

**Formación en primeros auxilios psicológicos por intento de suicidio, para el personal
médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa - Tolima**

Narlis Yaneth Gómez Olivero

Asesora: Bibiana Patricia Rojas Arango

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades

Maestría en Psicología Comunitaria

Villahermosa – Tolima 2021

Contenido

	Pág
Lista De Anexos.....	6
Lista De Gráficas	7
Resumen.....	8
Abstract	9
Introducción	10
Estado Del Arte.....	13
Planteamiento Del Problema.....	36
Justificación	40
Objetivos.....	42
Objetivo General	42
Objetivos Específicos	42
Marco Conceptual.....	43
Suicidio.....	43
Definiciones.....	43
Conducta Suicida.	45
La Ideación Suicida.....	45
El Plan Suicida.....	46

Intento de Suicidio.	46
Suicidio Consumado.	47
Clasificación Del Riesgo de Suicidio (Alcaldia de Medellín, 2015).....	47
Alto.	47
Indeterminado.	47
Bajo.	48
Tipos de Prevención Del Suicidio (María Quiñones, s.f).....	48
Prevención Indirecta.	48
Prevención Directa.	48
Primeros Auxilios Psicológicos	48
Definiciones.....	49
Cómo Intervenir En Una Crisis Mediante Primeros Auxilios Psicológicos.....	52
Quien, Cuando y Donde Prestar Los Primeros Auxilios Psicológicos (OMS, 2012)	53
¿Para Quién Es La Primera Ayuda Psicológica?	53
¿Cuándo Se Proporciona La Primera Ayuda Psicológica?	53
¿Dónde Se Puede Proporcionar La Primera Ayuda Psicológica?.....	54
Importancia De Los Primeros Auxilios Psicológicos Como Factor De Prevención (UC, 2014).....	54
¿Cómo Prepararse Para Brindar PAP?	55
Marco teórico	57

El Suicidio Desde El Enfoque Humanista.....	57
El Suicidio Desde La Psicología Comunitaria	57
El Suicidio Desde El Enfoque Psicosocial.....	58
Marco legal	63
Metodología	65
Enfoque De Investigación	65
Enfoque Cualitativo.....	65
Diseño De Investigación	65
Diseño Investigación Acción.....	65
Técnica De La Investigación.....	68
El Cuestionario Mixto	68
La Entrevista.....	68
Grupo Poblacional.....	69
Criterios de Inclusión	69
Criterios de Exclusión	70
Procedimiento.....	70
Primera Fase/ Sensibilización.....	70
Segunda Fase/ Recopilación De La Información.	70
Tercera Fase/ Proceso De Análisis De La Información.	71
Cuarta Fase/ Plan De Acompañamiento.....	71

Proyecto social aplicado	73
Consideraciones Éticas	75
Resultados	78
Fase de acompañamiento	86
Recomendaciones	95
Referencias.....	96
Anexos	104

Lista De Anexos

	Pág
Anexo A. Cuestionario sobre primeros auxilios psicológicos con relación al intento de suicidio	104
Anexo B. Consentimiento informado	108
Anexo C. Capacitación 1 suicidio.....	109
Anexo D. Capacitación 2 suicidio	111
Anexo E. Capacitación 1 primeros auxilios psicologicos.....	113
Anexo F. Capacitación 2 primeros auxilios psicologicos	115
Anexo G. Taller 1 crisis	117
Anexo H. Taller 2 crisis	119
Anexo I. Taller 1 valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida .	121
Anexo J. Taller 2 valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida .	123
Anexo K. Evaluación de reacción.....	125
Anexo L. Cartilla de primeros auxilios psicologicos.....	127
Anexo M. Fotografías	173

Lista De Gráficas

	Pág
Grafica 1. ¿Ha recibido alguna vez capacitación acerca de cómo brindar apoyo en situaciones de crisis por intento de suicidio?	78
Grafica 2. ¿Conoce, cómo usted debería actuar frente a situaciones de crisis cuando le llega un paciente por intento de suicidio?.....	80
Grafica 3. En una situación de crisis por intento de suicidio, señale el momento indicado para brindar primeros auxilios psicológicos.	82
Grafica 4. ¿Considera usted, que pueden existir impactos por prestar atención en primeros auxilios psicológicos?.....	83

Resumen

Este estudio describe los resultados de investigación del proyecto aplicado titulado “Formación en primeros auxilios psicológicos por intento de suicidio, para el personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima, parte de un requisito para optar al título de Magíster en Psicología Comunitaria, por ello, se plantea como objetivo principal el identificar las acciones que los médicos y paramédicos implementen en términos de proteger y acompañar a los pacientes que consultan en el Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima, frente a la atención de un intento de suicidio.

Se utiliza el enfoque cualitativo, ya que el tema de estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto, entre los resultados principales se ve la necesidad de implementar la teoría de la salud mental comunitaria, ya que la ideación suicida y el intento suicida es fácil de identificar para prevenir e intervenir. Se considera que es un proyecto aplicado asertivo porque muchos de los participantes expresan en las entrevistas el desconocimiento que tenían del tema, dónde estaban fallando, cuales son las cosas que realmente necesita el paciente y aceptaron que estaban vulnerando ciertos derechos de las personas al remitirlos sin haberles prestado esa primera ayuda psicológica y que a partir del momento pueden prestar los primeros auxilios psicológicos en caso que no se cuente con una psicóloga en el momento.

Palabras claves: suicidio, primeros auxilios psicológicos, salud mental comunitaria, pacientes, formación, médicos, paramédicos.

Abstract

This study describes the research results of the applied project entitled "Training in psychological first aid for attempted suicide, for medical and paramedical personnel of the Ismael Perdomo Hospital in Villahermosa - Tolima, part of a requirement to qualify for the Master's degree in Community Psychology Therefore, the main objective is to identify the actions that doctors and paramedics implement in terms of protecting and accompanying the patients who consult at the Ismael Perdomo Hospital in Villahermosa - Tolima, in the face of a suicide attempt.

The qualitative approach is used, since the subject of study has been little explored or no research has been done in this regard, among the main results is the need to implement the theory of community mental health, since suicidal ideation and Suicidal attempt is easy to identify to prevent and intervene. It is considered to be an assertive work because many of the participants in the interviews express their ignorance of the subject, where they were failing, what are the things that the patient really needs and they accepted that they were violating certain rights of the people by referring them without having provided that first psychological help and that from the moment they can provide psychological first aid in case a psychologist is not available at the time.

Keywords: Suicide, psychological first aid, community mental health, patients, training, doctors, paramedics.

Introducción

Este proyecto aplicado se enfocó en la formación en primeros auxilios psicológicos por intento de suicidio, para el personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima, porque como bien sabemos el departamento del Tolima es el quinto departamento con más suicidios en Colombia.

Los primeros auxilios psicológicos serán aquellas estrategias que nos permitan prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental de los afectados, con el objetivo de restablecer el equilibrio emocional del paciente y ayudándole a dar pasos concretos para enfrentarse a la crisis. Dichas estrategias son, fundamentalmente, proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda (Ajates Gutierrez, y otros, s.f).

Después de haberse una revisión rigurosa en las diferentes bases de datos, en busca de información en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos por parte del personal médico y paramédico en los intentos de suicidios, podemos decir con propiedad que no se encontró absolutamente nada, situación por la cual consideramos que este tema de proyecto aplicado puede aportar mucho a la salud mental del municipio de Villahermosa - Tolima, ya que según las bases de datos del observatorio de la gobernación del Tolima, en los últimos cuatro años se reportan muchos intentos de suicidios y no hay personal capacitado en prestar los primeros auxilios psicológicos cuando pasa un eventos de estos, ya que en el municipio antes mencionado sólo se cuenta con un hospital de primer nivel, donde no se cuenta con la presencia de un psicólogo y el paciente tiene que esperar hasta tres días si es fin de semana para poder recibir intervención psicológica por parte del profesional de la alcaldía municipal.

El propósito de este proyecto aplicado es identificar las acciones que los médicos y paramédicos implementen en términos de proteger y acompañar a los pacientes que consultan en el Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima, frente a la atención de un intento de suicidio.

Lo que se pretende con este proyecto aplicado es capacitar a los profesionales de la salud del municipio de Villahermosa – Tolima para poder atender con profesionalismo las personas que toman la decisión de atentar contra su vida; son capacitaciones psicosociales denominadas ‘primeros auxilios psicológicos’ que se replican en las diferentes dependencias para que el personal médico y paramédico sepan que hacer y cómo manejar esta clase de situaciones cuando se presenten.

El enfoque de este proyecto aplicado es de tipo cualitativo, se utilizó un diseño de investigación acción, las técnicas de investigación que se utilizaron fueron el cuestionario mixto y la entrevista, el procedimiento se hizo a través de cuatro fases, la primera fue sensibilización, la segunda Recopilación de la información, la tercera Proceso de análisis de la información y la cuarta plan de acompañamiento.

La estrategia de capacitación propuesta para mejorar las competencias del personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en primeros auxilios psicológicos está compuesta por un grupo de acciones (cartilla, talleres, asesorías y capacitaciones) de carácter teórico y práctico que responden a las necesidades de los médicos y paramédicos debido a que no tienen las bases fundamentales en PAP para intervenir una crisis cuando les llega un paciente por intento de suicidio

Se considera que este proyecto aplicado fue asertivo porque muchos de los participantes expresan en las entrevistas el desconocimiento que tenían del tema y lo fácil que es prestar los

primeros auxilios psicológicos en caso que no se cuente con una psicóloga en el momento. También al capacitarlos ellos entendieron dónde estaban fallando, cuales son las cosas que realmente necesita el paciente y aceptaron que estaban vulnerando ciertos derechos de las personas al remitirlos sin haberles prestado esa primera ayuda psicológica.

Se recomienda constituir un grupo de trabajo y seguimiento para desarrollar periódicamente programas de entrenamiento y reciclaje, en evaluación y manejo de pacientes con ideación y conducta suicida, para el personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa - Tolima.

Estado Del Arte

Después de haber revisado diferentes bases de datos, tales como Google Académico, revista científica indexada Redalyc, bases de datos de la UNAD, bases de datos de la Universidad Católica de Colombia, revista científica indexada Scielo, revista científica indexada Latinoamericana de Psicología, revista científica indexada Anales de Psicología, revista científica indexada Psicothema, revista científica indexada European Journal of Education and Psychology, revista científica indexada Universitas Psychologica, revista científica indexada Avances en Psicología Latinoamericana, revista científica indexada Acta Colombiana de Psicología, revista científica indexada Internacional de Investigación Psicológica, revista científica indexada Colombiana de Psicología, bases de datos LILACS, revista científica indexada Dialnet, revista científica indexada Scopus, en busca de material en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos por parte del personal médico y paramédico en los intentos de suicidios, podemos decir con propiedad que se encontró muy poca información, situación por la cual consideramos que este proyecto aplicado puede aportar mucho a la salud mental del municipio de Villahermosa - Tolima, ya que según las bases de datos del observatorio de la gobernación del Tolima, en los últimos cuatro años se reportan muchos intentos de suicidios y no hay personal capacitado en prestar los primeros auxilios psicológicos cuando pasa un eventos de estos, ya que en el municipio antes mencionado sólo se cuenta con un hospital de primer nivel, donde no se cuenta con la presencia de un psicólogo y el paciente tiene que esperar hasta tres días si es fin de semana para poder recibir intervención psicológica por parte del profesional de la alcaldía municipal.

Como habíamos mencionado anteriormente, se encontró muy poca información que hable de este tema, por lo cual se considera que solamente se puede abordar para el proyecto

aplicado lo necesario o lo referente más bien a la prevención del suicidio, ya que encontramos cuatro manuales sobre los primeros auxilios psicológicos referentes a los intentos de suicidios.

Los autores que acompañan los manuales y protocolos que se parecen a mi proyecto aplicado son: El Ministerio de Salud de Colombia, Alcaldía de Medellín – Antioquía – Colombia y la Organización Panamericana de la Salud.

El primero de ellos llamado Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el Marco del Sistema General de Seguridad en Salud, del Ministerio de Salud, el cual nos habla que los médicos generales están en una posición notable, ya que con frecuencia interactúan con los usuarios con riesgo de suicidio (Luoma, Martin y Pearson, 2002); Por esta razón, los programas de educación a estos profesionales son fundamentales ya que promueven la búsqueda activa de los factores de riesgo y protectores para suicidio en los usuarios, especialmente si se tiene en cuenta la ausencia instrumentos de detección útiles (O'Connor, Gaynes, Burda, Soh y Whitlock, 2013), (MSPS, 2013).

El contacto del equipo de salud con el usuario con conducta suicida se da generalmente en el servicio de urgencias, o durante la consulta externa, domiciliaria y comunitaria y siempre debe procurarse en un ambiente tranquilo, amigable, con una actitud de escucha y comprensión, lejos de los juicios morales. En el primero de los casos, habitualmente son llevados por los familiares, luego de un intento suicida o ideación suicida asumida o no. En el segundo escenario clínico algunos usuarios con historia de trastorno mental pueden manifestar síntomas depresivos e ideación suicida, o suicidio (MSPS, 2013).

Además de la información que se pueda obtener del usuario es conveniente entrevistar a los familiares para ayudar a crear una impresión diagnóstica y clarificar dudas sobre lo ocurrido (McMillan, Gilbody, Beresford y Neilly, 2007). Una vez terminada la evaluación inicial se debe clasificar el riesgo de suicidio en función de la magnitud y la persistencia de la ideación suicida, de la estructuración del plan, de la disponibilidad de recursos para llevarlo a cabo y de los factores DSS. El manejo médico siempre debe iniciar con la estabilización clínica del paciente: asegurar la vía aérea y manejar las posibles lesiones o intoxicación que presente. (MSPS, 2013)

El personal de salud debe estar capacitado para la intervención en crisis, cuya finalidad no es convencer al paciente de que no se suicide, sino hacerle comprender que es entendido, que su sufrimiento tiene una razón de ser y que se le ofrecerá toda la ayuda posible para aminorarlo, sin necesidad de recurrir al suicidio. Durante la estancia hospitalaria, bien sea en el servicio de urgencias o de hospitalización, se debe garantizar siempre la seguridad del paciente, a través de la vigilancia continua por el personal de salud y evitar dejar objetos en el espacio que pudieran ser utilizados para la autoagresión (MSPS, 2013).

El tratamiento del trastorno mental, subyacente, que se haya diagnosticado debe iniciarse en la hospitalización o formularse para iniciar de forma ambulatoria según el caso. Para depresión, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina y la sertralina son de elección y se deben evitar los antidepresivos tricíclicos por su letalidad en sobredosis (Kragh-Sørensen, 1993; Molcho y Stanley, 1992) (MSPS, 2013).

En el caso del (Trastorno Afectivo Bipolar), la evidencia ha sugerido un efecto positivo del litio en la prevención del suicidio (Cipriani, Hawton, Stockton y Geddes, 2013). Las exacerbaciones agudas de la esquizofrenia son tratadas con antipsicóticos. Después de un intento de suicidio, se ha comprobado que la psicoterapia podría contribuir a la prevención de nuevos intentos (Brown et al., 2005) (MSPS, 2013).

Es importante recordar que los suicidios y los intentos de suicidio son de notificación obligatoria, a través de la ficha respectiva por parte del profesional que realiza la atención. Los usuarios con riesgo suicida deben estar bajo seguimiento regular según la clasificación del riesgo y el criterio clínico en cada caso. Como parte de las citas de control, el personal de salud debe establecer si ha habido cambios en la situación clínica, reaparición o desaparición de desencadenantes y comprobar la adherencia al tratamiento (Qin y Nordentoft, 2005) (MSPS, 2013).

Algunos autores han sugerido la programación de la primera cita dentro de los siete (7) primeros días después del alta, pues se ha visto que durante este lapso podría disminuir la tasa de suicidio (While et al., 2012). En los casos de suicidio consumado es importante realizar autopsias psicológicas, método que permite la reconstrucción de la biografía de la persona fallecida. Con ello se elucubran los factores particulares que pudieron influir en el desenlace fatal y permite orientar el desarrollo de estrategias para la intervención integral (Jacobs y Klein-Benheim, 1995). Igualmente se deben diseñar estrategias de ayuda para que los sobrevivientes minimicen la culpa e identificar otros miembros con riesgo de suicidio (MSPS, 2013).

Los hallazgos encontrados en esta investigación (Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el Marco del Sistema General de Seguridad en Salud) fueron: (MSPS, 2013).

Una herramienta útil para el desarrollo de una gestión de procesos, es la medición y evaluación del servicio o producto que provee cada unidad u organización, a través de un conjunto de indicadores claves.

Un sistema que entregue información regular sobre la calidad de la gestión posibilitará mayor eficiencia en la asignación de talento humano, recursos físicos y financieros, proporcionará una base de seguridad y confianza en su desempeño al conjunto de los equipos de salud implicados en su implementación en la medida que delimita mejor el campo de sus atribuciones y deberes, incrementará la autonomía y responsabilidad de los directivos en tanto cuenten con bases sustentables de información para la toma de decisiones, y ayudará a mejorar la coordinación con los demás niveles del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Es por eso que los Indicadores son el principal parámetro para el ejercicio del Control de la Gestión de cualquier modelo y estos se materializan de acuerdo a las necesidades de la Institución, es decir con base en lo que se quiere medir, analizar, observar o corregir. Como herramientas gerenciales ocupa un lugar muy significativo la implementación y desarrollo de un Sistema de Indicadores estructurado a través un manual así como lo contempla la Ley (Ley 190 Art. 48).

El segundo de ellos es un manual titulado Atención con Calidad a las Personas que Presentan Conducta Suicida de la Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, es un manual para la atención con calidad a las personas que presentan conductas suicidas, contiene

orientaciones técnicas dirigidas a los profesionales de la salud que laboran en instituciones, programas o proyectos de salud de la ciudad de Medellín. Contiene elementos útiles para la evaluación y atención integrales de las personas con conducta suicida, según la clasificación del riesgo (Alcaldía de Medellín, 2015).

El propósito de este manual (Atención con Calidad a las Personas que Presentan Conducta Suicida) es contribuir a mejorar la capacidad resolutoria desde la atención primaria: fortalecer las capacidades del personal de salud en la atención a las personas que presentan conductas suicidas, sensibilizar frente al tema, motivar a conocer y apropiarse de los aspectos relacionados con la salud mental, optimizar el talento humano en nuestro sistema de salud y aportar a la salud de la población (Alcaldía de Medellín, 2015).

La premisa de este manual es que tanto en entornos hospitalarios como no hospitalarios donde se cuente con personal entrenado, como profesionales de enfermería, psicólogos, médicos, nutricionistas, entre otros se puede detectar tempranamente un riesgo y hacer una contención inicial, ofrecer los primeros auxilios psicológicos, acompañar a la persona y a su familia, brindar una atención cálida, comprensiva y humana, desde el punto de vista psicoafectivo, y segura, desde el punto de vista clínico (Alcaldía de Medellín, 2015).

Los profesionales de la salud que laboran en las instituciones de salud y en programas o proyectos de la ciudad de Medellín reciben personas con conductas suicidas en su día a día, por ello es importante la formación de los terapeutas y la consecuente atención integral a estas personas y sus familias. Para tal efecto, en este manual se proponen estrategias básicas de abordaje de la conducta suicida (Alcaldía de Medellín, 2015).

Así mismo, es importante considerar que no siempre es evidente el intento de suicidio o cuando este se hace evidente han sucedido una serie de situaciones que pudieron pasar desapercibidas para la familia y para los profesionales de salud, que posiblemente pudieron ser atendidas a tiempo y resueltas antes de convertirse en un intento de suicidio o llegar a un desenlace fatal (Alcaldía de Medellín, 2015).

En ese sentido, el presente proyecto aplicado (Atención con Calidad a las Personas que Presentan Conducta Suicida) reviste especial importancia para los diferentes servicios de salud, desde urgencias a promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los entornos hogar y comunidad mediante diferentes estrategias de atención primaria, pues busca formar para la detección de dichas situaciones y prepara al personal de salud que trabaja en las instituciones de salud y en otros programas o proyectos de la ciudad de Medellín para abordar de manera adecuada a las personas, advertir cualquier situación que pudiera desencadenar en un acto suicida, brindar una atención integral con calidad, tendiente a resolver en el momento mismo de la atención situaciones relacionadas con su salud mental, que en muchas ocasiones pueden mejorarse con una escucha activa y orientación Manual adecuada, humanizada y respetuosa (Alcaldía de Medellín, 2015).

