sienta

reconfortada por poder hablar de estos pensamientos que inciden directamente en sus emociones.

- El que amenaza con suicidarse no lo hace: el 80 % de las personas que se han suicidado han expresado sus ideas de suicidio, cualquier amenaza de suicidio debe tomarse en serio.
- Si el paciente se compromete a no suicidarse no lo va hacer: hacer un pacto "de no suicidio" no es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar.

En relación con las implicaciones anteriores, afrontar una entrevista de esta índole es un reto para el profesional, tanto por los aspectos emocionales como de responsabilidad a los que se verá sometido, es de gran importancia la formación clínica del entrevistador, su experticia para llevar a cabo las siguientes fases: apoyo emocional prioritario, estimación del riesgo suicida y derivación del paciente.

El apoyo emocional prioritario consiste en facilitar a la persona la expresión de emociones y sentimientos negativos, permanecer con una actitud de escucha empática, haciéndole entender que la prioridad en ese momento es él/ella, mostrando preocupación y tomando la situación en serio. Durante esta primera fase lo más importante es permitir el desahogo y la afiliación con el paciente de una manera simple y natural, ya sea que haya asistido de manera voluntaria y con iniciativa personal o remitido por un primer respondiente.

De esta manera, se debe conservar la calma y propiciar la confianza con el paciente, se realizan intervenciones verbales tales como: estoy para ayudarte, toda situación tiene solución, ¿por qué te sientes así?, puedes contar conmigo, estoy para escucharte, en este momento la prioridad eres tú, tómate tu tiempo y conversamos, lo que hablemos es solo de nosotros, ¿qué te está sucediendo?

En caso de que en esta fase inicial exista un estado alterado o de crisis por un evento precipitante (muerte de un ser querido, pérdida académica, ruptura sentimental, confirmación de enfermedad catastrófica) su abordaje estaría dirigido a la intervención en crisis.

Lindemann (1944, citado en Caplan, 1964), estudió la reacción normal del duelo, las crisis y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas mal adaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos.

Roberts y Ottens (2005), describen las crisis como la interrupción aguda de la homeostasis psicológica en la cual los mecanismos de afrontamiento usuales fallan y existe la evidencia de angustia y discapacidad. Los autores definen la causa general como un evento intenso, estresante, traumático y peligroso y dos condiciones adicionales como son: la percepción individual de que el evento causa una interrupción y afecta demasiado y la falta de habilidades para resolver dicha interrupción o mecanismos de afrontamiento en la historia del individuo.

Taplin (1971), subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas, definió que el conflicto inicial se percibe como pérdida, amenaza y reto.

De acuerdo a lo anterior, Slaikeu (1996), diferencia dos fases en el proceso de la intervención en crisis: intervención de primera instancia con primeros auxilios psicológicos que duran minutos u horas, e intervención en crisis de segunda instancia con terapia breve de urgencia con tiempo limitado.

Aplicación de instrumentos. La evaluación de pensamientos suicidas siempre debe tomarse en serio y en muchos casos se requiere que la evaluación sea simultánea con la intervención, debido a que siempre existirá la posibilidad de que el paciente lleve sus ideas de suicidio al acto. Para poder identificar el riesgo suicida es importante que el psicólogo tenga claridad sobre las ideas que existen en el suicidio con el cliente, los factores de riesgo del individuo y complementando esto realizar una evaluación exhaustiva sobre el estado del paciente. De acuerdo a esto es importante la utilización de instrumentos que permitan evaluar el riesgo suicida. A continuación, se presentan algunos instrumentos que se pueden utilizar:

Escala de ideación suicida de A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman de 1979 (Anexo A). Puede ser aplicada a personas mayores de 17 años con la finalidad de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse. La escala debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. El tiempo de administración es aproximadamente de 5 a 10 minutos.

Escala de desesperanza de Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. de 1974 (Anexo B). Su objetivo es evaluar, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salir de las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Está dirigido a una población entre 17 y 80 años de edad con un tiempo de aplicación aproximado de 5 a 10 minutos.

Escala de riesgo suicida de Plutchick (Anexo C). Se trata de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma

de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

Escala Sad Persons (Anexo D): La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser complementados por el profesional durante una entrevista semiestructurada. Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente. De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio, de 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso, de 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social, de 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Inventario de depresión de Beck (Anexo E). Según Beck (1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada.

Intervención de primera instancia: primeros auxilios psicológicos, que duran minutos o horas. El objetivo es restablecer el enfrentamiento inmediato a la conducta suicida: otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte (por ejemplo, en casos de suicidio, ideas auto líticas, deambulación peligrosa, agresiones) y enlazar con recursos de ayuda: Informar sobre los distintos recursos, y remitir a orientación psicológica.

Según el documento *Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional* publicado en 2010, existen procedimientos y componentes estratégicos de los primeros

auxilios psicológicos que se explican de la siguiente manera: la meta de los Primeros Auxilios Psicológicos es restablecer la homeostasis emocional con el objetivo de auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

Existen cinco componentes estratégicos de los Primeros Auxilios Psicológicos.

1. Realizar contacto psicológico: se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros. Asimismo, se invita a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; el primero es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades; y el segundo, puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2. Analizar las dimensiones del problema: la indagación se enfoca a tres áreas: a) *presente* b) *pasado inmediato* y c) *futuro inmediato*. El presente hace referencias a "qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer" (como la muerte de un ser querido, el despido, el maltrato doméstico, el abandono del cónyuge, el descubrimiento de una infidelidad, la discusión con un hijo adolescente, etcétera). El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y

su indagación implica preguntas como: "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; el futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas.

3. Sondear posibles soluciones: implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o "acompañar" a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Iniciar pasos concretos: implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará un actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Verificar el progreso: implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara, por teléfono, correo electrónico o directamente desde Bienestar Universitario en el Área de Orientación Psicológica. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos que comprenden: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

¿Qué Sí hacer? y ¿Qué NO hacer? en los Primeros Auxilios Psicológicos.

SÍ	NO
CONTACTAR	
Sí escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.	No contar tu propia historia. No ignorar sentimientos o hechos
Sí comunicar aceptación.	No juzgar, regañar o tomar partido.
DIMENSIONAR EL PROBLEMA	
Sí plantear preguntas abiertas.	No depender de preguntas cerradas con respuestas de si/no.
Sí llevar a la persona a una mayor claridad.	No permitir abstracciones continuas.
Sí evaluar la mortalidad.	No soslayar las señales de "peligro". Dar la razón del "problema".
POSIBLES SOLUCIONES	
Sí alentar la lluvia de ideas.	No permitir la visión de pasar por un túnel.
Sí trabajar de manera directa por soluciones.	No dejar obstáculos sin examinar.
Sí establecer prioridades.	No permitir una mezcla de necesidad.
ACCIÓN CONCRETA	
Sí dar un paso a la vez.	No intentar resolverlo todo ahora.
Sí establecer metas específicas de corto plazo.	No tomar decisiones que comprometan por largo tiempo.
Sí confrontar cuando sea necesario.	No ser tímido o prometer cosas.
Sí ser directivo, solo si debes serlo.	No retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario.

5. SEGUIMIENTO

Sí hacer un convenio para re contactar.	No dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo.
Sí acordar un segundo encuentro.	
Sí evaluar los pasos de acción.	No dejar la evaluación a alguien más.

Haga las 4 preguntas claves:

¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?

¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?

¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?

¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

Intervención en crisis de segunda instancia: terapia breve de urgencia con tiempo limitado (terapia multimodal). La terapia breve de urgencia con tiempo limitado es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas, se puede llevar a cabo cuando no existe inminente riesgo suicida, de lo contrario se puede plantear en el proceso de seguimiento (Caplan, 1964; Aguilera y otros, 1974; Burgess y Baldwin, 1981; Slaikeu, 1984).

Ampliando el tema la Terapia Multimodal se define como la translaboración del incidente de crisis de modo que este se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro. La Terapia Multimodal evalúa cada caso en sus cinco áreas y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre

ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento adecuado.

Fases de la Terapia Multimodal: ante un incidente precipitante, la Terapia Multimodal establece un conocimiento de:

1. Cada uno de los sistemas de la personalidad *BASIC* que se van a convertir en el foco de la terapia para crisis, es decir, una breve historia acerca del desarrollo a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular.

- Sistema conductual: Se refiere a la actividad patente. Al valorar el funcionamiento conductual, se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad.
- Sistema afectivo: Se refiere a los sentimientos que el individuo tiene acerca de su conducta, el incidente o la vida en general.
- Sistema somático: Se refiere a todas las emociones corporales que abarcan la sensibilidad de los sentidos y el funcionamiento físico general.
- Sistema interpersonal: Se refiere a la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el individuo y los suprasistemas (familiar, social, laboral, comunitario, cultural). Se da atención al número de contactos en cada una de estas categorías, y en la naturaleza de las relaciones, en particular el papel que juega el sujeto con sus allegados.
- Sistema cognoscitivo: Se refiere al rango completo de los pensamientos y, de modo particular, las auto aseveraciones que las personas hacen de su comportamiento, sentimientos, funcionamiento corporal y con otros individuos. Son los procesos mentales del sujeto.

2. El impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento *BASIC* del individuo.

3. Los 4 bloques de tareas encaminadas a la resolución de la crisis. Se ha de integrar el incidente a la vida del individuo para continuar "viviendo". Supervivencia física en las secuelas de la crisis, expresión de los sentimientos relacionados con la crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia completa y realizar los ajustes conductuales/interpersonales que se requieran para la vida futura. Posterior al apoyo emocional prioritario se continúa la siguiente fase.

Estimación del riesgo. Para evaluar el riesgo suicida de una persona es de gran importancia determinar la probabilidad de ocurrencia, en esta guía de práctica clínica de la Universidad de San Buenaventura en la intervención temprana se tendrán en cuenta los factores protectores y variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas que están relacionadas de manera directa con la conducta suicida, si se confirma la presencia de ideación será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación).

Se cita y analiza según la Guía de Atención del Paciente Suicida del CRUED Cartagena, los factores más significativos y el tipo de intervención que se realizará para estimar el riesgo y la letalidad del pensamiento y la ideación suicida.

Sexo. El suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de 3 a 1 a favor de los primeros. Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres con la misma relación de 3 a 1. Las razones de estas diferencias tienen que ver con los métodos empleados y con las diferencias en la prevalencia de algunos de los trastornos relacionados con intentos de suicidio poco estructurados, sin embargo, cabe resaltar un

estudio realizado en Cartagena sobre los factores de riesgo suicida, se encontró “ un discreto predominio de las mujeres 53,9% frente a los hombres 46,1%, esto es llamativo en tanto tradicionalmente se ha descrito que los intentos de suicidio son de tres a cuatro veces más frecuentes en mujeres que en hombres, a la inversa de lo que ocurre con los suicidios consumados, aunque es interesante esta divergencia respecto a las descripciones clásicas” (González, Castilla, Retamoza y Bolaños, 2013).

En general es bastante sencillo determinar el sexo de la persona durante la entrevista. Sin embargo, no debe dudarse en preguntarlo directamente cuando exista algún grado de duda.

Edad. Tradicionalmente se ha sostenido que el suicidio es mayor en personas mayores que en jóvenes. En términos generales sigue siendo cierta la aseveración de que no debe menospreciarse una amenaza de suicidio expresada por un anciano. Sin embargo, en varios países, entre ellos Colombia, se ha visto durante las últimas décadas una mayor tendencia al suicidio entre los jóvenes. De hecho, en nuestra ciudad la mayoría de los casos de suicidio se ubican en personas que aún no han alcanzado la senectud o que ni siquiera son adultos mayores (CRUED Cartagena, 2013).

Según González, Castilla, Retamoza y Bolaños (2013) en su estudio *Factores de Riesgo de los Intentos de Suicidio en Cartagena* se encontró que el principal grupo afectado fue el de personas entre 21 a 30 años seguido por aquellas entre 11 a 20 años. La edad relacionada con los suicidios consumados a nivel mundial puede variar por países y población, pero a nivel general se estima entre los 15 a 45 años de edad, no obstante, pueden encontrarse personas fuera de estos rangos, pero en proporción menor.

La edad debe preguntarse durante la entrevista, preferiblemente durante los primeros minutos de conversación.

Estado marital y presencia de hijos. El riesgo de suicidio decrece en el siguiente orden: tienen mayor riesgo los viudos, seguidos por los divorciados, separados, solteros y casados sin hijos; por último, aquellos con menor riesgo de suicidio son los casados con hijos. El hecho de tener una relación de pareja estable (v.g. unión libre o de hecho) tiene el mismo efecto protector que el matrimonio.

Debe anotarse que más que el hecho de ser soltero, pesa más el vivir solo. Las personas con mayor riesgo de suicidio son aquellas que viven solas.

Pregúntele al paciente por su estado civil y con quién vive. De ser necesario, pídale que le aclare si vive solo o acompañado, aunque en ocasiones existen personas que viven solas y se sienten acompañadas y acompañadas que se sienten solas, por eso es necesario evaluar estas consideraciones.

Estado marital: viudo, divorciado, separado, soltero, con o sin novio, casado o en unión permanente; ¿tiene una relación estable?, preguntar sobre el clima de la relación, aspectos comunicacionales y de convivencia.

Hijos: número de hijos, ¿vive con ellos?, tipo de relación.

Estado ocupacional. Más que con oficios o profesiones determinados, el suicidio se relaciona con el estado ocupacional. En efecto, el riesgo de suicidio aumenta en aquellas personas que súbitamente se ven desempleadas, especialmente si este hecho conlleva una crisis financiera.