El alcance del presente manual brinda herramientas a los profesionales del área de la salud para la atención de las personas que acuden a cualquier servicio de salud e incluso a quienes no han consultado, pero son atendidos en los programas y proyectos escolares o comunitarios, con riesgo de conducta suicida, para realizar una valoración y contención inicial tendiente a evitar el acto suicida y, si es preciso, activar las rutas de atención (Alcaldía de Medellín, 2015).

En general, este proyecto aplicado (Atención con Calidad a las Personas que Presentan Conducta Suicida) es útil para valorar y prestar especial atención a las personas que tienen riesgos específicos de suicidio, a pacientes con síntomas psiquiátricos, ideas de muerte o suicidio o intentos de suicidio, y brindarles una atención de calidad. Podrá ser adoptado por quienes se desempeñan en otros ámbitos no hospitalarios; así mismo, pretende estandarizar criterios mínimos que los profesionales del área de la salud deben tener en cuenta en la valoración integral de las personas en los diferentes espacios de la atención en salud, que les permita prestar una atención con calidad y realizar las remisiones o interconsultas pertinentes en busca de garantía de continuidad de la atención en el sistema de salud, de acuerdo a las necesidades de los pacientes (Alcaldía de Medellín, 2015).

El tercero de ellos titulado Intervenciones en Suicidio Revisión crítica de la literatura, de la Organización Panamericana de la Salud, la cual se refiere que en Colombia se viene implementando el entrenamiento a agentes comunitarios en tamizaje, canalización, primeros auxilios en salud mental e intervenciones breves, bajo el modelo de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), del componente de salud mental en atención primaria en salud (APS) (MSPS, 2012).

Los agentes comunitarios entrenados en RBC están capacitados para detectar individuos con alteraciones de salud mental o signos de alarma de suicidio. A partir de una identificación inicial, aplican un instrumento de tamizaje cuyo resultado permite definir una intervención inmediata primeros auxilios en salud mental y de ser necesario, la canalización a servicios de salud como consulta externa o urgencias (MSPS, 2012).

No obstante, para que este esfuerzo de los agentes comunitarios sea útil se requieren Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del primer nivel de atención que cuenten con médicos generales y otros profesionales debidamente entrenados para recibir los casos referidos por los agentes de RBC y brindar la atención en salud mental requerida. Así mismo, es necesario contar con redes de prestadores que garanticen la atención oportuna y eficiente de las personas en todos los niveles necesarios y con un adecuado sistema de referencia y contra-referencia de manera que, luego de la atención especializada, el primer nivel pueda continuar el seguimiento del tratamiento prescrito en conjunto con los agentes de RBC y las familias, favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando recaídas y hospitalizaciones (MSPS, 2012).

Según el MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) la situación actual en el tema de actitudes y habilidades del personal de salud frente a pacientes con intentos suicidas fue estudiada en Bogotá en donde se evaluó esta habilidad en médicos, auxiliares de enfermería y jefes de enfermería de los servicios de consulta externa y urgencias de instituciones del primer nivel de la Secretaría Distrital de Salud. Se encontró que la mayoría del personal percibía deficiencias en su entrenamiento, no discriminaba “ideación” de “intento de suicidio”, no exploraba sistemáticamente la ideación suicida, relacionaba conductas suicidas con depresión, no sentía agrado al atender estos pacientes y prefería que fuera el psiquiatría quien realizara esta valoración (MSPS, 2012).

Para la detección de personas en riesgo se recomienda el uso de instrumentos de tamizaje en colegios, cárceles y universidades. No obstante, es importante considerar que las escalas o instrumentos estén validados para el medio donde se vayan a utilizar. La Guía de Atención Integral para los Trastornos de Depresión y Ansiedad del Ministerio de Salud y

Protección Social recomienda aplicar en la comunidad el cuestionario de auto evaluación SRQ (por sus siglas en inglés: self reported questionnaire) de la OMS, en caso de que se identifiquen los síntomas y factores de riesgo descritos en la guía. Todos los casos detectados deberán ser valorados por el médico, por lo tanto, es indispensable contar con la capacidad de respuesta institucional y comunitaria adecuada (MSPS, 2012).

Otros instrumentos disponibles en Colombia para evaluar el riesgo en población con conducta suicida incluyen: el Inventario de Razones para Vivir, validado por el grupo de la Universidad de Antioquia que concluyó que la versión colombiana de la escala tiene buenas propiedades psicométricas en una población clínica con comportamiento suicida²⁰; y la versión en español del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (The Positive and Negative Suicide Ideation- PANSI) que fue evaluado con estudiantes colombianos mostrando buenas propiedades psicométricas, por lo cual se recomienda su uso en estudiantes adolescentes y jóvenes (MSPS, 2012).

Los hallazgos encontrados en esta investigación (Intervenciones en Suicidio Revisión crítica de la literatura) fueron: (MSPS, 2012).

En Colombia no se ha desarrollado un plan o una estrategia nacional para la prevención y atención del suicidio; sin embargo, existen algunas iniciativas para abordar el problema. Desde la gestión nacional, en el Plan Nacional de Salud Pública se considera el suicidio como una prioridad para mejorar la salud en Colombia. Así mismo, la Política de Salud Mental incluye dentro de sus lineamientos la prevención y/o detección precoz y provisión de tratamiento oportuno de las crisis del trastorno mental, incluidas las conductas suicidas.

Dentro de los avances más recientes a nivel normativo está la Ley 1438 de 2011 que integra la estrategia de Atención Primaria en Salud la cual fue desglosada por el Ministerio de Salud y Protección Social para estructurar el Plan Operativo de Salud Mental.

A nivel comunitario se mencionaron aportes para la prevención del suicidio realizados por instituciones como el Ministerio de Educación Nacional, la Secretaría de Educación de Bogotá y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que han creado programas que se enmarcan dentro de la promoción de la salud para fortalecer las habilidades de resolución de conflictos de niños, niñas y jóvenes, lo cual indirectamente podría tener un impacto en la disminución de la conducta suicida.

En la revisión también se destacan otras estrategias comunitarias relevantes como los centros de escucha y las zonas de orientación escolar que sirven de plataforma para llevar a cabo las intervenciones comunitarias señaladas en el documento.

Por su parte la academia ha realizado estudios para encontrar factores de riesgo de suicidio y para validar instrumentos de identificación de personas en riesgo que guíen la labor de gatekeepers y la derivación de personas a los servicios adecuados. Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social está desarrollando guías para el tratamiento de trastornos mentales.

En cuanto a las organizaciones privadas y no gubernamentales se destacan los trabajos realizados por la Fundación Unidos Contra la Depresión, la Fundación Red de Líderes Afectivos, Fundación Proyecto Experiencia Krisalida, la Corporación Buscando Ánimo y la Fundación Ginestra.

Todas estas, instituciones que trabajan para aumentar la conciencia de la población sobre el suicidio, capacitar a profesores y brindar apoyo individual y familiar a personas que han sido afectadas por esta problemática.

Entre las corporaciones de pacientes y sus familiares, se encuentra la Asociación Colombiana de Bipolares que además de servir como grupo de apoyo para ellos, aboga por sus derechos y por la investigación de las enfermedades afectivas.

Por otra parte, los esfuerzos realizados por Bogotá, Cali y el departamento de Antioquia con relación al desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida servirán de base para la construcción de un sistema de vigilancia unificado a nivel nacional que permita además de registrar efectivamente los casos, gestionar respuestas efectivas a las personas con conductas suicidas y a sus familias.

Aunque la mayoría de las experiencias mencionadas no están articuladas, constituyen los primeros pasos para la implementación de un plan para la prevención e intervención de la conducta suicida. Es necesario fortalecer estas iniciativas e integrarlas dentro de un plan que incorpore todas las recomendaciones para enfrentar este problema.

Además, se requiere investigar sobre la utilidad de las medidas llevadas a cabo en el país para guiar acciones futuras.

Las campañas de educación al público en general y a los medios de comunicación han mostrado resultados contradictorios en los estudios hasta ahora realizados, cuando se evalúa su impacto en función de reducción de tasas de suicidio e intentos suicidas.

Independientemente de los grados de evidencia de cada una de las intervenciones, en la evaluación de los programas se reconoce su interdependencia, es decir, que un eje de intervención necesita de la acción de otros para ser efectivo. Esto se ilustra por ejemplo en el

eje de tratamiento de personas con enfermedades mentales. Cuando la comunidad tiene conciencia de la existencia de patologías como la depresión y su posibilidad de tratamiento, es más probable que solicite ayuda médica.

Es así como los esfuerzos por optimizar el tratamiento de estas personas se complementan con estrategias de educación a la población general e intervenciones comunitarias.

De igual forma, la capacitación a profesionales de atención primaria en el reconocimiento y tratamiento de personas con trastornos depresivos puede no alcanzar el impacto esperado, debido al estigma que rodea estas condiciones, y el consecuente rechazo del tratamiento ofrecido. En este aspecto, las campañas publicitarias de sensibilización y educación pueden jugar un papel importante para ayudar a superar el estigma y favorecer la aceptación del tratamiento.

De otra parte, los objetivos de un plan de prevención e intervención frente a la conducta suicida van más allá de disminuir el número de suicidios; buscan una mejoría en la calidad de vida, la salud mental y la satisfacción con la vida que tienen las personas. Por esta razón, seleccionar las intervenciones para un plan de acción exclusivamente con criterios de medicina basada en evidencia puede resultar arriesgado. Otros aspectos a tener en cuenta son la participación de la comunidad en el planteamiento de soluciones, de tal forma que estas respondan a la percepción que la comunidad tenga del problema y de las alternativas para abordarlo.

En este punto, cobran importancia los lineamientos de políticas públicas, tanto las de prevención del suicidio, como las relacionadas con la salud y el bienestar social. Rocha señala la importancia del análisis de la conducta suicida desde un enfoque complejo que permita

entender que el bienestar y el comportamiento humano están mediados por factores sociales, económicos, políticos y culturales que se relacionan entre sí. Por esta razón, las políticas públicas deben contemplar diferentes dimensiones humanas y sociales y plantear directrices para la intervención en estas áreas de forma coordinada.

Con respecto a estos factores, la Defensoría del Pueblo señaló en el Foro Nacional de Suicidiología realizado el 6 de octubre de 2011, que además de las causas clínicas y diagnósticos de patologías o de depresión, existen algunas circunstancias específicas del contexto colombiano, que influyen en la posibilidad de presentar conductas suicidas. Destacó las siguientes circunstancias: Desplazamiento forzado, falta de oportunidades de las familias, disfunción familiar, dificultades económicas y desempleo.

Estas circunstancias deben tenerse en cuenta en las políticas y planes de prevención y atención de la conducta suicida. De igual forma, es necesario reconocer las características de la comunidad en cuanto a género, ciclo vital, diversidad cultural y étnica y contemplar la participación de diferentes actores institucionales y comunitarios, reconociendo que las acciones de líderes sociales, religiosos, familias y gobernantes se complementan para la prevención e intervención de la conducta suicida y no dependen solamente del sector salud.

Otro elemento a considerar, son los recursos y las barreras para la implementación de las acciones. Dentro de las barreras existentes en Colombia, el estudio de Ojeda y Villalobos encontró que existen déficits en los procesos de referencia y contra referencia en los servicios; no hay claridad sobre el seguimiento a personas con intento de suicidio y apoyo a sobrevivientes; no se cuenta con un programa específico de prevención de conducta suicida y no existe continuidad en consulta de psicología por dificultades económicas. Las barreras identificadas señalan la importancia de fortalecer este tipo de intervenciones en el país.

Un Plan Nacional para la Prevención e Intervención de la Conducta Suicida debe combinar acciones de acuerdo a los ejes que han sido identificados por la literatura como útiles; una vez se diseñen las estrategias para desarrollar estos ejes, se deben buscar mecanismos para que el plan recoja la voz de la comunidad y actúe de acuerdo a las particularidades de ella; llámense raza, género, ciclo vital, etnia, situación de discapacidad, entre otras. El paso siguiente es considerar los recursos y barreras existentes en el territorio para implementar el plan; luego, se definirán los responsables de dichas acciones y los mecanismos de trabajo intersectorial.

La acción coordinada y articulada de los responsables buscará generar resultados positivos, no sólo en términos de reducción de tasas de suicidio e intentos suicidas sino en el bienestar y la salud mental de la población colombiana y su satisfacción con las condiciones de vida.

El cuarto de ellos titulado conducta suicida, Documento Borrador del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2021, del Ministerio de Salud, El cual trata sobre capacitar a profesionales de la salud, líderes sociales y comunitarios, docentes, cuidadores y familias en primeros auxilios psicológicos, signos de alarma para conducta suicida y estrategias de afrontamiento. Proponer estrategias que permitan desarrollar conocimientos y prácticas ancestrales para la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida en diferentes culturas (MSPS, 2018).

Promover Estrategia Comunicacional sobre Reducción Estigma y Discriminación, orientadas a generar cambios en comportamientos, actitudes y prácticas. Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental a nivel territorial para la inclusión social de las personas con problemas y trastornos mentales. Fomentar, fortalecer y

realizar acompañamiento a las organizaciones de base comunitaria en salud mental (MSPS, 2018).

Implementar las “orientaciones técnicas con enfoque diferencial para la promoción de la salud, la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida y otros trastornos mentales en población indígena”. Generar acciones que garanticen la participación efectiva de la ciudadanía y la comunidad en general en las intervenciones poblacionales en salud mental (MSPS, 2018).

Los procesos de capacitación tienen como objetivo “desarrollar los conocimientos, actitudes y aptitudes de los participantes para que puedan identificar a las personas en riesgo, determinar el nivel de riesgo, y luego derivar a esas personas para que reciban tratamiento” y en el personal de la salud, educar continuamente en la evaluación y manejo de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento (MSPS, 2018).

Desarrollar capacidades del talento humano: Formación en la Guía del programa mhGAP, GPC, Cuidado de la Salud Mental en los Entornos, Primeros Auxilios en Salud Mental, primer respondiente en salud mental, discapacidad psicosocial y derechos humanos, al talento humano interinstitucional e intersectorial (salud, educación, protección, justicia, policía, fuerzas militares, entre otros) (MSPS, 2018).

Asistir técnicamente a los actores institucionales del SGSSS (Entidades Territoriales, EAPB, IPS) para que asuman sus competencias en esta temática. Realizar pasantías del talento humano en salud (que presta sus servicios en atención primaria) en servicios especializados en salud mental para el desarrollo de competencias. Fortalecer la Integración de los contenidos de salud mental en los currículos de pregrado del nivel técnico, tecnológico y profesional del talento humano en salud. Establecer alianzas con las sedes territoriales del

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses, para el abordaje de los casos de suicidio (MSPS, 2018).

El conocimiento científico sobre la conducta suicida ha venido avanzando notablemente, se han documentado intervenciones exitosas que vale la pena estudiar, sin embargo, es muy importante caracterizar la situación de acuerdo al contexto, por esto es conveniente impulsar la gestión del conocimiento a través de las siguientes actividades: Fortalecer la Vigilancia epidemiológica del intento suicida en todo el territorio nacional. Realizar salas situacionales para la caracterización del evento y la formulación de los planes territoriales para la prevención y atención a la conducta suicida (MSPS, 2018).

Fortalecer la articulación y cooperación entre las entidades territoriales y grupos de investigación en salud mental, en el marco de los procesos de gestión de la salud pública. Impulsar la realización de informes anuales sobre conducta suicida en el territorio que oriente la toma de decisiones en salud pública. Conformar mesas territoriales o comités intersectoriales para el monitoreo y seguimiento del Plan de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Desarrollar investigaciones sobre efectividad de las intervenciones, factores de riesgo y protección en grupos poblacionales específicos y el impacto de nuevas tecnologías de la información y comunicación en las conductas suicidas (MSPS, 2018).

La metodología utilizada en esta investigación (conducta suicida, Documento Borrador del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2021) fue: (MSPS, 2018).

La metodología propuesta para la construcción del plan es la sala situacional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la sala situacional como: “Aquellos espacios virtuales o físicos de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes

saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas”

“La sala situacional no es del dominio exclusivo de la epidemiología, para el análisis de una situación se hace necesaria la interdisciplinariedad, que convoca a personas con experticia en diferentes áreas y sectores, quienes podrán aportar alternativas de solución a la problemática estudiada; es un espacio de concertación necesario para que los diferentes actores sociales se articulen alrededor de la salud pública. En el marco de la intersectorialidad, se requiere la participación de representantes institucionales y de la sociedad civil organizada. Para lo cual es necesario establecer los mecanismos y el clima propicio para su participación en igualdad de condiciones, valorando los diferentes saberes”.

Según la OPS, la situación que se va a analizar puede relacionarse con:

- Determinantes estructurales
- Factores protectores y factores de riesgo
- Problemas de salud
- Respuesta social e institucional

Se requiere también, de un equipo humano técnicamente preparado para el estudio de la situación o evento en salud que requiere de análisis.

La realidad objeto de estudio de la Sala Situacional debe abarcar:

- Instancias pasadas: ¿Cómo se produjo la realidad? ¿Cómo surgieron los problemas?
- Instancias presentes: ¿Cómo funciona la realidad? ¿Cómo se relacionan los problemas?

- Instancias futuras: ¿Para dónde tiende la situación actual? ¿Se agravarán los problemas, perderán importancia o surgirán otros nuevos?

Fases de la Sala Situacional

El Ministerio de Salud y Protección Social, en 2013 elaboró una Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud, la cual se constituye en el marco de referencia técnico y normativo que orienta acerca de la importancia y uso que se debe dar a las salas situacionales, su estructura y operatividad. A continuación se describen las características de la sala situacional según la guía ROSS:

- a. Recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo (Alistamiento)
- b. Análisis de datos: se observan tendencias, se hace comparación, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas (Análisis).
- c. Valoración de problemas, valoración de intervenciones y toma de decisiones (contextualización y decisión).

Lo anterior incluye operativamente hablando:

- Sensibilización y convocatoria a distintos actores para la recolección y análisis de datos: Salud, Educación, Protección, Justicia, Policía, FFMM, Bomberos, Recreación y Deportes, Cultura, Medios de Comunicación, INPEC, Sociedad Civil - ONG, Iglesias, juventud, Emprendimiento, Cámara Comercio – Gremios, Academia, Grupos de Investigación, Ministerio Público.
- Selección y recolección de información sobre comportamiento del suicidio en el territorio.
- Análisis sobre factores asociados con el comportamiento suicida en el territorio y oferta intersectorial disponible.

- Formulación participativa de plan de acción intersectorial (conforme a competencias y recursos territoriales).
- Implementación del plan de acción.
- Monitorio, seguimiento y evaluación.

Usos y funciones de la sala situacional:

- Análisis de la situación de salud para la formulación de políticas, planes y proyectos o informes técnicos sobre problemas prioritarios o de interés para la salud pública.
- Negociación política y movilización de recursos entre actores responsables.
- Gestión de la organización y fomento de la intersectorialidad.
- Monitoreo y evaluación de la situación de salud entre poblaciones específicas y el impacto de intervenciones adelantadas.
- Difusión de la información. Acceso y uso compartido de datos.
- Interactuar con medios de comunicación masiva
- Identificar necesidades de investigación, brechas en la información.
- Evaluar la capacidad de respuesta, por ejemplo en relación con el manejo toxicológico de los casos.

Elementos para el análisis de la Conducta suicida en la sala situacional.

“Para el análisis de la conducta suicida, desde el punto de vista operativo, teniendo en cuenta los lineamientos de la OPS, se proponen los siguientes elementos básicos:

1. Caracterización de la población general: El análisis sociodemográfico de la población debe incluir su distribución por edad, sexo, ciclo vital, área de residencia (urbana,

- centros poblados o rural dispersa), ubicación espacial de la red de servicios (preferiblemente acompañado de un mapa), horarios de atención.
2. Identificación de los determinantes relacionados con la salud de la población general. Realizar el análisis de aquellas características que pudieran incidir en la conducta suicida, por ejemplo: la situación económica, social, cultural, política, étnica u otras propias de cada región.
 3. Recolección de datos sobre las condiciones de vida: Recolectar datos sobre “las características sociales y culturales, tales como la escolaridad, el empleo/desempleo, el ingreso, las principales actividades económicas (ocupaciones), tipo de viviendas y hacinamiento, fuentes de energía, dieta, ejercicio/sedentarismo, etnicidad, relaciones de género, uso de servicios de salud, gasto en salud (público y privado), cobertura y calidad de servicios ambientales básicos (agua potable, alcantarillado, recolección de basura, control de vectores y roedores), ...recreación, entre otros”. Esta información puede ser recolectada de fuentes secundarias como los Análisis de Situación de Salud (ASIS) territoriales.
 4. Identificación de los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida: En este caso deberán identificarse tanto los factores protectores como los que aumentan la probabilidad de que aparezca la conducta suicida. “Estos factores pueden ser biológicos, ambientales, nutricionales, sociales, culturales, conductuales y laborales.”
 5. Determinación de las afectaciones a la salud: Las afectaciones de la conducta suicida deberán ser medidas en términos de morbilidad, discapacidad o mortalidad prematura evitable (carga de enfermedad). Los datos epidemiológicos relacionados con el evento deben organizarse de acuerdo a las variables de interés: desagregaciones por edad,

sexo, estado civil, ubicación geográfica- lugar de residencia, ubicación urbana/rural, por ejemplo – mecanismo usado para la autolesión, antecedentes de problemas o trastornos mentales, antecedentes de intento de suicidio, antecedentes familiares de suicidio, y otras características de interés. Debe recordarse que esta información puede obtenerse de diversas fuentes: bodega de datos del SISPRO (los indicadores de salud mental se encuentran disponibles en: (SIVIGILA A. D., s.f.).

6. Análisis de la respuesta social organizada: Debe analizarse y monitorearse la respuesta “que la institución, el sector salud y la sociedad civil, en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños prioritarios, los riesgos y condiciones de vida prevalentes” y de manera particular al seguimiento que se da a la conducta suicida ante el riesgo de recurrencia. Otro aspecto prioritario es poder determinar el presupuesto y el gasto ejecutado en relación con la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida y el recurso humano disponible para la atención en salud mental.”

Después de recopilada toda la información descrita, es importante consolidarla en una base de datos, con los indicadores trazadores, para orientar el análisis de la información. Se proponen cinco tipos de indicadores que deberán estar disponibles.

- a. Indicadores para medir la situación de salud en relación con la conducta suicida (proporción de intentos de suicidio, tasa ajustada de mortalidad por suicidio, Años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, por ejemplo)
- b. Indicadores de provisión de servicios de salud
- c. Indicadores de política en salud
- d. Indicadores que permitan medir la situación económica y social

e. Indicador que permita determinar la prevalencia de algún trastorno mental diagnosticado en esta población.

Sería importante tener en consideración la información cualitativa, si se encuentra disponible, esta se debe analizar aplicando metodologías apropiadas para este tipo de dato.

Adicionalmente, la metodología de sala situacional permite la integración de los procesos de Gestión de la Salud Pública definidos en la Resolución 518 de 2015, tales como vigilancia en salud pública, gestión del conocimiento, planeación integral en salud y coordinación intersectorial, y por tal motivo el Ministerio de Salud y Protección Social decidió seleccionar esta metodología como la indicada para la formulación del plan nacional y los planes territoriales para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

Planteamiento Del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud, el tema de intento de suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones (OMS, 2004).

Por lo cual se considera necesario ayudar a facilitar esos primeros auxilios psicológicos, ya que si tenemos el personal de salud (médicos y paramédicos) entrenado para prestar los primeros auxilios psicológicos, podríamos detectar tempranamente un riesgo y hacer una contención inicial, ofrecer los primeros auxilios psicológicos, acompañar a la persona y a su familia, brindar una atención cálida, comprensiva y humana, desde el punto de vista psicoafectivo, y segura, desde el punto de vista clínico.

En el municipio de Villahermosa – Tolima siempre se ha presentado la problemática de intento de suicidio y hasta el momento no se ve que los profesionales de medicina y enfermería tengan una ruta de atención al suicidio y mucho menos que dicho municipio cuente con personal capacitado para prestar los primeros auxilios psicológicos cuando se presenta un evento de estos.

La conducta suicida es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015 (MSPS, 2018)

En el municipio de Villahermosa – Tolima desde hace años se viene presentando los intentos de suicidios pero nunca se ha visto como una prioridad porque nunca se han impulsado acciones desde la promoción y generación de ambientes protectores aun sabiendo que el tema del suicidio puede prevenirse si identificamos y tratamos adecuadamente temas como la dependencia del alcohol, el matoneo, las drogas, la depresión, la impulsividad y conductas como el escape de la realidad.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la ideación suicida: “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MSPS, 2018).

La ideación de suicida para el municipio de Villahermosa es bastante serio debido a que la generalidad del problema requiere de prevención, atención y tratamiento de la conducta suicida.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el plan suicida: Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento (MSPS, 2018).

En Villahermosa la mayoría de las personas que han planeado suicidarse y no lo han logrado repiten nuevamente su conducta en el mismo año o en el año siguiente, incluso ya habían tenido intentos previos al actual.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el intento de suicidio: El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de

suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método” (MSPS, 2018).

El intento de suicidio es una conducta que puede ser influenciada por diferentes situaciones, por lo tanto como profesionales de la salud mental estamos en el deber de prevenir dicha conducta mediante diferentes estrategias de atención primaria, una de ellas es formar para la detección de dichas situaciones y preparar al personal médico y paramédico que trabaja en las instituciones de salud y en otros programas o proyectos para abordar de manera adecuada a las personas, advertir cualquier situación que pudiera desencadenar en un acto suicida, brindar una atención integral con calidad, tendiente a resolver en el momento mismo de la atención situaciones relacionadas con su salud mental, que en muchas ocasiones pueden mejorarse con una escucha activa y orientación adecuada, humanizada y respetuosa.

Después de haber revisado diferentes bases de datos se puede decir que capacitar el personal médico y de enfermería en primeros auxilios psicológicos ha sido muy poca investigada, por lo tanto se considera que este tema puede aportar mucho a la salud mental del municipio de Villahermosa – Tolima, ya que el Tolima es el quinto departamento con más suicidios en Colombia así lo dio a conocer el diputado Jorge Duque, quien indicó que el índice manejado por parte de las autoridades de salud a nivel nacional despierta las alertas en el departamento, debido a que se deben identificar cuáles son las medidas y mecanismos de prevención de este tipo de problemática social que se presenta en todo el territorio (Noticias Tolima, 2018).

Todos los casos que llegan al hospital Ismael Perdomo por urgencias, en su mayoría por intoxicaciones son prestadas por el médico de turno, al finalizar la atención se remite a psicología y psiquiatría, desafortunadamente no todos dan cumplimiento a la remisión, unos porque se tienen que trasladar a otro lugar y la situación económica no les permite viajar, otros porque sencillamente dicen que no están locos y que no necesitan que los vea el psicólogo o el psiquiatra.

Es por eso que se ve la necesidad de capacitar a los médicos y paramédicos en primeros auxilios psicológicos, ya que una persona por intento de suicidio acude principalmente a un hospital o centro de salud para recibir la primera atención y el médico lo que busca es asegurar la supervivencia del paciente ya que la primera valoración la hace medicina general y luego psicología o psiquiatría, por tal motivos es importante capacitar a los médicos y paramédicos porque hay la necesidad de hacer intervenciones más efectivas con el objetivo de disminuir los intentos y los reintentos de suicidios incluso los suicidios consumados, aunque aquí no sólo es importante el tratamiento si no también el seguimiento.

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación; ¿Cómo capacitar al personal de salud en primeros auxilios psicológicos para la atención de pacientes con intento suicida?

Justificación

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (INS, 2014).

Lo que se pretende con este proyecto aplicado es capacitar a los profesionales de la salud del municipio de Villahermosa – Tolima para poder atender con profesionalismo las personas que toman la decisión de atentar contra su vida; son capacitaciones psicosociales denominadas ‘primeros auxilios psicológicos’ que se replican en las diferentes dependencias para que el personal médico y paramédico sepan que hacer y cómo manejar esta clase de situaciones cuando se presenten.

Los primeros auxilios psicológicos están relacionados con la asesoría y el acompañamiento que el profesional de la salud brinda, en el primer contacto, a la persona afectada, para aliviar el dolor emocional y el sufrimiento por el que está pasando; su finalidad es reducir las posibles consecuencias emocionales, sociales, familiares y personales de dicho sufrimiento; lograr la contención y de ser posible evitar que una ideación o conducta suicida se conviertan en un hecho real o tengan un desenlace fatal (Alcaldía de Medellín, 2015).

El propósito de este proyecto aplicado es contribuir a mejorar la capacidad resolutive desde la atención primaria fortaleciendo las capacidades del personal de salud en la atención a las personas que presentan conductas suicidas (Alcaldía de Medellín, 2015).

Como es de saber en el municipio de Villahermosa – Tolima no se tiene una ruta de atención en conducta suicida y mucho menos se tiene al personal de las diferentes profesiones capacitado para prestar los primeros auxilios psicológicos, por lo tanto es necesario implementarlo.

Llama la atención que este tipo de práctica lamentable, está siendo usada como una salida por parte de las personas ante las dificultades que se les presentan y de las cuales creen no encontrar solución, por lo tanto el objetivo de este proyecto aplicado es capacitar al personal médico y paramédico como primer respondiente en primeros auxilios psicológicos para que cuente con las herramientas psicosociales suficientes para brindar apoyo en una situación de emergencia y mostrarle a las personas la importancia de la vida y su valor para la humanidad.

En general, el personal de salud encargado de atender el fenómeno del suicidio recibe muy poca información y menos aún formación para abordar esta problemática. De otra parte, hay una brecha entre teoría y práctica, que debe reconocerse para fortalecer las capacidades de afrontamiento del personal de salud. Igualmente, la formación en atención en crisis para este tipo de problemáticas es prácticamente nula, lo que deja al personal de salud sin herramientas para abordar adecuadamente esta problemática (Alcaldía de Medellín, 2015).

Este proyecto aplicado podría beneficiar a la comunidad de Villahermosa – Tolima, en la no revictimización de la persona con intento de suicidio, ya que lo que se pretende es capacitar y preparar al personal de salud para enfocarlo en la atención digna de este tipo de pacientes.

Objetivos

Objetivo General

Identificar las acciones que los médicos y paramédicos implementen en términos de proteger y acompañar a los pacientes que consultan en el Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima, frente a la atención de un intento de suicidio.

Objetivos Específicos

Sensibilizar al personal médico y de enfermería del Hospital Ismael Perdomo del municipio de Villahermosa – Tolima frente al tema de los primeros auxilios psicológicos, motivándolos a conocer y apropiarse de los aspectos relacionados con la salud mental, optimizando el talento humano en nuestro sistema de salud y aportando a la salud de la población.

Brindar las herramientas teóricas y prácticas sobre los primeros auxilios psicológicos al personal médico y de enfermería del Hospital Ismael Perdomo del municipio de Villahermosa – Tolima para abordar adecuadamente los pacientes que llegan a urgencias por intento de suicidio.

Proponer un protocolo de atención en primeros auxilios psicológicos para que el personal médico y de enfermería pueda dar continuidad a los pacientes que llegan a urgencias con conducta suicida y así evitar posibles recaídas futuras

Marco Conceptual

Suicidio

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. Lo más significativo es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes. Identificar a estas personas de alto riesgo y proporcionarles seguimiento y apoyo debe ser un componente clave de todas las estrategias integrales de prevención del suicidio (OPS, 2014).

Por lo tanto el seguimiento es pieza fundamental en el manejo de los casos de intento de suicidio y en la prevención de los reintentos, porque si capacitamos a los médicos y a los paramédicos del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa y ellos prestan esos primeros auxilios psicológicos y luego remiten al paciente a psicología o a psiquiatría para el manejo posterior al evento y por parte de la alcaldía no se hace un debido seguimiento que fortalezca el seguimiento de estos casos no se puede medir la efectividad del mismo, por eso es necesario que se vinculen todos los actores del sistema de salud (hospital Ismael Perdomo y salud pública de la alcaldía municipal) para implementar un sistema de información que proporcione datos completos que permitan plantear estrategias de prevención y atención de la población en riesgo

Definiciones

Según el Boletín de Salud Mental, el suicidio es la muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o corto punzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita,

de que fue auto-infligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias (MSPS, 2018).

En el municipio de Villahermosa – Tolima en los últimos cinco años se ha presentado un caso de suicidio consumado, cuya muerte fue derivada del método de ahorcamiento, sin embargo cabe resaltar que ha sido el único paciente que al intentarse quitar la vida utilizó este método ya que el resto a consultado por el área de urgencias del Hospital Ismael Perdomo por intoxicaciones.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida (UNICEF, 2017).

Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), el suicidio es la autoagresión llevada a cabo con la intención de morir que, sin embargo, no resulta en la muerte del individuo (OPS, 2002).

Se define suicidio como toda acción voluntaria por la que un individuo se causa daño así mismo con la intención letal, independientemente del grado de conocimiento respecto de los verdaderos motivos que lo impulsaron. (Pablo Pascual Pascual, 2012).

De ahí la importancia de enfocarnos en capacitar a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa, porque si ellos tienen las bases y el conocimiento en primeros auxilios psicológicos se le puede dar un buen manejo a los pacientes que consulten por intento de suicidio y lograr orientarlos en sus pensamientos, sentimientos y acciones que conllevan a actitudes más equilibradas.

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales (OMS, 2000).

Para el municipio de Villahermosa – Tolima, todos los intentos de suicidio vienen asociados a violencia intrafamiliar, antecedentes de familiares con conducta suicida, consumo de spa, depresión y bullying.

Conducta Suicida.

Es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015) (MSPS, 2018).

En el municipio de Villahermosa podemos observar que en los últimos cinco años la mayoría de los pacientes que han consultado al hospital Ismael Perdomo por intento de suicidio son pacientes que durante estos cinco años han consultado dos y tres veces por el mismo evento, poniendo en peligro su integridad y haciéndose daño según la modalidad utilizada, aunque se puede concluir que la persona realmente no quiere morir, sin embargo no se puede descartar que en algún momento dado el paciente puede lograr su objetivo.

La Ideación Suicida.

“Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MSPS, 2018).

En el municipio de Villahermosa – Tolima la ideación suicida se detecta más que todo en los adolescentes, porque por medio de sus redes sociales expresan este tipo de pensamiento e intención de quitare la vida.

El Plan Suicida.

Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento (MSPS, 2018).

En el municipio de Villahermosa – Tolima se conoce el plan suicida de cada uno de los pacientes que consultan al hospital Ismael Perdomo por este evento, por medio de la intervención que le hace la psicóloga del municipio, pero como tal el médico o el paramédico que está de turno no hace este tipo de preguntas.

Intento de Suicidio.

Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta (Ministerio de Salud Chile, 2013).

En Villahermosa – Tolima los intentos de suicidios desde el año 2016 a agosto del 2020 suman una totalidad de 35 casos, teniendo en cuenta que desde el 2018 los intentos de suicidios no pasan de cinco casos, sin embargo lo que podemos notar de este año (2020) los casos van en aumento porque a 15 de agosto de 2020 ya iban cinco casos reportados, es un poco angustiante porque el municipio se sostuvo por dos años con solo cinco casos por año, no se puede descartar que el tema de la pandemia puede ser un significativo para que los intentos de suicidios incrementen debido a los cambios a los cuales se ha visto sometida la población en general como es el distanciamiento social y la soledad ya que los pensamientos y comportamientos suicida están asociados a él, el estrés económico al cerrar negocios, al ser despedido del trabajo lo que

genera recesiones económicas generalmente se asocian con mayores tasas de suicidio, el aislamiento social ya que las conexiones sociales juegan un papel importante en la prevención del suicidio, disminución de acceso a apoyo comunitario y religioso pueden contribuir aún más al aislamiento social y por lo tanto al suicidio.

Suicidio Consumado.

Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación (Ministerio de Salud Chile, 2013).

En el municipio de Villahermosa – Tolima durante los últimos cinco años (2016 - 2020), sólo se ha presentado un suicidio consumado, el cual tenía antecedentes de varios intentos de suicidios fallidos, lo anterior pone de manifiesto la importancia del tratamiento y seguimiento dado a los pacientes que presentan este evento, ya que si busca ayuda psicológica y psiquiátrica puede prevenir nuevos intentos inmediatos o a largo plazo.

Clasificación Del Riesgo de Suicidio (Alcaldía de Medellín, 2015).

Se clasifica a la persona, con respecto al riesgo de futura conducta suicida, así:

Alto.

Cuando la persona persiste con las ideas de muerte y suicidio, además de tener un plan estructurado y los medios al alcance para concretarlas. Cuando las ideas de muerte y suicidio ocurren en una depresión bipolar. De igual manera, se considera en alto riesgo la persona que teniendo ideación suicida sin un plan estructurado de muerte, tiene más factores de riesgo que protectores y no cuenta con una sólida red de apoyo.

Indeterminado.

La persona puede resultar ambivalente o ambigua en algunas ocasiones, difícil de determinar riesgo alto o bajo por parte del evaluador.

Bajo.

Cuando la persona presenta ideación de muerte; sin embargo, no ha pensado en materializarla, cuenta con factores protectores y red de apoyo.

En el municipio de Villahermosa – Tolima se considera que la población que consulta por intento de suicidio en el hospital Ismael Perdomo pertenece al riesgo indeterminado, ya que muchos de ellos han tenido varios intentos los cuales se les puede considerar como un riesgo bajo, lo que no sabemos es cuando el mismo paciente va llegar en riesgo alto.

Tipos de Prevención Del Suicidio (María Quiñones, s.f).**Prevención Indirecta.**

Encaminada a la reducción de los métodos suicidas y problemas subyacentes como la enfermedad mental, el abuso de alcohol y drogas, la enfermedad física, las situaciones de crisis. Al conocimiento de los factores de riesgo que predisponen su aparición y al fortalecimiento de factores protectores.

Prevención Directa.

Acciones dirigidas a detectar e intervenir oportunamente en las personas que registran ideas suicidas, afrontando crisis que orienten a proteger la persona de la posibilidad de hacerse daño, mediante acompañamiento y fortalecimiento de sus recursos psicológicos.

El municipio de Villahermosa – Tolima maneja el tipo de prevención del suicidio de forma indirecta, lo ideal y lo que se busca con este trabajo es que la prevención sea directa para poder intervenir de manera oportuna, por lo que al capacitar al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo ellos estarán en la facultad de identificar acciones frente a la protección y al acompañamiento del paciente.

Primeros Auxilios Psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos están relacionados con la asesoría y el acompañamiento que el profesional de la salud brinda en el primer contacto a la persona afectada para aliviar el dolor emocional y el sufrimiento por el que está pasando; su finalidad es reducir las posibles consecuencias emocionales, sociales, familiares y personales de dicho sufrimiento; lograr la contención y de ser posible evitar que una ideación o conducta suicida se conviertan en un hecho real o tengan un desenlace fatal (Alcaldía de Medellín, 2015).

Teniendo en cuenta que el personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima no son psicólogos pero atienden en el área de urgencias pacientes con intentos de suicidios, se ve la necesidad de capacitarlos en primeros auxilios psicológicos ya que adquiriendo estos conocimientos de PAP sería una parte adicional muy importante, aparte de la formación específica de su labor para que puedan auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la situación crítica.

Definiciones

Los primeros auxilios psicológicos se refieren a la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal, los primeros auxilios psicológicos se refiere a la reducción de los síntomas, los signos presentes, pero esto no quiere decir que está resuelta la situación que desencadenó la crisis (Alcaldía de Medellín, 2015).

Es fundamental capacitar a los médicos y paramédicos en primeros auxilios psicológicos ya que como ellos no son psicólogos y no tienen el conocimiento necesario para intervenir en una crisis por intento de suicidio, lo que se pretende es no dejar al paciente sólo con la consulta general sino brindarle la protección y acompañamiento que el paciente necesita en cuanto a la

ayuda inmediata de apoyo para estabilizarlo, ya que las intervenciones de primera instancia son cortas y efectivas al principio de la crisis, y pueden ser implementadas por personal debidamente entrenado, aunque no sean psicólogos.

Las intervenciones de primera instancia por lo general son cortas y la ayuda es brindada por cualquier persona de la comunidad que esté presente en el momento que surge la necesidad en cualquier emergencia, esta ayuda puede ser brindada por policías, enfermeras, cajeros en los bancos, padres y maestros, entre otros. Esta intervención es llevada a cabo generalmente en el lugar donde se desarrolló la emergencia, o en el lugar a donde las personas han sido trasladadas inmediatamente después de esta, como son los hospitales, la escuela, el hogar, la calle o ambientes de trabajo (Slalkeu, s.f).