Se debe interrogar principalmente acerca del estado laboral. De todas maneras, deberá conocerse el oficio de la persona, lo que nos dará una idea acerca de su nivel cultural, de su adaptación social y de cómo debe orientarse la entrevista.

Ocupación: ¿Trabaja actualmente o no?, tiempo de estar cesante, posibilidades laborales, estado financiero.

Lugar de residencia. Tradicionalmente se ha considerado que el riesgo de suicidio es mayor en zonas urbanas que en zonas rurales. Las circunstancias sociales, políticas y económicas de Colombia hacen que no siempre se cumpla esta ecuación. Particularmente debe importarnos si el paciente se encuentra en una zona de difícil acceso a servicios de salud o de emergencias.

Religión. Practicar una religión es factor de protección contra el suicidio por varias razones. La persona que tiene fe en un ser superior que le ayudará albergará más fácilmente la confianza en que las cosas pueden mejorar. Además, el hecho de asistir regularmente a los ritos y prácticas suministra una red de apoyo social importante. La confesión católica es, entre otras cosas, un mecanismo de desahogo. Por último, no debemos olvidar que las religiones monoteístas practicadas en occidente condenan el suicidio. Mención aparte merece el fanatismo religioso, el cual puede favorecer prácticas suicidas.

Interrogue a su interlocutor acerca de si practica alguna religión. Puede hacer las preguntas relacionadas que considere importantes; por ejemplo, acerca del grado de relaciones sociales establecidas por este medio o con la confianza que le infundan sus creencias. Sea sutil.

A menos que sean francamente compartidas por los interlocutores, evite hacer sugerencias o recomendaciones basadas en las propias creencias, con el fin de evitar herir susceptibilidades.

¿Practica alguna religión?

¿Asiste regularmente a las celebraciones?

¿Participa en las actividades?

Identificar fanatismo

Otros sistemas de apoyo. En el momento que considere oportuno de acuerdo al transcurrir de la entrevista, pregúntele al paciente acerca de la presencia de amistades significativas, vinculación a juntas de acción comunal, clubes sociales o deportivos, asociaciones de padres de familia, etc.

Lo que verdaderamente nos interesa en este punto es identificar si estamos ante una persona solitaria, sin redes potencialmente suministradoras de apoyo en un momento crítico.

¿Tiene amigos, vecinos, socios, compañeros de confianza? (se preguntan por separado), ¿habla con ellos?, ¿cuenta con ellos?, asociaciones de vecinos, laborales, escolares, clubes deportivos, etc.

Presencia de trastornos psicológicos. El intento de suicidio no constituye un diagnóstico. Este tipo de comportamientos hace parte de los hallazgos clínicos que se encuentran en una amplia gama de trastornos mentales. Más aún, las ideas y las conductas suicidas no son exclusivas de los trastornos mentales ni patognomónicas de ninguno de estos.

Más del 90% de las personas que intentan el suicidio padecen un trastorno mental demostrable, independientemente de que haya sido o no previamente diagnosticado.

La lista de los trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio está encabezada por el trastorno depresivo mayor.

Indagar si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico, ha padecido alguna enfermedad mental, toma algún

medicamento psiquiátrico, ha estado hospitalizado por esta causa, preguntar el nombre del terapeuta.

Nota: explore principalmente el síndrome que, según la entrevista, sea más probable que padezca el paciente.

Los grupos de síntomas a explorar dependerán de las quejas expresadas por el paciente al inicio de la entrevista o de lo que el entrevistador considere pertinente según su valoración de la situación.

Trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores que no tengan una causa orgánica, como una enfermedad médica subyacente o la exposición a una sustancia, y que tampoco se den en el contexto de otro trastorno psiquiátrico como el trastorno esquizoafectivo o los trastornos bipolares, por ejemplo.

Estos episodios depresivos mayores se caracterizan por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas, entre los cuales se requiere la presencia de por lo menos uno de los dos primeros, durante un periodo mínimo de 2 semanas: estado de ánimo depresivo o irritable, pérdida del interés y del placer por las actividades cotidianas, cambios en el apetito o el peso corporal, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión y, por último, pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, tentativas o planes de suicidio.

Este trastorno afecta del 5% al 12% de los hombres y del 10% al 25% de las mujeres. El riesgo de muerte por suicidio en el trastorno depresivo mayor llega al 10% o 15% de los pacientes.

Explore: ¿Cómo está de ánimo?, pérdida del interés y del placer, ¿le gustan las mismas cosas de antes? ¿tiene ganas de salir? ¿trabaja porque le gusta o porque le toca hacerlo? ¿le dan ganas de vestir bien?, tristeza, ¿llora con frecuencia?, irritabilidad, ¿se molesta fácilmente?, labilidad del humor. ¿Le cambia mucho el ánimo? ¿está muy contento sin motivo en algunas oportunidades? (una respuesta positiva sugiere bipolaridad, lo cual incrementa el riesgo de suicidio), cambios en el apetito o en el peso corporal, cambios en el sueño, capacidad de concentración. ¿Se le olvidan las cosas? ¿entiende lo que lee? ¿se concentra en equis actividad?, indecisión, cansancio, fatiga, ideas de culpa, remordimientos, reproches, nivel de autoestima, angustia (la exploración de las ideas de suicidio, por su importancia se expondrá más adelante, en relación con la búsqueda de síntomas específicos).

Trastornos bipolares. El trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos o mixtos que suelen alternar con episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por la presencia de episodios depresivos mayores que alternan con episodios de hipomanía. El riesgo de muerte por suicidio es, en términos relativos, mayor en los trastornos bipolares que en el trastorno depresivo mayor. Los intentos de suicidio suelen darse durante los episodios depresivos o los mixtos. Un episodio mixto se caracteriza por la presentación simultánea de síntomas depresivos y síntomas maníacos. El trastorno bipolar I afecta al 1% de la población. Su prevalencia es igual en ambos sexos. El trastorno bipolar II afecta más a las mujeres que a los hombres; su prevalencia está alrededor del 0.6% de la población. El riesgo de suicidio en estas enfermedades llega al 15%.

Para la evaluación del potencial riesgo suicida ante la sospecha de que se esté en presencia de episodios depresivos en el contexto de los trastornos bipolares, léanse las sugerencias relacionadas con el trastorno depresivo mayor.

No olvidar, si se considera necesario o útil, descartar la presencia de episodios durante los cuales el paciente presente algunos de los siguientes síntomas: euforia o irritabilidad inmotivadas, aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, locuacidad, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de la actividad intencionada, involucramiento excesivo en actividades placenteras potencialmente dañinas.