Primeros auxilios psicológicos serán aquellas estrategias que nos permitan prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental de los afectados, con el objetivo de restablecer el equilibrio emocional del paciente y ayudándole a dar pasos concretos para enfrentarse a la crisis. Dichas estrategias son, fundamentalmente, proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda (Ajates Gutierrez, y otros, s.f).

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento (NCTSN, 2006).

Los primeros auxilios psicológicos es la intervención psicológica en el momento de Crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal (García Ramos, 2010).

Por ese motivo se considera que sería bueno capacitar el personal médico y paramédico en primeros auxilios psicológicos ya que cuando una persona hace un intento de suicidio los familiares acuden en primera instancia al hospital, las cuales son valoradas primeramente por un médico y no por un psicólogo o psiquiatra, esta valoración es fundamental ya que en ella se toma la decisión de un tratamiento, hospitalización y remisión. Es fundamental que en la capacitación se les explique a los médicos y paramédicos la importancia de diligenciar todos los campos de la ficha de notificación y de la historia clínica, que sea en letra legible la información del paciente para que el psicólogo o el psiquiatra pueda hacer un adecuado seguimiento al caso.

Los primeros auxilios psicológicos es reducir el nivel de estrés experimentado, proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y el comportamiento desadaptativo y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Estas acciones deben ser implementadas lo más pronto posible luego de iniciada y percibida la crisis (Dykeman, 2005; Slaikeu, 1996) (Rendón & Agudelo, 2011).

Los primeros auxilios psicológicos o proceso de intervención de primera instancia, inmediato y de corta duración dirigido a cualquier persona impactada por un incidente crítico o evento peligroso, que consiste en brindar ayuda para reestablecer la estabilidad emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y asertivas que posibiliten la búsqueda de soluciones a los problemas que se experimentan. Su duración es de una sesión de minutos a horas y su objetivo principal es el de proporcionar apoyo, facilitar la expresión de sentimientos y emociones, y escuchar y comprender a la persona afectada para reducir el riesgo o peligro, morbilidad y mortalidad ya que ante un suceso estresor la persona puede generar situaciones violentas con agresiones hacia otros o a sí mismo (UIS, 2014).

Los primeros auxilios psicológicos hacen referencia a ayudar a las personas afectadas, brindándoles apoyo para que así logren realizar un correcto afrontamiento de la situación traumática, esta intervención se realiza tanto en adultos como en niños, la atención psicológica es lo primero que se debe realizar. Los principios básicos en la implementación de los primeros auxilios psicológicos son conectar, observar y escuchar ya que a partir de generar un vínculo con el individuo se lograrán identificar sus necesidades de mayor interés y así se permitirá realizar un correcto abordaje de la problemática (URU, 2016).

Según la Federación internacional de sociedades de la Cruz Roja y Media Luna (2014), los primeros auxilios psicológicos tienen como base la intervención en crisis y el manejo de estrés, esta intervención tiene como objetivo mitigar los conflictos emocionales que se generan a causa de situaciones traumáticas, a través de la implementación de métodos o teorías psicológicas que permitirán ejercer control sobre la situación y brindar soporte a las personas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad por el evento que vivencio y por tanto es necesario la intervención inmediata (UCC, 2018).

Cómo Intervenir En Una Crisis Mediante Primeros Auxilios Psicológicos

Para intervenir en una crisis es necesario ayudar a la persona dándole lo que necesita y no lo que pensamos que necesita. En ese sentido es indispensable saber identificar los signos que presenta una persona que está viviendo una crisis y desde luego conocer los procesos para saber intervenir. El interés sin el conocimiento es insuficiente; debemos observar cambios en su comportamiento habitual, indagar si la persona tiene sentimientos de desamparo, depresión u otros síntomas relevantes para la intervención (Alcaldía de Medellín, 2015).

Nos damos cuenta que el municipio de Villahermosa – Tolima en muchas ocasiones el paciente que consulta al hospital Ismael Perdomo por intento de suicidio no es intervenido

mediante primeros auxilios psicológicos ya el personal médico y paramédico no está capacitados en PAP y solo se basa en hacerle una valoración por medicina general y darle una remisión para psicología la cual es fallida porque el paciente no asiste.

Quien, Cuando y Donde Prestar Los Primeros Auxilios Psicológicos (OMS, 2012).

¿Para Quién Es La Primera Ayuda Psicológica?

La PAP está dirigida a personas angustiadas afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave. Se puede proporcionar ayuda tanto a niños como a adultos. Sin embargo, no todos los que experimentan una situación de crisis necesitarán o querrán PAP. No se debe forzar la ayuda en aquellos que no la quieren, sino estar disponible para aquellos que puedan desear apoyo. Pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo mucho más avanzado que tan solo PAP. Es importante conocer los propios límites y buscar la ayuda de otros, como personal sanitario (si está disponible), compañeros u otras personas de la zona, autoridades locales o líderes comunitarios o religiosos.

En el municipio de Villahermosa – Tolima la primera ayuda psicológica sería para los pacientes que ingresan al hospital Ismael Perdomo por el área de urgencias por intento de suicidio, una vez estén capacitados los médicos y paramédicos.

¿Cuándo Se Proporciona La Primera Ayuda Psicológica?

Aunque las personas puedan necesitar acceder a ayuda y apoyo durante mucho tiempo después de una situación de crisis, la PAP se centra en ayudar a las personas que han sido afectadas recientemente por un acontecimiento de este tipo. Puede facilitar PAP tan pronto como establezca contacto con personas que están en situación de angustia. Normalmente esto será durante o inmediatamente después del acontecimiento. Sin embargo, a veces puede ser días o semanas después, dependiendo de cuánto ha durado el acontecimiento o de cuán grave ha sido.

Generalmente en el municipio de Villahermosa – Tolima, la primera ayuda psicológica se proporciona días después del acontecimiento si es fin de semana ya que en muchas ocasiones el municipio no cuenta con psicólogo los domingos y los lunes, por lo tanto se ve necesario capacitar a los médicos y a los paramédicos para que el paciente no se quede sin recibir la primera ayuda psicológica.

¿Dónde Se Puede Proporcionar La Primera Ayuda Psicológica?

Puede ofrecer PAP donde quiera que se esté lo suficientemente seguro para poder hacerlo. Con frecuencia se da esta situación en lugares comunitarios, como la escena de un accidente, o lugares donde se atiende a las personas afectadas como centros de salud, refugios o campamentos, escuelas y lugares de distribución de comida y otros tipos de ayuda. Lo ideal sería proporcionar PAP en un lugar donde exista cierta privacidad para hablar con la persona cuando se considere oportuno. Para personas expuestas a ciertos tipos de acontecimientos críticos, como violencia sexual, la privacidad es esencial para la confidencialidad y el respeto de la dignidad de la persona.

Como podemos ver los primeros auxilios psicológicos se puede proporcionar donde quiera que se esté, teniendo en cuenta que la idea es capacitar a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa, los primeros auxilios se prestaría en dicha institución en el área de urgencia que es donde llegan los pacientes que presentan esta conducta suicida.

Importancia De Los Primeros Auxilios Psicológicos Como Factor De Prevención (UC, 2014).

La importancia de los primeros auxilios psicológicos se centra en la prevención de la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores (Caplan, 1974) y el riesgo físico, que mencionamos anteriormente “prevención del suicidio”. Los primeros auxilios psicológicos se hallan en un nivel secundario de prevención, pues buscan reducir los efectos

dañinos de los sucesos ocurridos. Consideramos que este tipo de prevención es la más óptima, pues se intenta que el individuo aprenda a sobrellevar la crisis, constituyéndose así en una oportunidad. Ya que es casi imposible evadir sucesos de crisis (prevención primaria) y en el caso que fuese posible, estaríamos encerrando al individuo en una burbuja provocando así un mayor riesgo; se trata de que el individuo fortalezca sus recursos y supere las adversidades.

¿Cómo Prepararse Para Brindar PAP? (UC, 2014).

- . Para poder brindar asistencia a personas afectadas por una crisis, el asistente debe poseer conocimientos acerca del evento y el tipo de disponibilidad de servicios de ayuda o apoyo. La preparación es importante y más si se trabaja con poblaciones especiales, como lo son los adolescentes.
- . La persona que realiza la primera ayuda debe sentirse cómoda: física, y emocionalmente. Uno de los impedimentos para otorgar esta ayuda, puede darse si existen problemas emocionales o psicológicos recientes como: un cambio o pérdida significativos dentro de los pasados 6-12 meses, pérdidas anteriores o eventos negativos en la vida del asistente.
- . Al proporcionar PAP, es importante reconocer las reacciones comunes ante una crisis o situación extrema de estrés, conocer las organizaciones que pueden servir como recurso de apoyo y mantener la calma pues el comportamiento del asistente puede afectar las reacciones de la persona en crisis.
- . Al mostrar calma y claridad del pensamiento se puede ayudar de mejor manera, en este punto es fundamental, la empatía entre el asistente y el asistido. El último, factor de importancia se refiere a ser sensitivo a la cultura y a la diversidad. Es indispensable ser consciente, de nuestros propios valores y prejuicios.

En el municipio de Villahermosa – Tolima es importante que a la hora de capacitar al personal médico y paramédico se le entregue una cartilla para que puedan revisar constantemente y más si tienen duda en caso que les llegue un paciente por intento de suicidio.

Marco teórico

El Suicidio Desde El Enfoque Humanista

Algunos autores desde la psicología humanista son: Kierkegaard, Jasper y Viktor Frankl.

Desde la psicología humanista se pretende establecer la concepción de suicidio tomando como referentes a algunos de los autores que han descrito elementos necesarios en la vida para evitar llegar a ese momento de desesperanza que termina por llevar al individuo a cometer actos suicidas.

Kierkegaard habla de la toma de decisiones; plantea que el hombre es libre y elige por sí mismo, también muestra cómo las personas que han intentado suicidarse o que tienen ideaciones suicidas están en un punto donde no encuentran solución, donde lo más fácil para ellos es la muerte, donde esos pensamientos y formas en que la persona ve a los demás solo multiplican sus deseos de llegar a la muerte, pero está ahí el poder de elegir; en este punto el deber del psicólogo es ayudar al sujeto a encontrar otros caminos, que están ahí pero que él se niega a ver, es guiarlo en este proceso, pero siempre teniendo en cuenta que es solo esa persona quien puede tomar la última decisión. (Quitmann, 1989, citado por: Araya, Lazcano, Gainza, Undiks, & Herrera, 2009).

Para que los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa puedan prestar los primeros auxilios psicológicos mediante el enfoque humanista deben trabajar la tendencia suicida a partir de experiencias o vivencias que le han permitido al sujeto llegar a tomar aquella decisión y la forma de concebir la vida, de esta manera identificar las fortalezas que le pueden ayudar al paciente a continuar su vida.

El Suicidio Desde La Psicología Comunitaria

Algunos autores desde la psicología comunitaria son: Maritza montero y Carlos Martínez.

Si se toma la definición de Maritza Montero (1984) donde denomina la Psicología comunitaria como aquella que permite desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su entorno para solucionar los problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social, el abordaje de la problemática suicida se ubica dentro de los procesos vitales y modificables en convergencia y sinergia con los prójimos.

Otra estrategia desde la psicología comunitaria es dejar a un lado los mitos y tabúes, de tal manera que sea un tema del cual se pueda hablar abiertamente y sea posible identificar personas en riesgo suicida sin menospreciar la situación reportada.

Si en Villahermosa – Tolima se capacita a los diferentes médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo en primeros auxilios psicológicos permitiría no solo un primer nivel de acompañamiento a la persona, sino también una referencia adecuada por lo cual entre los factores protectores es vital identificar la red social que puede brindar soporte a la persona, ya que el abordaje comunitario tiene gran relevancia porque permite fortalecer las estrategias de promoción de la salud y la prevención del suicidio, con lo cual se pueden ver resultados a mediano y largo plazo, incluye la consolidación de estrategias de manejo de emociones y la resolución de problemas de la vida, entre otros.

El Suicidio Desde El Enfoque Psicosocial

Algunos autores desde la psicología social son: Enrique Pichón Rivièrè.

Pichón Rivièrè habla del ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) el cual será entonces, la teoría y el repertorio metodológico con los cuales abordaremos al sujeto en sus condiciones concretas de existencia, para comprender así su conducta en los diferentes ámbitos en los que se encuentra inmerso. (Salvo, 2007)

En el ámbito Psicosocial (que corresponde al individuo), Socio dinámico (Grupos) Institucional y Comunitario. Estos ámbitos nos permiten visualizar no solamente los escenarios en los que el proceso de socialización se institucionaliza con el objetivo de producir las subjetividades que la habrán de reproducir sino que nos permiten comprender las distintas lógicas y por lo tanto las distintas metodologías, técnicas y dispositivos de intervención en el momento de operar sobre ellas. Los ámbitos son concebidos como interdependientes como los grandes mediadores de la macro estructura social, en la constitución de la subjetividad. (Salvo, 2007)

Es importante tener en cuenta que para entender el suicidio desde un enfoque psicosocial, es partir de que el suicidio no es una enfermedad, no es sinónimo de depresión; es un fenómeno multicausal y constituye un problema social, donde la persona materializa el sufrimiento de un sistema social, (Castillo, C. Maroto, A. 2017), por lo tanto los médicos y paramédicos que capacitaremos en primeros auxilios psicológicos al momento de intervenir en una crisis por intento de suicidio debe tener en cuenta cuales fueron las múltiples causas que llevaron al paciente a tomar esa decisión buscando el origen o motivo que lo llevó a hacerlo.

A través del enfoque psicosocial y la teoría de la salud mental comunitaria, la ideación suicida y el intento suicida se ve desde el punto que es fácil identificar esta situación ya que no ha sido ajena a la realidad del país y los servicios que se ofrecen en salud mental, ya que están enfocados a enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento con abordaje de hospitalización psiquiátrico, atención médica y farmacológica, pero muy poco atiende a factores biopsicosociales (Engel G, 1977; Borrell F., Schumann A., y Epstein R. 2004; Tizon J. 2007), o abordajes con apoyo comunitario y de centros urbanos (Calderón G.,1973), como escuelas, colegios, grupos vecinales o cívicos, asociaciones y la propia comunidad, en donde tengan

injerencia en las decisiones y los tipos de servicio (que les permita sentirse agentes activos de sus propios procesos, capaces de generar y promover cambios positivos para su comunidad), y si bien, se plantean estos aspectos psicosociales en algunas líneas de las políticas públicas, planes de desarrollo y programas, en la realidad de las comunidades no se ven reflejados.

Por ello, surge la necesidad apremiante en el campo de la salud mental, de generar estudios sociales que permitan develar esas realidades psicosociales de las comunidades, para adoptar medidas que aporten al bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, comunidades, grupos y la sociedad en general (Bang, 2013; Wald, 2011).

En ese sentido, es primordial entender y comprender que los problemas psicosociales, también afectan la salud mental de las personas y que el concepto de salud y bienestar están directamente relacionados con las situaciones sociales, culturales, demográficas, económicas, educativas, administrativas y políticas con las que se enfrentan en su cotidianidad las comunidades. (López & Costa, 2014).

Llevemos lo anterior a un plano vivencial y práctico: Sí hay un incremento en los índices de crecimiento anual (tasa de natalidad), y a ello se suma una caída económica, estas situaciones generan un impacto en la calidad de vida de las personas y afecta sus dinámicas de vida como por ejemplo: pobreza, desigualdad en la distribución de los recursos, desempleo, incremento en el costo de vida, reducción en la capacidad de los sistemas de salud, reducción en la posibilidad de acceso a programas educativos y de desarrollo social, entre muchos otros factores. (Moreno y Báez, 2010; Víctor H. Charria O, 2011).

Es por ello que se plantea una propuesta que promueva el cambio y la transformación en la forma de abordaje y atención de la salud mental comunitaria, que atienda las necesidades, demandas y recursos de las comunidades, pero para lograr esto se requiere conocer las

condiciones y circunstancias sociales, culturales, políticas, económicas, geográficas, demográficas y ecológicas de nuestra población, así como las disposiciones legales, planes y programas que se vienen desarrollando en el país y en las regiones, para tener una visión clara y panorámica de la realidad de la salud mental comunitaria en el país. (Calderón G, 1973).

En este sentido, Colombia se ha encargado de adoptar lineamientos propuestos desde distintas entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y está bien atender a las directrices de entidades veedoras, pero es necesario promover cambios y propuestas que generen alternativas de solución y mitigación reales y aplicables a una dinámica sociocultural y económica como la nuestra (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se consultó en el observatorio de salud pública del Tolima, revisando el último boletín epidemiológico semanal de los últimos cinco años.

Para el año 2016 a semana 50 han notificado al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública) 741 casos de intento de suicidio en el departamento del Tolima, en el cual el municipio de Villahermosa reportó 8 casos. (Gobernación del Tolima, 2016).

Para el año 2017 a semana 50 han notificado al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública) 852 casos de intento de suicidio (17 casos) para la semana en referencia, evidenciándose un incremento en la notificación del año 2017 respecto al 2016 de 12% (103 casos) para la misma semana epidemiológica, en el cual el municipio de Villahermosa reportó 12 casos. (Gobernación del Tolima, 2017).

Para el año 2018 a semana 50, han ingresado al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública) 964 casos; a diferencia de 2017 para ésta misma semana se habían presentado

831 casos, se evidencia un incremento del 16,0% lo cual corresponde a 133 casos, en el cual el municipio de Villahermosa reportó 6 casos. (Gobernación del Tolima, 2018).

Para el año 2019 a semana epidemiológica 46 han notificado al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública) 1.304 casos de intento de suicidio en el departamento del Tolima; 28 casos para la semana en referencia presentando incremento del 32% (418 casos para el 2019) respecto al año anterior que a la misma semana epidemiológica reporto 886 casos, en el cual el municipio de Villahermosa reportó 5 casos. (Gobernación del Tolima, 2019).

Para el año 2020 a semana epidemiológica 33 han notificado al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública) 710 casos de intento de suicidio en el departamento del Tolima; 11 casos para la semana en referencia presentando decremento del 21.2% (189 casos para el 2019) respecto al año anterior que a la misma semana epidemiológica reporto 889 casos, en el cual el municipio de Villahermosa al 11 de agosto ha reportado 5 casos. (Gobernación del Tolima, 2019).

Teniendo en cuenta estos datos estadísticos, se puede observar lo necesario que es empezar a hacer prevención en el tema del intento de suicidio ya que para un municipio tan pequeño tenemos unos indicadores muy altos en los últimos cinco años, también sabemos que si capacitamos a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo en primeros auxilios psicológicos podemos obtener grandes resultados al momento de manejar la crisis por intento de suicidio de los pacientes que ingresan al área de urgencias ya que no siendo ellos psicólogos pero si estando entrenados para intervenir en crisis se le puede dar una buena ruta de atención al paciente y así evitar que vuelva a repetir esta conducta.

Marco legal

Ley 1616 de 2013: En el marco de la Ley de Salud Mental, cuyo objeto 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,” se establece que corresponde a este Ministerio “dirigir las acciones de promoción en Salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras”. (Congreso de Colombia, 2019).

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP): En el marco de la Ley 1438 de 2011, se construyó de manera participativa el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como una apuesta del país, que propende por la equidad en salud entre los grupos poblacionales, independiente de sus características y particularidades. Entre sus objetivos específicos tiene: “mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente”. En uso de sus funciones el Ministerio de Salud y Protección Social ejerció la rectoría del proceso de elaboración del Plan y utilizó la mejor evidencia científica existente para la selección de intervenciones y estrategias que fueron incluidas en el documento, a estas se sumaron todos los aportes obtenidos en el ejercicio de la participación social y comunitaria, sectorial e intersectorial (MSPS, 2013).

Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se establece un componente operativo de este: la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, las cuales “integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales”, (Artículo 5) (MSPS, 2016).

Resolución 3202 de 2016. “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones” (MSPS, 2016).

Este marco legal es importante en este trabajo de investigación porque los parámetros anteriormente mencionados se centran básicamente en el respeto a los derechos de los individuos, lo cual además adquiere un carácter muy particular teniendo en cuenta una serie de antecedentes que permitieron hacer pensar en la necesidad de respetar no solo los derechos humanos sino también la dignidad humana, también es importante para dejarle claro a lo médicos y paramédicos la importancia de aprender a prestar los primeros auxilios psicológicos ya que en el hospital es donde se presta la primera atención cuando se presenta un caso de intento de suicidio y lo que buscan estas leyes y resoluciones es mejorar Atención Integral en Salud.

Metodología

Enfoque De Investigación

Enfoque Cualitativo

El presente proyecto aplicado es de enfoque cualitativo, ya que nuestro propósito es indagar la forma en que el personal médico y de enfermería del Hospital Ismael Perdomo prestan los primeros auxilios psicológicos cuando llega un paciente por intento de suicidio. Así mismo consideramos que el enfoque que debemos utilizar es el cualitativo ya que el tema de estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto.

El enfoque cualitativo se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto.

El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Encyclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman y Geist, 2008; Carey, 2007, y DeLyser, 2006). (Samperi, 2014)

El enfoque cualitativo es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico (Marshall, 2011 y Preissle, 2008).

Diseño De Investigación

Diseño Investigación Acción

Se va a usar es el diseño Investigación Acción, ya que nuestro proyecto aplicado se va a desarrollar en colaboración con una entidad pública (Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa - Tolima), actuando por la mejora o la transformación social.

Investigación acción, su precepto básico es que debe conducir a cambiar y por tanto este cambio debe incorporarse en el propio proceso de investigación. Se indaga al mismo tiempo que se interviene. (Sampieri, R. 2014).

En cuanto a la parte práctica, la investigación acción estudia prácticas locales (del grupo o comunidad), involucra indagación individual o en equipo, se centra en el desarrollo y aprendizaje de los participantes, implementa un plan de acción (para resolver el problema, introducir la mejora o generar el cambio), el liderazgo lo ejercen conjuntamente el investigador y uno o varios miembros del grupo o comunidad. (UCOL, s.f.).

En cuanto a la parte participativa, la investigación acción Estudia temas sociales que constriñen las vidas de las personas de un grupo o comunidad, resalta la colaboración equitativa de todo el grupo o comunidad, se enfoca en cambios para mejorar el nivel de vida y desarrollo humano de los individuos y emancipa a los participantes y al investigador. (UCOL, s.f.).

El proceso de la investigación acción está estructurado por ciclos y se caracteriza por su flexibilidad, puesto que es válido e incluso necesario realizar ajustes conforme se avanza en el estudio, hasta que se alcanza el cambio o la solución al problema. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), enseguida se enlistan los ciclos del proceso:

1. Detección y diagnóstico del problema de investigación.
2. Elaboración del plan para solucionar el problema o introducir el cambio.
3. Implementación del plan y evaluación de resultados.
4. Realimentación, la cual conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

Los mismos autores describen las implicaciones de cada ciclo. En el primero de ellos, es importante considerar que la detección del problema exige conocerlo a profundidad a través de

la inmersión en el contexto a estudiar, para comprender ampliamente quiénes son las personas involucradas, cómo se han presentado los eventos o situaciones y lograr claridad conceptual del problema a investigar e iniciar con la recolección de datos. Una vez recolectada la información, el análisis de los datos se puede llevar a cabo con el apoyo de mapas conceptuales, diagramas causa-efecto, matrices, jerarquizaciones, organigramas o análisis de redes. El paso siguiente es elaborar un reporte con el diagnóstico a partir de la información analizada, que es presentado a los participantes para validar la información y confirmar hallazgos.

Enseguida se pasa al segundo ciclo, que consiste en la elaboración del plan para implementar cambios o soluciones a los problemas detectados. En el tercer ciclo se aplica el proyecto. El investigador debe dedicarse a recolectar datos de manera continua para evaluar cada tarea desarrollada y retroalimentar a los participantes mediante sesiones donde recupera a su vez las experiencias y opiniones de estos. A partir de la información obtenida permanentemente, se redactan reportes parciales que se utilizan para evaluar la aplicación del plan. Luego, con base en estas evaluaciones, se llevan a cabo los ajustes necesarios, se redefine la problemática y se desarrollan nuevas hipótesis. Una vez más, se implementa lo planeado y se realiza un nuevo ciclo de realimentación. (*Hernández, R. et al., 2014*). (UCOL, s.f.)

La importancia de capacitar el personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo en primeros auxilios psicológicos es para que conozcan y actúen cuando les llegue un paciente con intento de suicidio, ya que si ellos se capacitan pueden hacer una intervención en crisis si no hay psicólogo disponible en la alcaldía, ahora, lo que se pretende con esta investigación es mejorar y transformar los aspectos que requieren cambios.

En cuanto a la parte participativa la investigación acción estudia temas sociales que constriñen las vidas de las personas de un grupo o comunidad, resalta la colaboración equitativa

de todo el grupo o comunidad, se enfoca en cambios para mejorar el nivel de vida y desarrollo humano de los individuos, emancipa a los participantes y al investigador.

Lo que se busca con este proyecto aplicado es que el personal médico y paramédico del área de urgencias del hospital Ismael Perdomo se involucre, conozca, interprete y transforme la realidad en cuanto a cómo prestar los primeros auxilios psicológicos cuando les llega un paciente con intento de suicidio por medio de soluciones cuyo objetivo principal son los cambios definitivos.

Técnica De La Investigación

El Cuestionario Mixto

El cuestionario mixto tendrá una serie de preguntas claramente formuladas, tanto abiertas como cerradas, con el propósito de hacer una caracterización inicial de lo que están haciendo los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo cuando llega un paciente a urgencia por intento de suicidio, teniendo en cuenta que el cuestionario mixto se hizo primeramente para hacer un diagnóstico inicial, a través de una línea de base, datos o hallazgos que posteriormente fueron contrastados a partir de técnicas desde la investigación cualitativa.

La Entrevista

En el presente proyecto aplicado se trabajará con la técnica de la entrevista estructurada como fuente de información para comprender, por medio de un interrogatorio con preguntas establecidas con anterioridad según un mismo orden, las perspectivas, situaciones, problemas, soluciones y experiencias que los participantes han tenido.

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa (Savin-Baden y Major, 2013; y King y Horrocks, 2010). Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras

(entrevistados). En el último caso podría ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia o un equipo de manufactura. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998).

Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad (por ejemplo, la investigación de formas de depresión o la violencia en el hogar). (Samperi, 2014).

Las preguntas de la entrevista se obtendrán de los resultados del diagnóstico inicial que se haga con el cuestionario mixto, de ahí se escogerán las cuatro preguntas más relevantes que arroje la fase de caracterización.

Grupo Poblacional

La población objeto de estudio la constituyen todos los médicos y personal de enfermería que atienden en el área de urgencia del Hospital Ismael Perdomo, localizado en el área urbana del municipio de Villahermosa – Tolima.

Para este proyecto aplicado participaran cuatro médicos, una enfermera jefe y seis auxiliares de enfermería que laboran en el área de urgencias, ya que siendo el hospital Ismael Perdomo un hospital de primer nivel este tipo de evento no se atiende por consulta externa.

Criterios de Inclusión

El cuestionario de la entrevista fue aplicado al personal médico y de enfermería de ambos sexos y de todas las edades que trabajan en el Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa-Tolima, pues; se considera que estos son agentes fundamentales al momento de brindar la

primera ayuda psicológica (PAP), debido al contacto que tienen con los pacientes que llegan a urgencias por intento de suicidio.

Criterios de Exclusión

Se excluye al personal de otras áreas que trabaja en el Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa- Tolima, que no son médicos ni hacen parte del personal de enfermería.

Procedimiento

Primera Fase/ Sensibilización.

Primero se ubica la población con la cual se quiere trabajar, pensamos que sería importante realizar este proyecto con los médicos y paramédicos del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima.

Analizando la situación observada en el Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa - Tolima, con respecto a los intentos de suicidios se detectó que los médicos y paramédicos tienen muchas falencias a la hora de prestar los primeros auxilios psicológicos a los pacientes.

Conociendo ya el lugar donde se realizará la investigación, nos disponemos a diseñar el conjunto de preguntas que tendrá el cuestionario y la entrevista.

Segunda Fase/ Recopilación De La Información.

Se diseñaron el conjunto de preguntas que tendrá el cuestionario mixto para la recopilación de la información.

Con el cuestionario mixto ya elaborado, procederemos a una aplicación personalizada a la población objeto de este proyecto aplicado, (médicos y paramédicos del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa –Tolima) con el fin de identificar las posibles respuestas, las cuales contribuirían mucho a nuestro proyecto. Este cuestionario se aplicará en tres momentos distintos debido a que es bastante extenso y por motivos de tiempo el médico o el paramédico siempre

está ocupado, además por la situación de la emergencia sanitaria del COVID 19, no es aconsejable estar tanto tiempo en el área de urgencias.

Con el diagnóstico hecho por medio del cuestionario mixto se encontraron varias falencias que presenta el personal médico y paramédico a la hora de atender un paciente que llega al área de urgencias por intento de suicidio, por lo cual procedemos a seleccionar las preguntas más relevantes, las cuales se utilizarán para llevar a cabo la entrevista.

Tercera Fase/ Proceso De Análisis De La Información.

La información recolectada fue transcrita, organizada y analizada a través de una tabulación en Excel, donde cada una de las preguntas del cuestionario mixto se graficaron en forma de torta, obteniendo su frecuencia y porcentaje para determinar qué resultados de las variables se presentaron y que relación entre las variables se necesitan para dar respuesta a la problemática planteada (capacitación en primeros auxilios psicológicos para personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo que atiende pacientes con intento de suicidio), lo anterior permitió la consolidación de los hallazgos y discusión de los resultados.

La información recabada fue transcrita, clasificada y organizada a través de códigos asignados a cada uno de los participantes, cada entrevista se organizó con la codificación asignada en el programa Excel. Esta organización inicial se realizó de forma manual observando cuidadosamente la relación entre los objetivos y las variables y los resultados iban surgiendo, lo anterior permitió la consolidación de los hallazgos y discusión de los resultados

Cuarta Fase/ Plan De Acompañamiento.

Con base en los resultados, se realizó una cartilla sobre primeros auxilios psicológicos (**ver anexo L**) para ser entregado al Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa, con el fin de capacitar a los médicos y paramédicos, donde el psicólogo le dará las herramientas teóricas y

prácticas sobre los primeros auxilios psicológicos a los médicos y paramédicos para aprender a intervenir en una crisis cuando llegue un paciente por intento de suicidio, esta cartilla se explicará a través de charlas y capacitaciones.

Proyecto social aplicado

A: Parte Investigativa

En esta parte se hizo primero que todo la observación (durante seis meses se observó el trato que los médicos y paramédicos le daban a los pacientes que consultaban al área de urgencias por intento de suicidio), luego se le da el título al proyecto aplicado el cual es (formación en primeros auxilios psicológicos por intento de suicidio para el personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa - Tolima), continuamos con el estado del arte (donde se revisaron diferentes bases de datos en busca de información en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos por parte del personal médico y paramédico en los intentos de suicidios, razón por la cual se puede decir con propiedad que se encontró muy poca información, situación por la cual consideramos que este tema puede aportar mucho a la salud mental del municipio de Villahermosa - Tolima), seguidamente se hace el planteamiento del problema (donde se formula la siguiente pregunta (¿Cómo capacitar al personal médico y paramédico en primeros auxilios psicológicos para la atención de pacientes con intento suicida?)) Posteriormente se plantea la justificación (donde el propósito del proyecto aplicado es contribuir a mejorar la capacidad resolutive desde la atención primaria fortaleciendo las capacidades del personal médico y paramédico en la atención a las personas que presentan conductas suicidas), continuamos con el planteamiento de los objetivos (los cuales se definen con el fin de lograr las metas al finalizar el proyecto aplicado), se continua con el marco conceptual (el cual nos proporciona bases conceptuales para interpretar la información recogida en el desarrollo del proyecto aplicado) y finalmente indagamos sobre el marco legal (donde se colocaron el conjunto de leyes y resoluciones que le dan fundamento al proyecto aplicado)

B: Parte Interventiva

En esta parte se hizo primero que todo la metodología, en la cual se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, los cuales fueron formato para los consentimientos informados, el permiso para tomar fotografías para ser utilizada en dicho proyecto aplicado, el permiso para autorizar la utilización de la información en publicaciones una vez finalizado el proyecto aplicado, se decidió guardar la confidencialidad de los médicos y paramédicos a través de códigos alfanuméricos.

Segundo se utilizó el diseño investigación acción porque se centra en el desarrollo y aprendizaje de los participantes (médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo), seguidamente se implementaron las técnicas de investigación las cuales fueron el cuestionario mixto y la entrevista estructurada.

Tercero: los resultados se obtuvieron de la aplicación del cuestionario mixto y la entrevista y la información recolectada fue transcrita, organizada y analizada a través de una tabulación en Excel, obteniendo su frecuencia y porcentaje para determinar qué resultados de las variables se presentaron y que relación entre las variables se necesitan para dar respuesta a la problemática planteada (capacitación en primeros auxilios psicológicos para personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo que atiende pacientes con intento de suicidio),

Finalmente se hace la fase de acompañamiento Con base en los resultados, se realizó una cartilla sobre primeros auxilios psicológicos, la cual se explicó a través de charlas y capacitaciones.

Consideraciones Éticas

Se realizara un consentimiento informado a cada uno del personal de salud que participará en el presente estudio y la confidencialidad de los datos se guardará de la siguiente manera:

Esta propuesta de proyecto aplicado tendrá presente diversos aspectos éticos dentro de su desarrollo, según los aspectos legales y éticos del código deontológico del psicólogo (2009), que según el artículo 2º se hace énfasis en la investigación e intervención con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación e intervención descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano.

Tomada la decisión, para desarrollar la investigación e intervención el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación e intervención con participantes humanos.

Para este proyecto aplicado, se tuvieron en cuenta, formato para los consentimientos informados y el permiso para tomar fotografías para ser utilizada en dicha investigación y el permiso para autorizar la utilización de la información en publicaciones una vez finalizada la investigación.

Con el ánimo de guardar la confidencialidad tanto de los médicos como de los paramédicos que hicieron parte de este proyecto aplicado y poderles garantizar la privacidad y el anonimato, se decidió guardar la confidencialidad a través de códigos alfanuméricos partiendo y tomando en cuenta las iniciales de los nombres, luego las iniciales de los apellidos, seguidamente la primera inicial del sexo y finalmente la edad de cada uno de los participante, por ejemplo,

Michelle Andrea Montoya Gómez de 27 años (MAMGF27). Además se les hizo la aclaración que la participación era de carácter voluntario y sin gratificación económica por parte de la investigadora y del Hospital Ismael Perdomo.

Se hizo un compromiso por parte de la psicóloga con el Hospital Ismael Perdomo del municipio de Villahermosa – Tolima, a validar los hallazgos producto del estudio y se hará entrega de una cartilla de primeros auxilios psicológicos, con el propósito de fortalecer y mejorar la atención en los pacientes que consulta por intento de suicidio.

En el ejercicio de esta propuesta se tendrá en cuenta el capítulo VII en la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, que en su artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Según el artículo 50 del código deontológico del psicólogo (2009), los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES															
ACTIVIDAD	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9	SEMANA 10	SEMANA 11	SEMANA 12	SEMANA 13	SEMANA 14	SEMANA 15
	DEL 13 AL 17 DE ABRIL	DEL 20 AL 24 DE ABRIL	DEL 27 AL 30 DE ABRIL	DEL 04 AL 8 DE MAYO	DEL 11 AL 15 DE MAYO	DEL 18 AL 22 DE MAYO	DEL 26 AL 29 DE MAYO	DEL 01 AL 05 DE JUNIO	DEL 08 AL 12 DE JUNIO	DEL 16 AL 19 DE JUNIO	DEL 23 AL 26 DE JUNIO	DEL 30 DE JUNIO AL 03 DE JULIO	DEL 06 AL 10 DE JULIO	DEL 13 AL 17 DE JULIO	DEL 21 AL 24 DE JULIO
Aplicación de la entrevista, primera parte															
Aplicación de la entrevista, segunda parte															
Tabulación de la información															
Elaboración de la cartilla de primeros auxilios psicológicos															
Capacitación en primeros auxilios psicológicos al personal médico y paramédico parte 1 y 2															
Capacitación en primeros auxilios psicológicos al personal médico y paramédico parte 3 y 4															
Capacitación en primeros auxilios psicológicos al personal médico y paramédico, taller 1 y 2															

Resultados

Después de haber realizado el cuestionario mixto y haber hecho la tabulación, se llegó a la conclusión de escoger las cuatro preguntas que tuvieron más relevancias y con ellas aplicar la entrevista.

Grafica 1. ¿Ha recibido alguna vez capacitación acerca de cómo brindar apoyo en situaciones de crisis por intento de suicidio?

Respuesta	Total	
	Cantidad	Porcentaje %
No	5	46%
Si, a través de cursos presenciales	2	18%
Si, mediante dialogo con especialista	1	9%
Si, a través de talleres	0	0%
Si, a través de cursos online	1	9%
Si, mediante la lectura de textos	2	18%
Otro	0	0%



Interpretación

De 11 entrevistados el 46% no ha recibido capacitación a cerca de cómo se brinda apoyo en situaciones de crisis por intento de suicidio, un 18% lo ha recibido a través de cursos presenciales, otro 18% lo ha hecho a través de lecturas de textos, un 9% mediante dialogo con especialistas y otro 9% a través de cursos online.

“En un curso virtual que yo vi, todos los primeros auxilios psicológicos iban dirigidos a emergencias y desastres, nunca nos hablaron de casos de intento de suicidios en pacientes que llegan a hospitales” (NCUGF35).

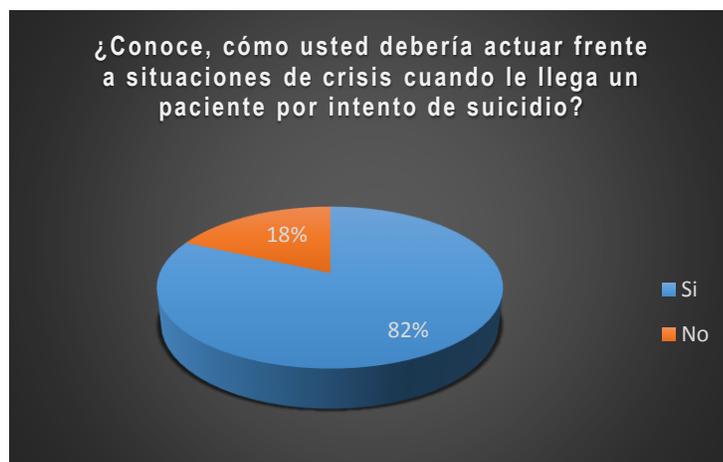
Análisis

Se puede observar que la mayoría del personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo no ha recibido capacitación acerca de cómo se brinda apoyo en situaciones de crisis por intento de suicidio, y los que dicen que han recibido capacitaciones no han adquirido el conocimiento suficiente para enfrentar este evento ya que no tienen claro la valoración y atención del paciente que consulta por intento de suicidio, como podemos darnos cuenta el personal de salud encargado de atender el fenómeno del suicido recibe muy poca información y menos aún formación para abordar esta problemática, de otra parte, hay una brecha entre teoría y práctica, que debe reconocerse para fortalecer las capacidades de afrontamiento del personal de salud.

Igualmente, la formación en atención en crisis para este tipo de problemáticas es prácticamente nula, lo que deja al personal de salud sin herramientas para abordar adecuadamente esta problemática, por lo tanto es de mucha importancia este proyecto aplicado, ya que si los capacitamos en primeros auxilios psicológicos podemos brindar una mejor atención a los pacientes que lleguen por este evento.

Grafica 2. ¿Conoce, cómo usted debería actuar frente a situaciones de crisis cuando le llega un paciente por intento de suicidio?

Respuesta	Total	
	Cantidad	Porcentaje %
Si	9	18%
No	2	82%



Interpretación

Con un total de 11 entrevistados, un 82% conoce como debería actuar frente a situaciones de crisis cuando le llega un paciente por intento de suicidio, mientras que el 18% no lo sabe.

“Cuando han llegado casos de intento de suicidio lo que yo he hecho es colaborarle al médico como auxiliar que soy y me quedo todo el tiempo cayada sin pronunciar palabra, ya que no sé qué decir ni cómo actuar” (ARAMF62).