Esquizofrenia. La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de por lo menos dos de los siguientes tipos de síntomas durante un período mínimo de un mes: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta catatónica o desorganizada, y síntomas negativos. El diagnóstico de esquizofrenia se hace después de 6 meses de evolución del cuadro clínico. Esta enfermedad afecta al 1% de la población. Su prevalencia es igual en ambos sexos. El riesgo de suicidio en esta enfermedad alcanza el 15%, aunque se estima que el 50% de las personas afectadas cometerán por lo menos un intento en algún momento de la vida.

Los delirios se harán evidentes a partir del discurso del sujeto, al igual que las alucinaciones. Ambos grupos de síntomas merecen una búsqueda activa. Las alteraciones del lenguaje serán fácilmente perceptibles en este tipo de entrevistas, basadas completamente en el lenguaje verbal.

Indudablemente, no es muy probable que un paciente con predominio de síntomas negativos llame a una línea de atención psiquiátrica.

Las alteraciones de la conducta no pueden apreciarse por teléfono, a menos que las refiera un allegado del paciente.

Trastorno esquizoafectivo. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas similares a los de la esquizofrenia

y de episodios maníacos, mixtos o depresivos. Afecta alrededor del 1% de la población. El riesgo de suicidio en este trastorno es esencialmente el mismo que en las enfermedades anotadas anteriormente.

La exploración de síntomas se hará según las recomendaciones hechas respecto a la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo.

Trastornos de ansiedad. Los principales Trastornos de Ansiedad son el Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de Estrés Agudo, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno de Angustia (pánico) con o sin Agorafobia, la Agorafobia sin ataques de pánico, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, la Fobia Social y la Fobia Específica.

La evaluación de estos trastornos en el contexto de la atención telefónica de urgencias ante un probable riesgo de suicidio, girará básicamente en torno a la evaluación de la angustia presente, más que del trastorno en sí.

De todas maneras, merece la pena recordar que los trastornos de ansiedad más relacionados con el suicidio son el Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de Pánico y el Trastorno Obsesivo Compulsivo, sin que ninguno de ellos alcance un riesgo tan alto como los trastornos psicóticos o los trastornos del estado de ánimo.

La valoración de la angustia y de los ataques de pánico se hará en el apartado de síntomas clínicos específicos.

Trastornos relacionados con sustancias. El uso de sustancias psicoactivas incrementa el riesgo de suicidio a través de varios mecanismos. Por ejemplo, el uso de sustancias debilita o desvía

el juicio de realidad, lo que puede llevar al individuo a creer que al suicidarse está tomando la decisión correcta. Así mismo, el uso de sustancias puede producir cambios del humor, ansiedad o síntomas psicóticos. Por último, estas sustancias suelen ser utilizadas por sujetos impulsivos y con pobre capacidad de manejar la frustración, quienes a su vez están en mayor riesgo de cometer suicidio.

Particular atención merece el uso de alcohol, el cual se asocia con frecuencia con síntomas depresivos.

La combinación de alcoholismo, síntomas depresivos, soledad e ideas de suicidio es una bomba de tiempo.

Pregunte acerca del uso de alcohol u otras sustancias: ¿Cuáles sustancias?, tiempo de evolución del consumo, patrón de consumo, abuso, dependencia, uso social, fecha de último consumo, dosis aproximada por día de consumo, repercusiones del uso; problemas relacionados.

Trastornos adaptativos. Los trastornos adaptativos consisten en respuestas emocionales o conductuales de magnitud exagerada en relación con la situación que actúa como evento desencadenante. Pueden manifestarse mediante tristeza, ansiedad, alteraciones del comportamiento o combinaciones de los anteriores. El desencadenante suele estar relacionado con problemas de pareja, familia, trabajo, estudio, económicos, etc.

Ante la presencia de estresores medioambientales (como problemas familiares, de pareja, laborales, académicos, económicos, etc.), pregunte sobre el estado de ánimo; explore tristeza y ansiedad; pregunte por las funciones básicas de sueño y alimentación; indague irritabilidad, rabietas y conducta impulsiva.

Problemas psicosociales y medioambientales. Pregunte por la presencia de: problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas académicos, problemas laborales, problemas de vivienda (ej., sin hogar, barrio inadecuado), problemas económicos, problemas de acceso a los servicios de salud, problemas legales, otros problemas psicosociales o ambientales.

Trastornos de la personalidad y riesgo de suicidio. Los trastornos de la personalidad se relacionan más con los intentos de suicidio que con los suicidios consumados. Los más relacionados con tales intentos son la personalidad histriónica y la límite. La personalidad narcisista y la antisocial se relacionan también con las conductas suicidas, pero en menor grado.

La personalidad histriónica se caracteriza en esencia por la necesidad de ser el centro de atracción y por la excesiva emotividad.

La personalidad límite se caracteriza por la inestabilidad en todas las áreas de funcionamiento y por la impulsividad.

Se necesita que un trastorno de personalidad sea muy evidente para diagnosticarlo en situaciones de urgencias.

En el contexto de las situaciones de urgencias, resulta más práctico evaluar los rasgos de personalidad más relacionados con las conductas suicidas que intentar la difícil tarea de diagnosticar un trastorno de la personalidad.

Los rasgos de personalidad más relacionados con las conductas suicidas son los siguientes: control, dependencia, impulsividad, pobre control de la ira, inestabilidad, teatralidad, individuos involucrados en relaciones simbióticas.

Los rasgos de personalidad se evalúan según las prioridades, el tiempo disponible y el problema actual, puede preguntar sobre la forma de ser o cómo lo ven los demás; virtudes y defectos.

La evaluación de los rasgos de personalidad se justificará si va dirigida a un claro objetivo terapéutico. Los individuos afectos de personalidades limítrofes e histriónicas suelen ser bastante manipuladores. Sin embargo, los rasgos mencionados anteriormente pueden manifestarse claramente en situaciones de crisis emocionales.

Pueden hacerse preguntas como: ¿Es impulsivo?, ¿cómo manifiesta esta impulsividad?, ¿le cambia mucho el ánimo?, ¿es incomprendido?, ¿se torna irritable con facilidad?, ¿cómo maneja la ira?, ¿cómo maneja las frustraciones?

Lo ideal sería tener información sobre el estilo habitual de comunicación.

Hallazgos clínicos específicos relacionados con el riesgo de suicidio. A continuación, revisaremos una serie de hallazgos clínicos que se relacionan claramente con el riesgo de suicidio, independientemente del diagnóstico psiquiátrico que pueda padecer el paciente.

Ideas de desesperanza. Las ideas de desesperanza representan el síntoma aislado más frecuentemente relacionado con el suicidio. Son habituales en los estados depresivos y su exploración es relativamente sencilla. ¿Cómo ve el futuro?, ¿qué soluciones se le ocurren ante el problema actual?, pesimismo.

Sentimientos de desamparo. ¿Se siente solo?, ¿está solo?, ¿cuenta con alguien?, ¿tiene personas a quienes acudir?, ¿su familia se ocupa de usted?, ¿tiene amigos?