“Aunque yo sé cómo debería actuar frente a una situación de crisis cuando llega un paciente con conducta suicida, cuando me ha llegado un paciente por este evento, nunca les he prestado los primeros auxilios psicológicos, como médico le presto mis servicios y llamo a la psicóloga para que le haga la intervención y según el criterio de

ella decido si lo mando para la casa o para Lérída, y no lo hago de mala fe, sólo que tenía entendido que esta parte la hace el profesional de psicología y que los primeros auxilios psicológicos yo los usaría en otro entorno y no en mi trabajo como médico” (LMCUF27).

Análisis

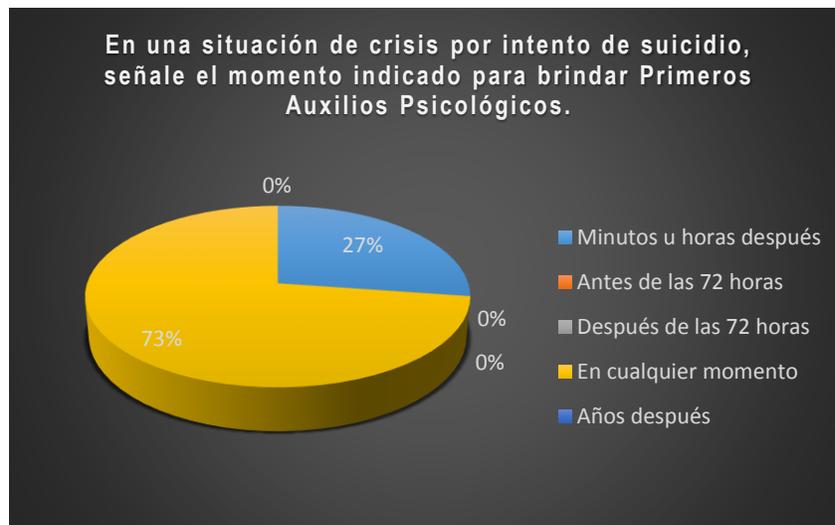
Siendo la mayoría de entrevistados los que si conocen como debería actuar frente a situaciones de crisis cuando le llega un paciente por intento de suicidio, nos queda un interrogante ¿han aprendido porque se han capacitado o porque piensan que saben porque cuando les llega un caso lo sacan adelante sin saber si lo están haciendo bien o mal?

Una vez se hace la entrevista se indaga si realmente las 9 personas que contestaron que si conocían como actuar frente a situaciones de crisis cuando le llega un paciente por intento de suicidio, constatamos que efectivamente no tienen el conocimiento apropiado ya que ninguno de ellos sabía que una crisis tiene cinco fases las cuales son: evento precipitante, respuesta desorganizada, explosión, estabilización y adaptación, muchos de ellos creían que en una crisis por intento de suicidio solo se buscaba estabilizar el paciente y no, para intervenir en una crisis es necesario ayudar a la persona dándole lo que necesita y no lo que pensamos que necesita. En ese sentido es indispensable saber identificar los signos que presenta una persona que está viviendo una crisis y desde luego conocer los procesos para saber intervenir.

El interés sin el conocimiento es insuficiente; debemos observar cambios en su comportamiento habitual, indagar si la persona tiene sentimientos de desamparo, depresión u otros síntomas relevantes para la intervención.

Grafica 3. En una situación de crisis por intento de suicidio, señale el momento indicado para brindar primeros auxilios psicológicos.

Respuesta	Total	
	Cantidad	Porcentaje %
Minutos u horas después	3	27%
Antes de las 72 horas	0	0%
Después de las 72 horas	0	0%
En cualquier momento	8	73%
Años después	0	0%



Interpretación

De un total de 11 entrevistados, un 73% considera que el momento indicado para prestar primeros auxilios psicológicos es en cualquier momento y un 3% considera que debe hacerse minutos u horas después.

“Cuando hice el curso en primeros auxilios psicológicos nunca me explicaron cuál era el momento indicado para brindar ese apoyo” (RMHHF39).

“Siempre estuve convencida que en cualquier momento se le podrían prestar los primeros auxilios psicológicos” (YPCAF29).

“Yo también pensaba que en cualquier momento se les podía prestar los primeros auxilios psicológicos” (VJGCM31).

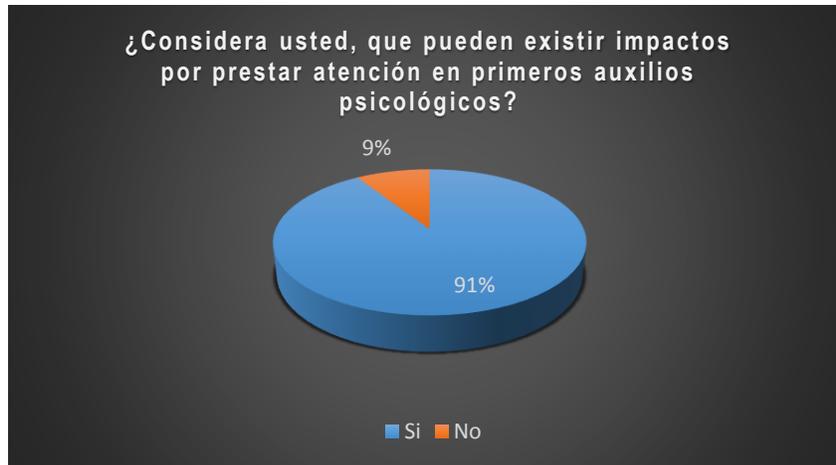
“Yo pensaba que se les prestaba los primeros auxilios psicológicos en el momento de la crisis y no antes de las 72 horas que equivaldrían a tres días” (LVAVF29).

Análisis

Se puede observar que la mayoría del personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo no tiene claro cuál es el momento indicado para brindar Primeros Auxilios Psicológicos, ya que los primeros auxilios psicológicos están indicados desde el impacto hasta las 72 horas posteriores, siendo una técnica de elección ante un incidente crítico, que se aplica entre la fase de shock y el período de adaptación (MSPS, 2010), por lo tanto es de suma importancia que al momento de capacitarlos, se les deje claro que una situación de crisis por intento de suicidio necesita de minutos a horas para poderla intervenir ya que es considerada una intervención en primera instancia, cuando se interviene en cualquier momento viene siendo una intervención de segunda instancia en la cual no se haría un procedimiento de primeros auxilios psicológicos, sino una terapia.

Grafica 4. ¿Considera usted, que pueden existir impactos por prestar atención en primeros auxilios psicológicos?

Respuesta	Total	
	Cantidad	Porcentaje %
Si	10	91%
No	1	9%



Interpretación

De un total de 11 entrevistados, un 91% considera que si pueden existir impactos por prestar atención en primeros auxilios psicológicos, mientras que un 9% opina que no.

“Debería existir un impacto si nosotros prestamos esos primeros auxilios psicológicos, porque yo personalmente pensaba que eso solo lo podían hacer los psicólogos”
(ARAMF62).

“Claro que si puede existir un impacto, porque si como personal de salud prestamos los primeros auxilios oportunamente podríamos prevenir la aparición de secuelas psicológicas” (JVFD33).

“Yo considero que si hay un impacto si prestamos los primeros auxilios psicológicos, porque ya estamos capacitados y sabemos que se debe y que no se debe hacer, porque antes de que nos capacitaran hacíamos lo que pensábamos que estaba bien y ahora que ya tenemos el conocimiento sabemos que en muchas ocasiones hicimos cosas que no debíamos hacer o decir” (ILRAF30).

Análisis

Se puede observar que la mayoría del personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo tiene claro que si pueden existir impactos por prestar atención en primeros auxilios psicológicos ya que consideran que por medio de la aplicación de los PAP se pretende reducir el nivel de estrés, de ansiedad, de depresión de los pacientes que llegan a urgencias por intento de suicidio, por lo tanto al momento de capacitarlos es conveniente aclararle a quien considera que no puede existir impacto ya que se ayuda a los afectados a afrontar adecuadamente un evento traumático, evitando más secuelas de las necesarias, fomentando la adaptación y el afrontamiento a corto, mediano y largo plazo.

Fase de acompañamiento

La estrategia de capacitación propuesta para mejorar las competencias del personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en primeros auxilios psicológicos está compuesta por un grupo de acciones (cartilla, talleres, asesorías y capacitaciones) de carácter teórico y práctico que responden a las necesidades de los médicos y paramédicos debido a que no tienen las bases fundamentales en PAP para intervenir una crisis cuando les llega un paciente por intento de suicidio.

El psicólogo capacitador les dio entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos mediante una cartilla (**Anexo L**) que contiene una parte teórica, la cual responde a la necesidad de fortalecer las competencias del personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo, también capacitó a este personal a través de una parte práctica como son talleres, asesorías y charlas que describen actividades que facilitan la comprensión de los primeros auxilios psicológicos.

Las acciones a desarrollar en la capacitación son las siguientes:

- Presentación de los objetivos para lograr la transformación del estado real al deseado.
- Presentación de los temas integradores a partir de las potencialidades que brinda el contenido.
- Provocar intercambios con los médicos y paramédicos para que comprendan la importancia del contenido objeto de capacitación.
- Atender las diferencias individuales a partir de la orientación, solución y evolución de las actividades desarrolladas.

La cartilla (**ver anexo L**) está compuesta por cuatro partes a desarrollar en una totalidad de 12 horas de contenido. La organización de la capacitación se hizo en dos fechas diferentes, de seis horas cada una, donde cada dos horas se consideraba un descanso de 20 minutos para optimizar el aprendizaje y la participación.

Las actividades realizadas por los y las participantes fueron grupales y de tipo colaborativas, las cuales requirieron supervisión y acompañamiento del psicólogo para el logro de los objetivos propuestos y para construir un saber en conjunto durante el taller con una duración de una hora cada uno. Las actividades permitían la comprensión de contenidos teóricos, entrenamiento en la técnica y desarrollo de competencias para el acompañamiento psicosocial a través de los primeros auxilios psicológicos en los pacientes con intento de suicidio.

TÉCNICA:	NOMBRE DEL TALLER	DURACIÓN DEL TALLER:	OBJETIVOS:
Taller (Ver anexo C)	Crisis	1 hora	Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de una crisis en personas con conducta suicida
Taller (Ver anexo D)	Crisis	1 hora	Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de una crisis en personas con conducta suicida
Taller (Ver anexo E)	Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida	1 hora	Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de la valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida
Taller (Ver anexo F)	Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida	1 hora	Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de la valoración y atención

			integral de la persona que presenta conducta suicida
Capacitación (Ver anexo G)	Suicidio	1 hora	Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema del suicidio.
Capacitación (Ver anexo H)	Suicidio	1 hora	Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema del suicidio.
Capacitación (Ver anexo I)	Primeros Auxilios Psicológicos	1 hora	Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos.
Capacitación (Ver anexo J)	Primeros Auxilios Psicológicos	1 hora	Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos.
Asesoría	Suicidio	1 hora	Asesorar al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo en cuanto a las preguntas que no les quedó clara en la capacitación del suicidio.
Asesoría	Primeros auxilios psicológicos	1 hora	Asesorar al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo en cuanto a las preguntas que no les quedó clara en la capacitación de los primeros auxilios psicológicos.

Se desarrollaba una evaluación de salida, donde se medía el grado de satisfacción de los participantes de acuerdo a los aprendizajes obtenidos en las capacitaciones y los talleres.

La secuencia es la siguiente:

- Bienvenida y presentación: 30 minutos

- Parte I: 2 horas y media
- Parte 2: 3 horas
- Parte 3: 2 horas y media
- Parte 4: 3 horas y media

La forma en la que la psicóloga capacitaba al personal médico y paramédico:

- Preparaba los materiales y contenidos del taller previamente.
- Leía los contenidos de la cartilla y el material de apoyo para un mejor manejo teórico.
- Seguía la secuencia y tiempos establecidos en los temas y actividades tomando en consideración un descanso de 20 minutos cada dos horas de trabajo.
- Hablaba de manera pausada y clara.
- Promovía la participación de todos los y las participantes.

El desarrollo de la capacitación se hizo a través de:

- Dinámicas: donde se hicieron actividades vivenciales como introducción a actividades entretenidas para motivar la atención, propiciar integración y generar movimiento corporal para fomentar la disposición al taller.
- Presentaciones: Tanto los médicos como los paramédicos compartían las experiencias que habían tenido en el área de urgencia cuando les llegaba un paciente por intento de suicidio.
- Charlas: La psicóloga compartía la información básica sobre los diferentes conceptos sobre primeros auxilios psicológicos para facilitar el seguimiento de los contenidos y su comprensión.
- Exposición participativa: la psicóloga presentaba los conceptos y su contenido teórico para promover que los participantes opinaran y realizaran preguntas sobre los conceptos.

- Retroalimentación: después de las charlas la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.
- Respetar la opinión de todos los participantes.
- La psicóloga en todo momento estuvo abierta a las preguntas y dudas que surgieron durante todo el taller, hubieron varias preguntas que no pudo contestar en el momento, sin embargo se apoyó en el grupo y preguntaba: ¿Alguien puede contestar la pregunta o comentar al respecto? En el caso que las preguntas no fueron respondidas al día siguiente les llevaba las respuestas.

¿Qué se logró?

Trabajar en los procesos de aceptación de las falencias y mejoramiento de las fortalezas del personal médico y paramédico en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos para brindar un mejor servicio a los pacientes que ingresan al área de urgencias de Hospital Ismael Perdomo por intento de suicidio.

Como auxiliares de primera respuesta, el personal médico y paramédico que trabajan en el Hospital Ismael Perdomo ya se encuentra preparado para prestar los primeros auxilios psicológicos, (lo que se debe y no hacer) cuando llega un paciente por intento de suicidio.

Se considera que el proyecto aplicado fue asertivo porque muchos de los participantes expresan en las entrevistas el desconocimiento que tenían del tema y lo fácil que es prestar los primeros auxilios psicológicos en caso que no se cuente con una psicóloga en el momento. También al capacitarlos ellos entendieron dónde estaban fallando, cuales son las cosas que realmente necesita el paciente y aceptaron que estaban vulnerando ciertos derechos de las personas al remitirlos sin haberles prestado esa primera ayuda psicológica.

“Ha mejorado el proceso para atender los pacientes que lleguen al área de urgencias por intento de suicidio porque ya todos estamos capacitados y entrenados para prestar los primeros auxilios psicológicos” (RMHHF39).

La cartilla que se elaboró para capacitar al personal médico y paramédico en primeros auxilios psicológicos fue impresa y publicada en el área de urgencias, para que el personal asistencial del hospital pueda consultarla cuando tengan dudas e inquietudes.

“Por supuesto que debe existir un impacto si como personal de salud prestamos los primeros auxilios psicológicos, porque cuando llegue la psicóloga, ella puede hacer una intervención a profundidad ya que nosotros le hemos brindado la primera ayuda psicológica” (RMHHF39).

“Yo llevo 40 años trabajando como auxiliar de enfermería y jamás he recibido capacitación en primeros auxilios psicológicos, lo cual considero que era una falencia por parte del hospital ya que durante estos 40 años de servicio he visto e incluso atendido casos de intento de suicidios y con las capacitaciones que nos ha dado la Dra. Narlis me doy cuenta de todos los errores que hemos cometido al atender un paciente con conducta suicida” (ARAMF62).

“A pesar de haber hecho un curso presencial en primeros auxilios psicológicos, lo que aprendí nunca lo he puesto en práctica porque la verdad siempre me he enfocado en la salud física de los pacientes y jamás le he dado importancia a los pacientes que llegan con conducta suicida, se llama a la psicóloga de la alcaldía, si viene bien y si no se remite para Lérída, aunque después de estas capacitaciones no creo que el paciente se quede sin intervención en primeros auxilios psicológicos” (JVFD33).

Durante la capacitación se contó con un factor importante, el cual hizo que el personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo asistiera y participara activamente:

Este factor es el reconocimiento por parte del personal médico y paramédico de la necesidad de conocer este tema, ya que en los últimos meses se han presentado varios intentos de suicidio y se ha requerido de asistencia psicosocial, que en muchas ocasiones no llega porque en el municipio hay una sola psicóloga y a veces está viajando, otras veces no contesta a tiempo, lo que hace que se tenga que remitir el paciente sin prestarle los primeros auxilios psicológicos.

En general se puede decir que esta capacitación en primeros auxilios psicológicos de se acerca a las definiciones planteadas de manera teórica en este proyecto aplicado, reconociendo que la similitud se encuentra no solo en la forma de concebir los primeros auxilios psicológicos sino en la necesidad de participar en esta primera ayuda para una población en el que las posibilidades de apoyo psicosocial es casi nula.

El personal médico y paramédico, ha quedado satisfecho de la capacitación realizada, manifestando agrado para brindar los primeros auxilios psicológicos a los pacientes que ingresan por intento de suicidio. Esto se comprueba con los testimonios hechos por los mismos médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo

“Es importante que este tema se aborde en el hospital, ya que la implementación de estos talleres ayudan en mi desarrollo integral porque permite que se tenga un mayor conocimiento sobre el tema” (NCUGF35).

“una vez cometí el error con un paciente que llegó por intento de suicidio, pues lo regañé porque se quejaba y la verdad no sabía que eso no se podía hacer al prestarle los primeros auxilios psicológicos” (ARAMF62).

“Una vez le hice creer a un paciente que el que se va a matar no lo dice, y después de la capacitación me di cuenta que eso no es un mito sino una realidad” (ILRAF30).

“todo esto es debido a la falta de conocimiento, huy no que pena” (RMHHF39).

“Escuchar al paciente sin señalarle” (YPCAF29)

“No critico la acción” (ILRAF30)

Podemos decir que desde la salud mental comunitaria se pueden implementar Estrategias o acciones de mitigación del riesgo, así como se hizo al capacitar al personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima, ya que dentro de ese sistema de actuación e intervención se pueden plantear propuestas partiendo de elementos básicos y fundamentales como son: la cultura (E. Schein (1980)), el deporte (Rodríguez, 2000, Durán (2008) & Tuñón et al., 2014), la educación y la religión (Wachholtz & Pearce, 2009).

Este proceso debe estar planteado desde un trabajo adecuado a las realidades locales, porque parte de las voces de la propia comunidad que comparte sus necesidades sentidas, demandas y se hacen conscientes de las potencialidades y recursos que poseen para superar las situaciones que afectan su desarrollo y calidad de vida. (Montero, 2004).

Entonces, las propuestas de atención en salud mental comunitaria, implican identificar las capacidades, recursos y habilidades de la comunidad y de los individuos afectados, con el fin de hacer crecer el potencial local y posibilitar un trabajo coordinado. Estas estrategias pueden plantearse desde el desarrollo comunitario (Ander Egg, 1987) & T. Porzecanski, 1983), el empoderamiento (Rapport 1981, Zimmerman 2000, Montero 2003), la participación comunitaria (Montero 1998, 2004; Berroeta y Rodríguez, 2010; Sánchez-Vidal, 2007), el agenciamiento (Hombrados y Gómez, 2001).

En sí, se trata de recuperar el pasado individual y social para conocerlo, darle un sentido e impedir así la fijación en el pasado que interfiera en el presente. Historizar significa construir un sentido de comunidad que visibiliza capacidades, favorece la cohesión y contribuye al desarrollo de identidades, lo cual permite afrontar con mayores y mejores elementos las demandas, necesidades y planes futuros (Ministerio de Salud de Perú, 2006)

Recomendaciones

Seguir realizando capacitaciones al personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo, en cuanto a la conceptualización de los primeros auxilios psicológicos, en la cual, además de ilustrar el concepto se muestren el contenido y las ventajas de la aplicación de este apoyo tan importante en situaciones de intento de suicidio, para de esta forma incrementar el compromiso principal de la institución.

Entregar la cartilla impresa a cada uno de médicos y paramédicos para que la estudien y adquieran el conocimiento necesario para poder brindar los primeros auxilios psicológicos eficientemente y para que el conocimiento sea más amplio y profundo y así poder tener una formación que refuerce sus competencias.

Capacitar al personal médico que llega hacer el servicio social obligatorio al Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en primeros auxilios psicológicos, teniendo en cuenta que el resto de médicos y paramédicos ya están capacitados en brindar esa primera ayuda psicológica cuando llega un paciente con conducta suicida.

Constituir un grupo de trabajo y seguimiento para desarrollar periódicamente programas de entrenamiento y reciclaje, en evaluación y manejo de pacientes con ideación y conducta suicida, por parte del personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa - Tolima.