Insomnio severo. ¿Cómo está durmiendo últimamente?, identificar tipo de insomnio, si lo hay especial atención merece el insomnio global, tiempo de evolución del problema de sueño, ¿toma algún medicamento para dormir?

Somnolencia. ¿Tiene mucho sueño durante el día?, ¿tiende a quedarse dormido en cualquier momento?, ¿se torna irritable con facilidad?

Ideas o planes suicidas. Las ideas y los planes suicidas se relacionan con el intento de suicidio en relación con su persistencia, grado de estructuración y tiempo de evolución. Punto clave: determinar el grado de estructuración; preguntar por la presencia de ideas de suicidio no es sugerirlo, actúe con sutileza. Puede realizar las preguntas indagando inicialmente sobre temor a morir e ideas de muerte, para luego progresar a preguntas relacionadas con ideas o planes suicidas.

¿Tiene miedo a morir?, ¿ha deseado morir?, ¿ha pensado que sería mejor estar muerto?, ¿ha pensado alguna vez en quitarse la vida?, ¿desde cuándo está pensándolo?, ¿piensa en ello frecuentemente?, ¿ha hecho algún plan?, ¿cuál?, ¿ha decidido hacerlo? Evaluar prospección: razones personales para continuar viviendo.

Haga las preguntas utilizando transiciones a modo de introducción. Por ejemplo, ahora que está tan triste (o ansioso, o preocupado, o desesperado, etc.) ¿ha llegado a pensar que sería mejor estar muerto?

Ansiedad grave. Evalúe los siguientes aspectos: preocupación constante, ¿qué le preocupa?, ¿está ansioso (o nervioso) últimamente?, ¿ansiedad permanente o episódica?, tensión, hipervigilancia, hiperexcitabilidad, síntomas neurovegetativos.

Ataques de pánico. Los ataques de pánico o crisis de angustia son episodios de minutos de duración que se presentan sin causa aparente, y se caracterizan por una sensación de miedo o malestar intensos acompañados de una cascada de síntomas neurovegetativos y psicológicos. Con frecuencia se confunden con un ataque cardíaco o con otras enfermedades médicas.

Ante la sospecha de ataques de pánico evalúe: episodios de miedo o malestar intensos, síntomas autonómicos y psicológicos que acompañan el miedo, palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de extrañeza o de estar separado de uno mismo), miedo a morir, a perder el control o a volverse loco, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones.

Baja autoestima. Indagar sobre aspectos positivos, preguntar por habilidades, sentido de valía y de autoimportancia, ¿es necesario o útil para alguien?, ¿sería mejor o peor para los demás que muriera?, ¿a quién beneficiaría su muerte?, planes para el futuro.

Disforia. La disforia es un estado de ánimo desagradable, caracterizado por la presencia de ira y tristeza simultáneas. Evalúe presencia de malestar psicológico, pregunte por irritabilidad fácil.

Dificultad para concentrarse. ¿Tiene la mente tan despejada como siempre?, ¿se le olvidan las cosas?, ¿le cuesta trabajo tomar decisiones?, ¿le es difícil pensar?, ¿piensa con claridad?, ¿se concentra en las conversaciones? (o leyendo o viendo tv, etc.), ¿ha disminuido el rendimiento en el trabajo? (o en el estudio), ¿hace las cosas con la facilidad habitual?

Síntomas psicóticos. La presencia de síntomas psicóticos incrementa el riesgo de suicidio. Los elementos psicóticos por excelencia son las alucinaciones y los delirios. La persona afectada por síntomas psicóticos tiene alterado el juicio de realidad. Por lo tanto, dará por hecho que el contenido de sus delirios o de sus alucinaciones es real y valedero. En consecuencia, dirigirá su conducta de acuerdo con dicho contenido, pudiendo en oportunidades llegar a agredir a otros o a sí misma.

De particular interés en cuanto a la relación con el riesgo de suicidio son algunos tipos de delirios y de alucinaciones. Por ejemplo, los delirios de culpa, de ruina, de minusvalía, de perjuicio y nihilistas incrementan el riesgo de cometer suicidio.

Respecto a las alucinaciones, aquellas que incrementan en mayor grado el riesgo de suicidio son las auditivas complejas que le ordenan al paciente matarse o le humillan sistemáticamente.

Los delirios y las alucinaciones se evalúan activamente una vez establecida una buena comunicación con el paciente. Se indagan si se sospechan a partir de lo expresado por el paciente. Sea sutil en la búsqueda de estos síntomas; para evaluar los delirios pueden hacerse preguntas como: ¿hay gente en contra suya?, ¿qué quieren hacerle?, ¿tiene usted alguna misión especial en la vida?, ¿hay algo que lo haga sentir culpable?, ¿podríamos hablar del tema?

Para evaluar las alucinaciones puede hacer preguntas como: ¿ha podido oír voces (o cosas) que los demás no puedan oír?, ¿de quién son esas voces?, ¿qué le dicen esas voces?, ¿le dicen cosas desagradables?, ¿le dan órdenes?, ¿le ordenan hacerse daño?, ¿usted les obedecería?

Antecedentes. Historiales de intentos de suicidio en el paciente: Número de intentos, métodos utilizados, ¿impulsivos o planeados?

Antecedentes de suicidio en familiares	Sí ___ No ___
Antecedentes de suicidio en amigos cercanos	Sí ___ No ___

Antecedentes médicos: Enfermedades incapacitantes o de mal pronóstico, evaluar si ha padecido dolor crónico severo.

Procesamiento de la información y toma de decisiones. A estas alturas de la entrevista se ha recopilado una buena cantidad de información de calidad suficiente para hacer una estimación aproximada del riesgo suicida del paciente. Así mismo, si se ha escuchado activamente al paciente, y se ha brindado apoyo emocional prioritario. ¿Qué hago en este momento?, aclare cualquier duda que usted pueda tener; ofrezca responder a interrogantes o aclarar dudas del paciente, haga una recapitulación de la información y valore el riesgo de suicidio; plantéese si la hospitalización inmediata es necesaria o no; ante la duda, hospitalice; pida siempre valoración del paciente por psiquiatría (ver tabla de valoración del nivel de riesgo del suicidio).

Derivación

La derivación del paciente a una unidad de salud mental se da cuando existe confirmación de un riesgo alto, medio alto y riesgo medio. Se debe comunicar con sinceridad y asertividad al paciente, nunca dejarlo solo y explicarle la necesidad e importancia de ser internado, se realiza trámite administrativo de verificación de seguridad social y convenio según el prestador, para confirmar a través de contacto telefónico la derivación del paciente hacia la unidad de salud mental, además se contactan a sus familiares para brindarle información de acuerdo a la valoración realizada y se explica el trámite para asegurar la salud y la vida del paciente.

Para realizar la derivación a una Unidad de Salud Mental es importante llenar el formato de estimación y remisión de riesgo suicida diseñado por Castilla (2016) que se encuentra disponible en el Anexo F.

Seguidamente se contacta el transporte de ambulancia básico o medicalizado de acuerdo a la condición y se traslada al paciente con un familiar responsable y un líder de salud mental de Bienestar Universitario o del semillero PSICOPAC quien brindará apoyo durante el recorrido.

Posterior a la de alta y de acuerdo a las recomendaciones establecidas es necesario seguimiento y apoyo psicológico en Bienestar Universitario.

A continuación, se presenta una lista de verificación de seguridad social en relación con las diferentes Unidades de Salud Mental en la ciudad de Cartagena:

Fundación Simón Santander y Clínica la Misericordia	
¿Quiénes son?	Es una unidad terapéutica de corta, media y larga estancia para la observación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos, mediante servicios de atención integral y neurociencias a sus pacientes de enfermedades agudas o crónicas, con programas terapéuticos especializados.
Servicios que ofrecen	<ul style="list-style-type: none"> - Urgencia Psiquiátrica: La clínica dispone de urgencias 24 horas los 365 días al año, ofreciendo de esta forma, un tratamiento adecuado y en el tiempo necesario con nuestros especialistas. - Hospitalización, habitaciones unipersonales y bipersonal: El área de hospitalización tiene una capacidad de treinta y cinco (35) camas. Nuestro promedio de hospitalización es de 7 días

	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización día: Programa de tratamiento para pacientes con patología mental que presentan episodios agudos, se promueve la estancia breve, buscando bajos costos y mayor efectividad frente a las prolongadas hospitalizaciones tradicionales. - Consulta externa psiquiátrica: Son atendidos por personal especializado como psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos, terapeutas de pareja y familia. Se atienden adultos, adolescentes y niños, y nuestra filosofía son tratamientos ambulatorios cortos y eficaces. - Consulta externa psicológica: Horario de atención de lunes a viernes de 8 AM a 6 PM. Y sábados de 8 AM a 1 PM. Ayuda también a la ARP a la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés con su informe completo y recomendaciones. - Consulta externa por enfermería. - Unidad de cuidado agudo psiquiátrico.
Convenios	<p>Comfamiliar Salud Total Cooameva Café Salud Ambuc Sanitas Nueva EPS Famisanar Policía Nacional Sura Clínica general del norte (Puertos y Magisterios) Hospital Naval Liberty Seguros Seguros Bolívar Medicina prepagada Medplus</p>
Contacto	<p>Dirección. Barrio Amberes Cll. 30 # 41 - 26 Tel. 6722088 - 6722400 - 6722913 Cel. 3107341810 E-mail: atencionalusuario@ lamisericordiacartagena.com.co</p>

CEMIC	
¿Quiénes son?	Es una institución que ofrece sus servicios a la población de la ciudad de Cartagena y del departamento de Bolívar, propende por una atención ética de alta calidad y con calidez a las personas que presentan trastornos mentales. Respetando ante todo sus derechos universales y constitucionales con un alto sentido de responsabilidad social.
Servicios que ofrecen	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia ocupacional - Consulta de psicología - Consulta externa especializada de psiquiatría - Tratamiento de conductas adictivas y farmacodependencia - Servicio de promoción y prevención en salud mental - Servicios hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> • Internación en psiquiatría • Internación conductas adictivas o farmacodependencia - Otros servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta psiquiátrica prioritaria • Atención integral y rehabilitación para el trastorno de estrés postraumático.
Convenios	Mutual ser Ecopetrol Policía Nacional Sura Sanitas
Contacto	Dirección: Barrio el Cabrero. Calle Real #42-64, Cartagena, Bolívar Teléfono: (5) 6642240

Clínica San Felipe de Barajas	
¿Quiénes son?	Es una IPS en salud mental, con calidad científica, humana, digna, innovadora y moderna. Constituyéndose en la primera clínica de Colombia en implementar el modelo ambulatorio de rehabilitación "Cognitivo-Conductual.
Servicios que ofrecen	PSIQUIATRÍA <ul style="list-style-type: none"> - Farmacoterapia y psicoterapia - Terapia de familia - Terapia de pareja - Terapia conductual - Terapia cognitivo conductual - Psicoterapia psicodinámica PSICOLOGIA <ul style="list-style-type: none"> - Atención ambulatoria e intervención en crisis. - Manejo psicoterapéutico de valoración y diagnósticos.
Convenios	Comfamiliar Cajacopi Ambuc Salud Vida Confacor Caja de compensación de la Universidad de Cartagena. Pacientes DADIS
Contacto	Dirección: Barrio Los Alpes, Transversal 73 # 31A -39. Teléfonos: 6612475 – 6533674 Móvil: 310 8464832

Seguimiento

Desde la unidad de Bienestar Universitario Institucional, se realizará seguimiento al paciente una vez se incorpore a la Universidad San Buenaventura tras haber recibido atención en una Unidad de Salud Mental. Para ello, se recomienda utilizar técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de la conducta suicida, puesto que, Caballo (citado por Corcuera e Iglesias) señala que: “el enfoque cognitivo conductual constituye hoy en día una de las oportunidades más potentes a la hora de intervenir psicológicamente sobre numerosos trastornos mentales”. (p. 5). También admitió que los resultados de la TCC como intervención en la depresión, como factor de riesgo en el suicidio, se evidencia en “El incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía, modificación cognitiva, la terapia de la conducta, programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, valoración de dominio y placer” (p. 1).

A continuación, se mencionan algunas técnicas cognitivas conductuales que pueden ser utilizadas:

Reestructuración cognitiva. Esta técnica consiste, según Bados y García (2010) en que: “El paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros” (p. 2). Cabe aclarar que, el terapeuta no debe señalar al paciente cuáles son los pensamientos alternativos válidos, si no, estimular a través de preguntas a la evaluación de sus propios pensamientos y así concluir si son adecuados o no.

Esta técnica tiene cierto grado de complejidad, pues requiere de conocimiento del problema de salud mental a intervenir y, además, según Bados y García (2010) “se necesita velocidad y creatividad de

pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente” (p. 2).

Entrenamiento en resolución de problema. Según Bados y García (2014), esta técnica consiste en:

Ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas. (p. 1)

El entrenamiento en resolución de problema ha sido de gran utilidad en diferentes áreas como: Pérdidas anticipadas o reales: separación, divorcio, muerte de un ser querido, despido laboral; indecisión ante elecciones importantes: cambio de trabajo, cambio de rol, irse de casa, seguir estudiando o no, carrera a elegir, etc., intento de suicidio, depresión, estrés, etc.

Esta técnica se lleva a cabo a través de dos procesos: orientación hacia el problema y habilidades básicas de resolución de problemas. La primera, indican Bados y García (2014), que “refleja los pensamientos y sentimientos generalizados de una persona sobre los problemas de la vida y sobre su propia habilidad para resolver problemas (es decir, valoraciones, creencias, expectativas y respuestas emocionales generalizadas)”. Y la segunda, “implica la búsqueda racional de una solución o soluciones a través de una serie de estrategias que ayudan a solucionar o afrontar una situación problemática” (p. 5).