Referencias

- Ajates Gutierrez, B., Barata Cuenca, E., Benegas Bautista, J., Cavanillas de San Segundo, M., Condes Moreira, M., López Valtierra, M., . . . Rolfe Fernandez, M. (s.f). *Apoyo Psicologico en Situaciones de Emergencia*. Recuperado el 08 de Febrero de 2020, de [aranformación:](https://ediciones.grupoaran.com/index.php?controller=attachment&id_attachment=124)
- https://ediciones.grupoaran.com/index.php?controller=attachment&id_attachment=124.
- Alcaldía de Medellín. (2015). *Atención con Calidad a las Personas que Presentan Conducta Suicida. Manual para Profesionales de Salud*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de udea: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
- Baleares, P. E. (2011). *Guía Básica. Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género*. Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Col. Legi Oficial de Psicología de Les Illes Balears:
- https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2014/06/guia_basica_primeros_auxilios_psicologicos_en_violencia_de_genero.pdf
- Barrios Jimenez, M., Espinosa Rodriguez, L., & Martínez Gonzalez, C. (2008). *Guía de Manejo Terapéutico del Potencial Suicida. Fuerzas Militares de Colombia. Ejército Nacional. Dirección de Sanidad*. Bogotá, D.C., Cundinamarca, Colombia: Imprenta y Publicaciones FF.MM.
- Congreso de Colombia. (31 de Diciembre de 2019). *Ley 1616 de 2013. Artículo 1. Objeto*. Recuperado el 13 de Febrero de 2020, de Secretaría Senado:
- http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html

García Ramos, J. C. (06 de Agosto de 2010). *Primeros Auxilios Psicológicos para Intervenir con Personas en Crisis Emocional*. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de

<https://psicoaymara.wordpress.com/2010/08/06/45/>

Gobernación del Tolima. (16 de Diciembre de 2017). *Boletín epidemiológico de Vigilancia*

SIVIGILA Tolima. Recuperado el 05 de Diciembre de 2019, de Observatorio de Salud

Pública del Tolima: <https://saludtolima->

[my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?origina](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FajFZnWxtRVNiRkZwazBILVZZV0dmb0JOakEzN)

[IPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FajFZnWxtRVNiRkZwazBILVZZV0dmb0JOakEzN)

[wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FajFZnWxtRVNiRkZwazBI](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FajFZnWxtRVNiRkZwazBILVZZV0dmb0JOakEzN)

[LVZZV0dmb0JOakEzN](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FajFZnWxtRVNiRkZwazBILVZZV0dmb0JOakEzN)

Gobernación del Tolima. (15 de Diciembre de 2018). *Boletín Epidemiológico de Vigilancia*

SIVIGILA Tolima. Recuperado el 05 de Diciembre de 2019, de Observatorio de Salud

Pública del Tolima: <https://saludtolima->

[my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?origina](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGoyV2NLQWdOTUI1QmEwT)

[IPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGoyV2NLQWdOTUI1QmEwT)

[wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGo](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGoyV2NLQWdOTUI1QmEwT)

[yV2NLQWdOTUI1QmEwT](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGoyV2NLQWdOTUI1QmEwT)

Gobernación del Tolima. (14 de Diciembre de 2019). *Boletín Epidemiológico de Vigilancia*

SIVIGILA Tolima. Recuperado el 05 de Enero de 2020, de Observatorio de Salud Pública

del Tolima: <https://saludtolima->

[my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?origina](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGoyV2NLQWdOTUI1QmEwT)

[IPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9](https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FdlZzWUpOd1R2eEFwbGoyV2NLQWdOTUI1QmEwT)

wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FcWJnOVFyWDhJVk1lV2p
IY0FmOFZiZ0J6X0prT

Gobernación del Tolima. (17 de Diciembre de 2016). *Boletín Epidemiológico de Vigilancia SIVIGILA Tolima*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2019, de Observatorio de Salud Pública del Tolima: https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/info_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?originalPath=aHR0cHM6Ly9zYWx1ZHRvbGltYS1teS5zaGFyZXBvaW50LmNvbS86ZjovZy9wZXJzb25hbC9pbmZvX3NhbHVkdG9saW1hX2dvdI9jby9FaXFQblNsOFMwbEJveXN3enF2eldnMEJ2UzRHR

INS. (01 de Diciembre de 2014). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de Instituto Nacional de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>

INS. (2018). *Intento de Suicidio Colombia 2018*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de Instituto Nacional de Salud: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf

María Quiñones, C. M. (s.f). Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. *Fuerzas Militares de Colombia. Comando General. Dirección General de Sanidad Miliatar*. Bogotá, D.C, Cundinamarca, Colombia: Imprenta y Publicaciones FF.MM.

Ministerio de Salud Chile. (Octubre de 2013). *Programa Nacional de Suicidio. Orientaciones para su Implementación*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de Gobierno de Chile: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Ministerio de Salud Perú. (Abril de 2019). *Manual del Facilitador en Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado el 08 de Febrero de 2020, de minsaperú:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4793.pdf>

MSPS. (2012). *Intervenciones en Suicidio. Revisión Crítica de la Lectura. Convenio 485 de 2010*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de minalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf>

MSPS. (2013). *Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental en el Marco del Sistema General de Seguridad en Salud*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de minalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>

MSPS. (15 de Marzo de 2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Recuperado el 13 de Febrero de 2020, de minalud:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

MSPS. (25 de Julio de 2016). *Resolución Número 003202 de 2016*. Recuperado el 14 de Febrero de 2020, de minalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

MSPS. (17 de Febrero de 2016). *Resolución Número 00429 de 2016*. Recuperado el 14 de Febrero de 2020, de minalud:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

MSPS. (2018). *Boletín de Salud Mental. Conducta Suicida. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

MSPS. (2018). *Documento Borrador del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018 - 2021*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2019, de minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>

NCTSN. (2006). *Primeros Auxilios Psicológicos. Guía de Operaciones Práctica. Segunda Edición*. Recuperado el 08 de Febrero de 2020, de Red Nacional para el Estrés

Traumático Infantil: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pfa_sp.pdf

Neuromarketin, R. D. (s.f). *Psicología Humanista. Definición y Diferencias con otros Enfoques*. Recuperado el 13 de Febrero de 2020, de Psicología Práctica:

<https://psicologiapractica.es/psicologia/>

Noticias Tolima. (30 de Agosto de 2018). Tolima es el Departamento con más Suicidios En Colombia. *Alerta Tolima*. Ibaguè, Tolima, Colombia. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de Alerta Tolima: <https://www.alertatolima.com/noticias/tolima/el-tolima-es-el-quinto-departamento-con-mas-suicidios-en-colombia>

OMS. (2000). *Prevención del Suicidio, un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria*. Recuperado el 07 de Febrero de 2020, de Organización Mundial de la Salud:

https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf?ua=1

- OMS. (2001). *Prevención del Suicidio, un Instrumento para Docentes y Demás Personal Institucional*. Recuperado el 06 de Febrero de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- OMS. (2004). *El Suicidio. Un Problema de Salud Pública Enorme y sin Embargo Prevenible, según la OMS*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2019, de who.int: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- OMS. (2012). *Primera Ayuda Psicológica. Guía para Trabajadores de Campo*. Recuperado el 08 de Febrero de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1
- OPS. (2002). *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Resumen*. Recuperado el 06 de Febrero de 2020, de Organización Panamericana de la Salud: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- OPS. (2014). *Prevención del Suicidio, un Imperativo Global*. Recuperado el 20 de Febrero de 2020, de who.int: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Pablo Pascual Pascual, A. V. (04 de Mayo de 2012). *El Paciente Suicida*. Recuperado el 12 de Febrero de 2020, de Fistera: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/el-paciente-suicida/>
- Rendón, M. I., & Agudelo, J. (2011). Evaluación e Intervención en Crisis: Retos para los Contextos Universitarios. *Redalyc*, 219 - 242. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835206013.pdf>
- SALUD, O. M. (2018).

Salvo, J. (Febrero de 2007). Obtenido de <https://www.psicologiasocial.com.ar/escuela/evaluacion-grupal/>

Samperi, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A DE C.V.

SIVIGILA, A. D. (s.f.). Obtenido de <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>

Slalkeu, K. (s.f). *Intervención en Crisis*. Recuperado el 07 de Febrero de 2020, de Ser Productivo: <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Intervenci%C3%B3n-en-Crisis-Manual-para-Pr%C3%A1ctica-e-Investigaci%C3%B3n-Karl-A-Slaikeu-1.pdf>

UC. (2014). *Conocimientos y Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos por parte de los Docentes en los Colegios Urbanos de Cuenca*. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de Universidad de Cuenca:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20982/1/Tesis.pdf>

UCC. (2018). *Intervención en Primeros Auxilios Psicológicos en Emergencias por Desastres Naturales para no Psicólogos en Villavicencio*. Recuperado el 11 de Febrero de 2020, de Universidad Cooperativa de Colombia:

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6796/1/2018_intervencion_primeros_auxilios.pdf

UCOL. (s.f.). Obtenido de https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion_accion.php

UDG. (Julio de 2014). *Manual Básico de Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de Univrsidad de Guadalajara:

http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf

- UIS. (05 de Agosto de 2014). *Guía de Atención Pacientes en Crisis Emocional. Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Universidad Industrial de Santander:
https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf
- UNICEF. (Mayo de 2017). *Coomunicación, Infancia y Adolescencia. Guia para Periodistas*. Recuperado el 06 de Febrero de 2020, de
<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- URU. (Mayo de 2016). *Primeros Auxilios Psicológicos y resiliencia Frente a Eperiencias Extremas*. Recuperado el 11 de Febrero de 2020, de Universidad de la República de Uruguay:
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg-_eugenia_mendez.pdf

Anexos

Anexo A. Cuestionario sobre primeros auxilios psicológicos con relación al intento de suicidio

CUESTIONARIO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS CON RELACIÓN AL INTENTO DE SUICIDIO			
Fecha:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Edad:		Ocupación:	
La presente entrevista tiene como objetivo conocer los conocimientos que tienen los médicos y personal de enfermería del Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima frente a la aplicación de los primeros auxilios psicológicos (PAP), cuando se presenta un caso de intento de suicidio.			
Solicitamos su colaboración y permiso para utilizar la información obtenida en este proyecto, cabe recalcar que esta encuesta es con fines educativos.			
¿Conoce, cómo usted debería actuar frente a situaciones de crisis cuando le llega un paciente por intento de suicidio?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vez capacitación acerca de cómo brindar apoyo en situaciones de crisis por intento de suicidio?			
No	<input type="checkbox"/>	Sí, a través de talleres	<input type="checkbox"/>
Sí, a través de cursos presenciales	<input type="checkbox"/>	Sí, a través de cursos online	<input type="checkbox"/>
Sí, mediante diálogo con especialistas	<input type="checkbox"/>	Sí, mediante la lectura de textos	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Conoce usted qué son los primeros auxilios psicológicos?			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Independientemente de su respuesta anterior, señale las afirmaciones que usted cree que definen lo que son Primeros Auxilios Psicológicos. Puede señalar las que considere necesarias.			
Respuesta humana de apoyo a otro ser humano que está sufriendo	<input type="checkbox"/>	Ayudar a las personas para que acepten lo sucedido.	<input type="checkbox"/>
Ayudar a la persona para la expresión de sus sentimientos.	<input type="checkbox"/>	Terapia Psicológica	<input type="checkbox"/>
Dar consejos	<input type="checkbox"/>	Ayuda en lesiones físicas, primeros auxilios básicos	<input type="checkbox"/>
Ayudar para que la situación no empeore	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento	<input type="checkbox"/>
¿Qué es una crisis?			
<input type="checkbox"/>	Relación entre la persona y el ambiente, en la cual se percibe peligro		
<input type="checkbox"/>	Respuesta del organismo hacia situaciones inesperadas, que desequilibran el normal funcionamiento del individuo		
<input type="checkbox"/>	Perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes		

En una situación de crisis por intento de suicidio, señale el momento indicado para brindar Primeros Auxilios Psicológicos.			
Minutos u horas después		En cualquier momento	
Antes de las 72 horas		Después de las 72 horas	
Años después			
De las siguientes afirmaciones, señale 3 respuestas, que considere son los objetivos de mayor importancia en los primeros auxilios psicológicos			
	Dialogar con el individuo		
	Reducir el nivel de estrés inicial causado por el evento traumático		
	Proporcionar información		
	Potenciar las estrategias de afrontamiento		
	Proteger a las víctimas de sufrir más daño (físico o psicológico)		
	Permitir la libre expresión		
Según su criterio, señale ¿Quiénes pueden proporcionar primeros auxilios psicológicos?			
	Profesional de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras)		
	Religiosos		
	Familiares cercanos		
	Cualquier persona o profesional entrenado		
Indique las reacciones que podría presentar una persona ante una situación de crisis por intento de suicidio.			
Preocupación por el desastre		Agresión física	
Problemas para dormir		Agravamiento de condiciones médicas	
Cambios de apetito		Sensibilidad emocional	
Alegría		Distanciamiento emocional	
Irritabilidad, enojo y resentimiento		Miedo	
¿Considera usted, que pueden existir impactos por prestar atención en primeros auxilios psicológicos?			
Si		No	
¿Por qué?			
Para usted ¿A qué se refieren los siguientes componentes de los primeros auxilios psicológicos? Señale la opción que usted considere correcta para cada componente.			
Analizar las dimensiones del problema.		Clasificar el nivel del problema.	
		Indagar sobre las necesidades inmediatas y posteriores.	
Realizar un contacto psicológico.		Que el individuo se sienta comprendido, aceptado y apoyado.	
		Brindar seguridad al individuo.	
Sondear posibles soluciones.		Analizar las posibles soluciones u obstáculos en la ejecución de un plan.	
		Dar soluciones al individuo para solucionar sus problemas.	
Seguimiento.		Verificar el progreso del sujeto.	
		Tratamiento posterior.	
Asistir a la ejecución de pasos concretos.		Que el individuo tome un papel activo para solucionar el conflicto.	

		Responsabilizarse junto al individuo para la ejecución de soluciones	
Señale que tipos de cambios evidenció en el paciente que llegó por intento de suicidio.			
Físicos (dolores de cabeza, de estómago, fatiga, etc.)			
Afectivos (expresión de sentimientos, tristeza, ira, etc.)			
De comportamiento (hábitos de sueño, estudio, alimentación, trabajo, ocio, etc.)			
En sus relaciones interpersonales (aislamiento, dependencia)			
Cognoscitivos (pensamientos negativos, repite constantemente yo debería...)			
Señale la o las necesidades, que usted identifico en el paciente en crisis por intento de suicidio.			
Necesidades inmediatas (son urgentes como: llevarlo a una sala de emergencia, contactarlo con sus familiares, etc.)			
Necesidades mediatas (son a largo plazo como: terapia psicológica, acudir a un centro de rehabilitación .etc.)			
De las siguientes frases, señale tres que usted ha usado o usaría para tranquilizar a un paciente que llegue por intento de suicidio.			
Siento mucho que te haya pasado.		Tienes que ser fuerte.	
Tuviste una reacción normal para ese evento.		Todo va a mejorar...	
Te comprendo.		Existen problemas más graves, no es para tanto.	
Llorar no resuelve las cosas.		Ninguna de las anteriores	
Cuándo usted escucha al paciente que ingresa por intento de suicidio, señale tres actitudes que pone en práctica.			
Despojarme de mis propios criterios.			
Comprometerme a escuchar.			
Evitar ponerme a la defensiva.			
Reconocer la validez de las percepciones del individuo.			
Escuchar sin interrumpir.			
Cuando existe una crisis por intento de suicidio, las soluciones posibles provienen de: (señale una opción)			
Quien ayuda.			
Individuo en crisis.			
Familiares o amigos del individuo.			
Al momento de plantear las posibles soluciones. Señale 3 estrategias que usted utilizó			
Escuchar.			
Parfrasear (repetir lo que dijo el estudiante en crisis en mis palabras).			
Reflexión sobre los sentimientos.			
Confrontación. (Enfrentarlo con la realidad).			
Uso del silencio.			
Revelación de uno mismo (contar su propia historia).			
¿Indagó acerca de las fuentes de apoyo, con las que contaba el paciente en situación de crisis por intento de suicidio?			
No.			
Si, contaba con la familia.			
Si, contaba con los amigos.			
Si, contaba con algún Club social.			

Si, contaba con una organización religiosa.		
Si, departamento de consejería.		
Otra.		¿Cuál? _____
¿Ha verificado que sus pacientes en crisis por intento de suicidio hayan acudido a las fuentes mencionadas?		
Si		No
¿Qué tipo de seguimiento ha realizado en las o los pacientes que presentaron alguna crisis por intento de suicidio?		
No, he realizado seguimiento.		
Si, mediante contacto con las fuentes de apoyo a las que acudió.		
Si, mediante contacto con la persona que presentó la crisis.		
Otro.		Especifique. _____
¿Considera necesario capacitar sobre Primeros Auxilios Psicológicos a los médicos y paramédicos?		
Si		No
En lo que va del año ¿Cuántos casos de pacientes por intento de suicidio ha percibido?		
Ninguno.		
Uno a Tres.		
Cuatro a Seis.		
Siete a Nueve.		
Diez o Más.		

ENTREVISTADO		

Cuestionario adaptado de Espinoza, D. y Jimbo, L. (2014). Conocimientos y aplicación de primeros auxilios psicológicos por parte de los docentes en los colegios urbanos de Cuenca. (Tesis pregrado), Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20982/1/Tesis.pdf>

Anexo B. Consentimiento Informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____, identificado con documento de identidad N° _____ de _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida, para colaborar en el presente estudio, que la estudiante **NARLIS YANETH GOMEZ OLIVERO**, identificada con Cédula de ciudadanía N° 64.700.605 de Sincelejo – Sucre, me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Se me informa y acepto que los datos de la entrevista sean parte del proceso del presente estudio, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y mi derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento dado el día _____ del mes de _____ de _____

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Anexo C. Capacitación 1 suicidio

Técnica: Capacitación

Nombre de la capacitación: Suicidio

Duración de la capacitación: 1 hora

Objetivos de la capacitación: Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema del suicidio.

Sesión de la capacitación: Parte I, capacitación 1

El desarrollo de la capacitación se hizo a través de:

- Exposición participativa: la psicóloga presentaba los conceptos y su contenido teórico para promover que los participantes opinaran y realizaran preguntas sobre los conceptos.
- En todo momento se respetó la opinión de todos los participantes.
- La psicóloga siempre estuvo abierta a las preguntas y dudas que surgieron durante toda la capacitación, hubieron varias preguntas que no pudo contestar en el momento, sin embargo se apoyó en el grupo y preguntaba: ¿Alguien puede contestar la pregunta o comentar al respecto? En el caso que las preguntas no fueron respondidas en la próxima sesión les llevaba las respuestas.

En la primera sesión se les explicó a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo qué es el suicidio , factores de riesgo suicida y la clasificación del riesgo de suicidio, seguidamente se les explicó a los participantes que para que aprendieran a desempeñarse primero que todo lo tenían que hacer bajo la supervisión de la psicóloga, solo tenían que poner de su parte y prestar atención a lo que ella les explicaba, una vez la psicóloga les explicó todos los temas de esta

sesión, les permitió que se desempeñaran solos a lo cual cada uno de los participantes pasó al frente y expuso uno de los temas anteriormente visto, seguidamente la psicóloga Narlis les pasó una hoja en blanco y les hizo una evaluación de los temas expuestos por cada uno de sus compañeros, algunos de ellos no supieron las respuestas a algunas preguntas, por lo cual se repitieron los temas nuevamente para que los participantes captaran correctamente dichos temas, finalmente los participantes asimilaron todo el material sobre el suicidio, para lo cual puede afianzar sus conocimientos capacitando a los nuevos compañeros que lleguen a trabajar en el área de urgencias.

Retroalimentación: Al final de la capacitación la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

“¿Qué tanto afectan en una persona los antecedentes familiares de suicidio?” (ARAMF62).

“¿Qué diferencia hay entre ideación suicida y conducta suida?” (VJGCM31).

“¿Qué es un gesto suida?” (NCUGF35)

Anexo D. Capacitación 2 suicidio

Técnica: Capacitación

Nombre de la capacitación: Suicidio

Duración de la capacitación: 1 hora

Objetivos de la capacitación: Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema del suicidio.