Estrategias y estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento según Carver y Scheier (1994); Fernández- Abascal Palmero, Cholíz y Martínez (1997) tomado de Solís y Vidal (2006):

Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por su parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. (p. 35)

Asimismo Lazarus y Folkman, citado por Vázquez, Crespo y Ring, definen el afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 426).

Sobre la base de la idea expuesta, esta técnica constituye, como lo menciona Vázquez, Crespo y Ring, “un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales” (p. 426).

Descatastrofización. Para Sabate la descatastrofización es una técnica cognitiva en la que “El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta realiza preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente” (p. 9).

Autorregulación emocional. Entre las técnicas utilizadas para la ideación y conducta suicida está el adecuado manejo de emociones. Por ello, la autorregulación emocional es de gran importancia, puesto que se refiere a la capacidad de canalizar las emociones adecuadamente. Esto no implica bloquear las emociones, sino expresarlas debidamente.

Atendiendo a esta consideración, lo ideal de la autorregulación está en comprendernos con nosotros mismos, para poder así articular debidamente nuestros sentimientos y comportamiento.



Referencias

Álvarez, M. (2016). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

Arzuzar, M., Caraballo, J. y Pedroza, J. (2015). Factores de riesgo en la tentativa suicida de estudiantes del pregrado en psicología de una universidad privada. Cartagena: Universidad de San Buenaventura.

Baldovino, K., Blanco, W., y Lagares, L. (2015). Distorsiones cognitivas en estudiantes de psicología con ideación suicida de una universidad privada en la ciudad de Cartagena. Cartagena: Universidad de San Buenaventura.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M. et al. Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatr 1961; 4: pp. 561-571.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.I. y Riskind, J.H. (1987). Differentiating.

Beck, R. & Perkins. (2001). T.S. Cognitive Therapy and Research. 25: 651. doi:10.1023/A:1012911104891.

Beck y Freeman (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós Ibérica.

CRUED Cartagena. (2013). Valoración de factores de riesgo relacionados con el suicidio. Guía para conducir la entrevista.

Cununuba, M., España, A., y Quintero, D. (2016). Ideación suicida y respuestas rumiativas en estudiantes de pregrado de una universidad privada en Cartagena. Cartagena: Universidad de San Buenaventura.

Díaz, K. y Ferrer, M. (2015). Abordaje cognitivo conductual a sobrevivientes del suicidio consumado por parte de estudiantes en una universidad privada de Cartagena. Cartagena: Universidad de San Buenaventura.

Fernández, J., Touriño, R., Benítez, N. y Abelleira, C. (2010). Evaluación en rehabilitación psicosocial. Capítulo 5. Valladolid: FEARP.

González, A. Castilla, A., Retamoza, N. y Bolaños, G. (2013). Factores de riesgo relacionados con los intentos de suicidio de Cartagena, Colombia.

González, P. Medina, O. y Ortiz, J. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Rev Haban Cienc Méd*, vol.15, no.1, La Habana, ene.-feb. 2016. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100015.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado00/presentacion.html.

Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, vol. 29, núm. 5, septiembre-octubre, 2006, pp. 66-74. Distrito Federal, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Malloca, InterSalud.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2), 81-85. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2031/203122516002/>.

Organización Mundial de la Salud (2016). Nota descriptiva: Suicidio. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.

Pérez Barrero, A. (2013). Manejo de la crisis suicida en el adolescente. *Psicología Online*. pp. 8-12. Consultado 2 de mayo de 2014. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/manejo.shtm>

Pérez, S. (2006). ¿Cómo prevenir el suicidio en adolescentes? *Futuros*, 14 (6)

Salgado, A. (2015). *Salud Mental y Promoción de Factores Protectores Psicosociales*. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.

Sun, R., Hui, E. & Watkins, D. (2006). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of adolescence*, 29, pp. 209-224.

Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la Implementación de la terapia-cognitiva. *Psychol. av. Discip.* Vol. 7, N.º 1. pp. 93-102. ISSN 1900-2386. Bogotá, Colombia.

Torres, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida, guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM).



Anexos

Anexo A

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Nombre: _____

Fecha de la evaluación: _____

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

- Moderado a intenso
- Débil
- Ninguno

2.- Deseo de morir.

- Moderado a intenso
- Débil
- Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

- Las razones para vivir son superiores a las de morir
- Iguales
- Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

- Moderado a intenso
- Débil
- Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.

- Tomaría precauciones para salvar su vida
- Dejaría su vida / muerte en manos del azar
(por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
(por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.

- Breve, períodos pasajeros
- Períodos más largos
- Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

- Rara, ocasional
- Intermitente
- Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

- Rechazo
- Ambivalencia, indiferencia
- Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- Los factores disuasorios tienen cierta influencia
- Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

11.- Razones del proyecto de intento.

- Manipular el medio, atraer atención, venganza
- Combinación de ambos
- Escapar, acabar, resolver problemas

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

- No los ha considerado
- Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

- Método no disponible; no hay oportunidad
- El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad accesible
- Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguro de su coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

- No
- Incierto, no seguro
- Sí

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

- Ninguna
- Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

- No escribió ninguna nota
- Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

- Ninguno
- Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- Reveló estas ideas abiertamente
- Fue reacio a revelarlas
- Intentó engañar, encubrir, mentir

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

- Ninguno
- Uno
- Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

- Baja
- Moderada; ambivalente, insegura
- Alta

PUNTUACIÓN TOTAL:

Actitud ante la vida/muerte:

Pensamientos/deseos suicidas:

Proyecto de intento:

Intento proyectado:

Factores disuasorios:

Intentos previos:

Anexo B

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Nombre: _____

Fecha de la evaluación: _____

Se trata de una escala autoadministrada.

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

Escala de Desesperanza de Beck

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda pasar en el futuro | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| TOTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo C

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Instrucciones:

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SÍ" o "NO".

1. ¿Toma de forma habitual según medicamentos como aspirinas o pastillas para dormir? SÍ NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? SÍ NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? SÍ NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? SÍ NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? SÍ NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? SÍ NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? SÍ NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? SÍ NO
9. ¿Está deprimido/a ahora? SÍ NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a? SÍ NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? SÍ NO

12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

SÍ

NO

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

SÍ

NO

14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

SÍ

NO

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

SÍ

NO

PUNTUACIÓN TOTAL

Anexo D

ESCALA SAD PERSONS

Instrucciones:

Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

S: Sexo masculino.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
A: Edad (Age) < 20 o >45 años.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
D: Depresión.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
P: Tentativa suicida previa.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
E: Abuso de alcohol.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
S: Carencia de apoyo social.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
O: Plan organizado de suicidio.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
N. No pareja o cónyuge.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
S: Enfermedad somática.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
PUNTUACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo E

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A.
0. No me siento triste.
 1. Me siento triste o melancólico.
 2. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 3. Siento que nunca saldré de mis problemas.
- B.
0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
 1. Me siento desalentado por el futuro .
 2. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
 - 3 Siento que nunca saldré de mis problemas.
 4. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.
- C.
0. No me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado más que el promedio.
 2. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
 3. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 4. Siento que soy un fracasado completo.

- D.
 - 0. No estoy particularmente insatisfecho.
 - 1. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
 - 2. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba.
 - 3. Nunca siento satisfacción de nada.
 - 4. Estoy insatisfecho de todo.

- E.
 - 0. No me siento particularmente culpable.
 - 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.
 - 2. Me siento algo culpable.
 - 3. Me siento mal o indigno casi siempre.
 - 4. Siento que soy malo o inútil.

- F.
 - 0. No siento que este siendo castigado.
 - 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir.
 - 2. Siento que soy castigado o que seré castigado.
 - 3. Creo que merezco ser castigado.
 - 4. Deseo ser castigado.

- G.
 - 0. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - 1. Estoy decepcionado de mí mismo.
 - 2. No me agrado.
 - 3. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - 4. Me odio.

- H.
 - 0. No creo ser peor que cualquier otro.
 - 1. Me critico por mi debilidad o errores.
 - 2. Me reprocho mis culpas.
 - 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

- I.
 - 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.
 - 1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
 - 2. Siento que estaría mejor muerto.
 - 3. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.

4. Tengo planes definidos para suicidarme.
 5. Me mataría, si pudiera.
- J.
0. No lloro más de lo usual.
 1. Lloro más de lo que acostumbraba.
 2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
 3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K.
0. No estoy más irritado de lo habitual.
 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual.
 2. Me siento irritado siempre.
 3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L.
0. No he perdido interés por la gente.
 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
 2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
 3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M.
0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
 1. Trato el evitar tomar decisiones.
 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
 3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N.
0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
 1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
 3. Siento que luzco feo o repulsivo.
- O.
0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
 2. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 3. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Despierto por la mañana más cansada que de costumbre.
2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Q. 0. No me canso más de lo usual.
1. Me canso más fácilmente que lo usual.
2. Me canso de no hacer nada.
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.
- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal.
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
2. Mi apetito es deficiente.
3. No tengo apetito.
- S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
1. He perdido más de 2 ½ Kg.
2. He perdido más de 5 Kg.
3. He perdido más de 7 Kg.
- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.
1. Tengo poco interés por el sexo
2. Mi interés por el sexo es casi nulo
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo F

FORMATO DE ESTIMACIÓN Y REMISIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Datos de identificación personal

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a)

Ocupación: Trabaja Estudia Desempleado

Tiene hijos: Si No

Religión: _____

Practicante: Si No

Vive solo: Si No

Proveniente de región: Urbana Rural

Factores de riesgo clínicos y medio ambientales

Antecedentes de Trastornos relacionados con los intentos de suicidio:

T. depresivo mayor T.A.B T. de personalidad

Abuso de alcohol y drogas T psicóticos

Ansiedad Otros trastornos psiquiátricos

T. de la conducta alimentaria Sin diagnóstico previo

Síntomas específicos actuales:

Ideas de desesperanza Intentos previos: Sí No

Minusvalía Enfermedad

Disforia Dolor crónico

Insomnio Discapacidad permanente

Sentimientos de soledad Suicidio previo en familiares

Miedo Suicidio previo en amigos

Preocupación Estresores vitales

Presencia actual de ideación: Sí No

Factores sociales y ambientales:

Falta de apoyo de la red familiar y social

Historia de maltrato y abuso

Historia de acoso

Resultados de la aplicación de instrumentos

Escala de desesperanza de Beck Resultado:

Escala de ideación suicida Resultado:

IBD Resultado:

Escala de SAD PERSONS Resultados:

Escala de Plutchik Resultados:

Característica de la tentativa

Intoxicación medicamentosa o producto químico, especificar:

 Daño físico, especificar:

 Otro método, especificar:

Planificación de la conducta suicida Sí No

Actitud ante la conducta suicida actual:

Arrepentimiento Lamento del resultado no fatal

Formulación clínica

Se realiza breve descripción de las hipótesis causales y la covariación de las variables que inciden en los síntomas y criterios diagnósticos que presenta el paciente.

Conclusiones

Existe riesgo de suicidio inmediato: Sí No

Capacidad de decisión: Sí No

Derivación inmediata a unidad de salud mental Sí No

Recomendaciones y sugerencias

(Se describe la importancia de la supervisión y apoyo constante, medidas de seguridad y activación de los factores protectores, la necesidad de la remisión si existe riesgo inminente)

Nombre y sello del profesional tratante

Elaborado por: Castilla, A. (2016)

Anexo G

TABLA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DEL SUICIDIO

<ul style="list-style-type: none">- Si cumple con seis o más factores de riesgo principales- Cualquier caso con planificación suicida y método específico- Si estado de ánimo depresivo "grave".	Riesgo alto (4)
<ul style="list-style-type: none">- Si cumple menos de seis factores de riesgo.- Cualquier caso con planificación suicida sin método específico.- Si estado de ánimo depresivo "severo".	Riesgo medio-alto (3)
<ul style="list-style-type: none">- Si cumple entre dos y cuatro factores de riesgo.- No hay planificación suicida.- Si estado de ánimo depresivo "bajo-moderado".	Riesgo medio (2)
<ul style="list-style-type: none">- Si cumple un factor de riesgo.- No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden.- Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo "bajo-moderado".	Riesgo bajo (1)
<ul style="list-style-type: none">- Si no presenta ningún factor de riesgo.- No hay planificación suicida.- Aparecen como máximo dos o tres síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo "bajo-moderado".	Sin riesgo (0)

Este libro se diagramó e imprimió en
Alpha Editores en diciembre de 2018,
con un tiraje de 200 ejemplares.

Se empleó la tipografía Barlow Semi Condensed

Anualmente más de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El comportamiento suicida va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

Por otra parte, aunque la relación entre el suicidio y los trastornos mentales es bastante estrecha, esto no quiere decir que quienes no tengan un trastorno mental se encuentran exentos de conducta suicida, puesto que se han presentado casos que se producen impulsivamente como respuesta a una crisis que afecta la capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida, tales como los problemas financieros, la ruptura de relaciones de pareja o familiares, o los dolores y enfermedades crónicas.

En virtud de lo anterior, este texto pretende proporcionar herramientas de prevención y atención de la conducta suicida. A través de su contenido se especifican los lineamientos técnicos para la promoción, prevención, evaluación y tratamiento que garantizan una intervención de calidad y precisan las acciones que deben ser desarrolladas por las instancias y actores que estén implicados con la atención de esta condición clínica.

ISBN: 978-958-8590-82-0



9 789588 590820