Sesión de la capacitación: Parte I, capacitación 2

El desarrollo de la capacitación se hizo a través de:

- Exposición participativa: la psicóloga presentaba los conceptos y su contenido teórico para promover que los participantes opinaran y realizaran preguntas sobre los conceptos.
- En todo momento se respetó la opinión de todos los participantes.
- La psicóloga siempre estuvo abierta a las preguntas y dudas que surgieron durante toda la capacitación, hubieron varias preguntas que no pudo contestar en el momento, sin embargo se apoyó en el grupo y preguntaba: ¿Alguien puede contestar la pregunta o comentar al respecto? En el caso que las preguntas no fueron respondidas en la próxima sesión les llevaba las respuestas.

En la segunda sesión se les explicó a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo cuales son los factores protectores contra el comportamiento suicida, los tipos de prevención del suicidio y las teorías sobre el suicidio, seguidamente al igual que en la primera sesión, se les explicó a los participantes que para que aprendieran a desempeñarse primero que todo lo tenían que hacer bajo la supervisión de la psicóloga, solo tenían que poner de su parte y prestar atención a lo que ella les explicaba, una vez la psicóloga les explicó todos los temas de esta sesión, les

permitió que se desempeñaran solos a lo cual cada uno de los participantes pasó al frente y expuso uno de los temas anteriormente visto, seguidamente la psicóloga Narlis les pasó una hoja en blanco y les hizo una evaluación de los temas expuestos por cada uno de sus compañeros, algunos de ellos no supieron las respuestas a algunas preguntas, por lo cual se repitieron los temas nuevamente para que los participantes captaran correctamente dichos temas, finalmente los participantes asimilaron todo el material sobre el suicidio, para lo cual puede afianzar sus conocimientos capacitando a los nuevos compañeros que lleguen a trabajar en el área de urgencias.

Retroalimentación: después de la capacitación la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

“¿Cuándo llegue una persona con intento de suicidio, ya no debemos llamar a la psicóloga de la alcaldía porque nosotros podríamos atender el caso mientras ella llega?” (YPCAF29)

“Si ya estoy capacitado en primeros auxilios psicológicos pero la persona no se deja ayudar, ¿Qué puedo hacer en ese caso?” (LVAVF29)

Anexo E. Capacitación 1 primeros auxilios psicológicos

Técnica: Capacitación

Nombre de la capacitación: Primeros auxilios psicológicos

Duración de la capacitación: 1 hora

Objetivos de la capacitación: Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos.

Sesión de la capacitación: Parte II, capacitación 1

El desarrollo de la capacitación se hizo a través de:

- Exposición participativa: la psicóloga presentaba los conceptos y su contenido teórico para promover que los participantes opinaran y realizaran preguntas sobre los conceptos.
- En todo momento se respetó la opinión de todos los participantes.
- La psicóloga siempre estuvo abierta a las preguntas y dudas que surgieron durante toda la capacitación, hubieron varias preguntas que no pudo contestar en el momento, sin embargo se apoyó en el grupo y preguntaba: ¿Alguien puede contestar la pregunta o comentar al respecto? En el caso que las preguntas no fueron respondidas en la próxima sesión les llevaba las respuestas.

En la primera sesión se les explicó a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo la forma correcta de prestar los primeros auxilios psicológicos, cuales son los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, cómo intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos, cuales son los elementos para tener en cuenta cuando se prestan primeros auxilios psicológicos, quien, cuando y donde prestar los primeros auxilios psicológicos y los objetivos de los primeros auxilios psicológicos, seguidamente al igual que en la primera y

segunda sesión, se les explicó a los participantes que para que aprendieran a desempeñarse primero que todo lo tenían que hacer bajo la supervisión de la psicóloga, solo tenían que poner de su parte y prestar atención a lo que ella les explicaba, una vez la psicóloga les explicó todos los temas de esta sesión, les permitió que se desempeñaran solos a lo cual cada uno de los participantes pasó al frente y expuso uno de los temas anteriormente visto, seguidamente la psicóloga Narlis les pasó una hoja en blanco y les hizo una evaluación de los temas expuestos por cada uno de sus compañeros, algunos de ellos no supieron las respuestas a algunas preguntas, por lo cual se repitieron los temas nuevamente para que los participantes captaran correctamente dichos temas, finalmente los participantes asimilaron todo el material sobre los primeros auxilios psicológicos, para lo cual puede afianzar sus conocimientos capacitando a los nuevos compañeros que lleguen a trabajar en el área de urgencias.

Retroalimentación: después de la capacitación la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

“¿Los primeros auxilios psicológicos son diferentes a una intervención en crisis?”

(MMMM30)

“¿Todas las personas que consultan por intento de suicidio deben ser remitidas a psiquiatría?” (ARAMF62)

Anexo F. Capacitación 2 primeros auxilios psicológicos

Técnica: Capacitación

Nombre de la capacitación: Primeros auxilios psicológicos

Duración de la capacitación: 1 hora

Objetivos de la capacitación: Transmitir los conocimientos necesarios a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en cuanto al tema de los primeros auxilios psicológicos.

Sesión de la capacitación: Parte II, capacitación 2

El desarrollo de la capacitación se hizo a través de:

- Exposición participativa: la psicóloga presentaba los conceptos y su contenido teórico para promover que los participantes opinaran y realizaran preguntas sobre los conceptos.
- En todo momento se respetó la opinión de todos los participantes.
- La psicóloga siempre estuvo abierta a las preguntas y dudas que surgieron durante toda la capacitación, hubieron varias preguntas que no pudo contestar en el momento, sin embargo se apoyó en el grupo y preguntaba: ¿Alguien puede contestar la pregunta o comentar al respecto? En el caso que las preguntas no fueron respondidas en la próxima sesión les llevaba las respuestas.

En la segunda sesión se les explicó a los médicos y paramédicos del hospital Ismael Perdomo la forma correcta de prestar los primeros auxilios psicológicos, cuales son los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, cómo intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos, cuales son los elementos para tener en cuenta cuando se prestan primeros auxilios psicológicos, quien, cuando y donde prestar los primeros auxilios psicológicos y los objetivos de los primeros auxilios psicológicos, seguidamente al igual que en la primera y

segunda sesión, se les explicó a los participantes que para que aprendieran a desempeñarse primero que todo lo tenían que hacer bajo la supervisión de la psicóloga, solo tenían que poner de su parte y prestar atención a lo que ella les explicaba, una vez la psicóloga les explicó todos los temas de esta sesión, les permitió que se desempeñaran solos a lo cual cada uno de los participantes pasó al frente y expuso uno de los temas anteriormente visto, seguidamente la psicóloga Narlis les pasó una hoja en blanco y les hizo una evaluación de los temas expuestos por cada uno de sus compañeros, algunos de ellos no supieron las respuestas a algunas preguntas, por lo cual se repitieron los temas nuevamente para que los participantes captaran correctamente dichos temas, finalmente los participantes asimilaron todo el material sobre los primeros auxilios psicológicos, para lo cual puede afianzar sus conocimientos capacitando a los nuevos compañeros que lleguen a trabajar en el área de urgencias.

Retroalimentación: después de la capacitación la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

“¿Se necesita ser personal de salud o psicólogo para poder prestar los primeros auxilios psicológicos?” (LVAVF29)

Anexo G. Taller 1 crisis

Técnica: Taller

Nombre del taller: Crisis

Duración del taller: 1 hora

Objetivos del taller: Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael

Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de una crisis en personas con conducta suicida

Sesión del taller: Parte III, taller 1

El desarrollo del taller se hizo a través de:

- **Dinámicas:** donde se hicieron actividades vivenciales como introducción a actividades entretenidas para motivar la atención, propiciar integración y generar movimiento corporal para fomentar la disposición al taller.
- **Presentaciones:** Tanto los médicos como los paramédicos compartían las experiencias que habían tenido en el área de urgencia cuando les llegaba un paciente por intento de suicidio.

En la primera sesión al principio los médicos y paramédicos se mostraron animados por estar dentro de esta actividad de la cual indicaron esperaban aprender cosas nuevas que le ayudaran en su profesión, después de que cada participante se presentara y mencionara que esperaba del taller, se explicó que es una crisis, las características de la intervención en crisis, cuáles son los objetivos de la atención en crisis y la intervención en crisis de primera instancia, los participantes expresaron sus dudas sobre el tema, alguien del grupo expresó ***“son pocas las veces que llega alguien con una crisis fuerte debido a que en su mayoría de veces los pacientes llegan por intoxicación voluntaria como intento de suicidio”*** (JVFD33).

Retroalimentación: después del taller la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

Anexo H. Taller 2 crisis

Técnica: Taller

Nombre del taller: Crisis

Duración del taller: 1 hora

Objetivos del taller: Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael

Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de una crisis en personas con conducta suicida

Sesión del taller: Parte III, taller 2

El desarrollo del taller se hizo a través de:

- **Dinámicas:** donde se hicieron actividades vivenciales como introducción a actividades entretenidas para motivar la atención, propiciar integración y generar movimiento corporal para fomentar la disposición al taller.
- **Presentaciones:** Tanto los médicos como los paramédicos compartían las experiencias que habían tenido en el área de urgencia cuando les llegaba un paciente por intento de suicidio.

En la segunda sesión inicialmente se realizó una lluvia de ideas con la información que los médicos y paramédicos tenían acerca del tema, seguidamente se explicó los signos y síntomas de una crisis, como intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos, aplicación de los primeros auxilios psicológicos y que hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos cuando se presenta una crisis, los participantes expresaron sus dudas sobre el tema, alguien del grupo expresó *“este evento llega a menudo por el área de urgencias, pero como tal, nunca he intervenido en una crisis prestando los primeros auxilios psicológicos”* (LMCUF27), uno de los participantes indicó *“es importante que este tema se aborde en el*

hospital, ya que la implementación de estos talleres ayudan en mi desarrollo integral porque permite que se tenga un mayor conocimiento sobre el tema” (NCUGF35).

Retroalimentación: después del taller la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

Anexo I. Taller 1 valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

Técnica: Taller

Nombre del taller: Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

Duración del taller: 1 hora

Objetivos del taller: Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de la valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

Sesión del taller: Parte IV, taller 1

El desarrollo del taller se hizo a través de:

- **Dinámicas:** donde se hicieron actividades vivenciales como introducción a actividades entretenidas para motivar la atención, propiciar integración y generar movimiento corporal para fomentar la disposición al taller.
- **Presentaciones:** Tanto los médicos como los paramédicos compartían las experiencias que habían tenido en el área de urgencia cuando les llegaba un paciente por intento de suicidio.

En la primera sesión se les explicó a los médicos y paramédicos la identificación de mitos y realidades, la evaluación de la conducta suicida, la atención clínica según la clasificación del riesgo de suicidio y la alta voluntaria, luego se le pidió a cada uno de los participantes que escribieran una anécdota sobre un evento de conducta suicida sin colocar su nombre, la psicóloga recogió los escritos y los mezcló, luego los repartió, cuando los participantes finalizaron la actividad, se les pidió que cada uno leyera frente al grupo la anécdota que le tocó, al finalizar esta actividad se pudo obtener sus opiniones acerca de lo que escribieron, un integrante del grupo

dijo *“una vez cometí el error con un paciente que llegó por intento de suicidio, pues lo regañé porque se quejaba y la verdad no sabía que eso no se podía hacer al prestarle los primeros auxilios psicológicos”* (ARAMF62), otro de los participantes expresó *”me dio mucha pena cuando el Dr. (JVFD33) leía la anécdota mía, debido a que escribí cosas que no se deben decir cuando un paciente está en crisis”* (YPCAF29), otro participante dijo *“una vez le hice creer a un paciente que el que se va a matar no lo dice, y después de la capacitación me di cuenta que eso no es un mito sino una realidad”* (ILRAF30) y por ultimo otra persona expresó *“todo esto es debido a la falta de conocimiento, huy no que pena”* (RMHHF39).

Retroalimentación: después del taller la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

Anexo J. Taller 2 valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

Técnica: Taller

Nombre del taller: Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

Duración del taller: 1 hora

Objetivos del taller: Aplicar un taller al personal médico y paramédico del hospital Ismael Perdomo de Villahermosa – Tolima en el manejo de la valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

Sesión del taller: Parte IV, taller 2

El desarrollo del taller se hizo a través de:

- **Dinámicas:** donde se hicieron actividades vivenciales como introducción a actividades entretenidas para motivar la atención, propiciar integración y generar movimiento corporal para fomentar la disposición al taller.
- **Presentaciones:** Tanto los médicos como los paramédicos compartían las experiencias que habían tenido en el área de urgencia cuando les llegaba un paciente por intento de suicidio.

En la segunda sesión se les explicó a los médicos y paramédicos qué era una red de apoyo social o familiar, como notificar al sistema de vigilancia en salud pública, cuáles eran las recomendaciones para prestar primeros auxilios psicológicos y cuáles eran las preguntas específicas para evaluar la conducta suicida, seguidamente se les pidió que escribieran en una hoja en blanco, cuál de esos cuatro temas era el que más se le dificultaba cuando le llegaba un paciente con conducta suicida, después de haber terminado esa actividad, se les integró en equipo de tres para que ahora reflexionaran que podían hacer manejar esa dificultad, esta vez los

participantes fueron más específicos al hablar de aquellas situaciones, pues cada uno logró identificar qué cambio debería hacer, en la que sobre todo se resaltó la importancia de la red de apoyo social o familiar, al final cada equipo expuso frente al grupo los cambios que se podían hacer, por lo que con esto cada uno pudo reconocer los aspectos importantes al hacer una valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida, uno de los participantes expresó ***“Se lo importante que es notificar a salud pública este tipo de eventos, pero lo mamón de eso es que le devuelven la ficha epidemiológica a uno y a veces es por un numerito del código del municipio” (LMCUF27)***

Retroalimentación: después del taller la psicóloga daba retroalimentación a los participantes para fortalecer sus aprendizajes.

Anexo K. Evaluación de reacción

EVALUACIÓN DE REACCIÓN

TEMA:

--

INSTRUCTOR:

--

FECHA:

--

RESPONSABLE:

--

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

--

EDAD:

--

CARGO

--

Su opinión es importante para garantizar la calidad de la capacitación, esto ayudará a un continuo mejoramiento de programas futuros.

Instrucciones: Marque en cada casillero de respuestas una calificación a su elección en base a la siguiente escala:

ESCALA

Malo	Regular	Bueno	Malo
1	2	3	4

CALIFICACIÓN

FACILITADOR:

Las explicaciones del instructor fueron claras y comprensibles

--

Generó un ambiente de participación.

--

El instructor usó eficientemente el tiempo.

--

Atendió adecuadamente a las preguntas de los participantes.

--

Evidenció dominio del tema.

--

Me gustaría volver a trabajar con este instructor.

--

CONTENIDOS

Se cumplieron los objetivos del curso.

Se presentaron contenidos actualizados.

Los contenidos son coherentes con los objetivos del curso.

Los conocimientos aprendidos son aplicables a su puesto.

Las condiciones institucionales permiten aplicar lo aprendido en su lugar de trabajo.

MATERIAL DE APOYO

Los materiales tienen buena presentación y organización.

Permiten profundizar las temáticas del curso.

Contiene no solamente material visual sino también didáctico.

Se usaron ayudas audiovisuales de manera efectiva.

LOGÍSTICA

Existió una buena organización del taller o capacitación.

Las condiciones físicas y ambientales (ruido, iluminación, temperatura, espacio) favorecieron la realización del taller o capacitación.

Fue notificado con oportunidad sobre la fecha, lugar y hora del taller o capacitación.

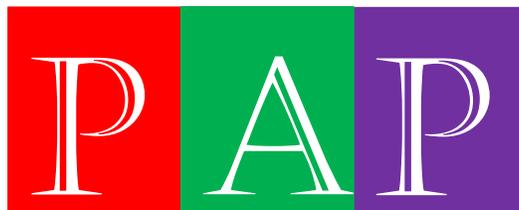
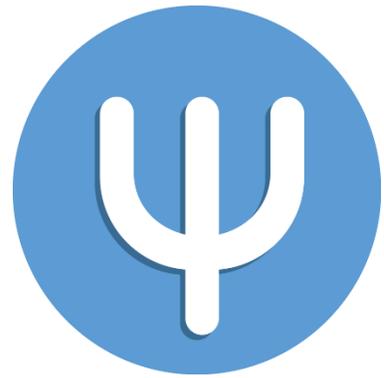
RECOMENDACIONES:

Gracias por su colaboración

Anexo L. Cartilla de primeros auxilios psicológicos

CARTILLA DE
PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLOGICOS

HOSPITAL ISMAEL PERDOMO DE VILLAHERMOSA
NIT: 890704505-9



2021

Presentación

I. PARTE UNO (Suicidio).....	9
1. Suicidio.....	10
1.1 Conducta suicida.....	10
1.2 Ideación suicida.....	10
1.3 Plan suicida.....	10
1.4 Intento de suicidio.....	10
1.5 Suicidio Consumado.....	10
1.6 Suicidabilidad.....	11
1.7 Parasuicidio (o Gesto Suicida).....	11
2. Factores de Riesgo Suicida.....	11
2.1 Factores Sociodemográficos.....	11
2.1.1 Edad.....	11
2.1.2 Sexo.....	11
2.1.3 Los métodos utilizados en el acto suicida también varían según.....	11
2.1.3.1 Sexo.....	11
2.1.3.2 Lugar de Residencia.....	11
2.1.3.3 Estado Civil.....	11
2.1.3.4 Religión.....	12
2.1.3.5 Origen Étnico.....	12
2.1.3.6 Nivel Socioeconómico.....	12
2.1.3.7 Situación Ocupacional.....	12
2.2 Factores Biopsicosociales.....	12
2.2.1 Trastornos mentales.....	12
2.2.2 Intentos de suicidio previos.....	12
2.2.3 Antecedentes familiares de suicidio.....	13
2.2.4 Rasgos de Personalidad.....	13
2.2.5 Historia de trauma o abuso.....	13
2.2.6 Algunas enfermedades físicas importantes.....	13
2.2.7 Desesperanza.....	13
2.3 Factores Ambientales.....	13

2.3.1	Dificultades económicas.....	13
2.3.2	Pactos suicidas.....	13
2.3.3	Disponibilidad y fácil acceso a medios letales.....	14
2.3.4	Falta de apoyo social y sensación de aislamiento.....	14
2.3.5	Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental.....	14
2.3.6	Enjambres suicídales y efecto imitación.....	14
2.3.7	Creencias culturales.....	14
3.	Clasificación del riesgo de suicidio.....	15
3.1	Alto.....	15
3.2	Indeterminado.....	15
3.3	Bajo.....	15
4.	Factores Protectores contra el Comportamiento Suicida.....	15
4.1	Patrones familiares.....	15
4.2	Estilo cognitivo y personalidad.....	15
4.3	Factores culturales y sociodemográficos.....	15
5.	Tipos de Prevención del suicidio.....	16
5.1	Prevención Indirecta.....	16
5.2	Prevención Directa.....	16
6.	Teorías sobre el Suicidio.....	16
6.1	Teorías Cognitivas.....	16
6.1.1	Visión Negativa del Futuro.....	16
6.1.2	Visión Negativa de sí mismo.....	16
6.1.3	Visión Negativa de los otros, el problema o situación.....	16
6.2	Teoría Psicoanalítica: Freud.....	16
6.3	Teoría Sociológica del Suicidio. Durkeim.....	17
6.3.1	La integración social se asocia con.....	17
6.3.2	La regulación social se relaciona con.....	17
II.	PARTE DOS (Primeros auxilios psicológicos).....	18
7.	Primeros Auxilios Psicológicos.....	19
8.	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.....	19
8.1	Realización del contacto.....	19

8.2 Examen de las dimensiones del problema.....	19
8.2.1 El pasado inmediato.....	19
8.2.2 El presente.....	19
8.2.3 El futuro inmediato.....	20
8.3 Sondear las posibles soluciones.....	20
8.4 Asistir en la ejecución de pasos concretos.....	20
8.5 Seguimientos para verificar el progreso.....	20
9. Cómo intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos.....	20
10. Elementos para tener en cuenta cuando se prestan primeros auxilios psicológicos.....	21
10.1 Oportunidad.....	21
10.2 Metas.....	21
10.3 Valoración.....	21
10.4 Finalidad.....	21
11. Quien, Cuando y Donde prestar los primeros auxilios psicológicos.....	21
11.1 ¿Para quién es la primera ayuda psicológica?.....	21
11.2 ¿Cuándo se proporciona la primera ayuda psicológica?.....	22
11.3 ¿Dónde se puede proporcionar la primera ayuda psicológica?.....	22
12. Los objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos.....	22
12.1 Proporcionar apoyo.....	22
12.2 Reducir la mortalidad.....	22
12.3 Ser el nexo de unión con recursos de ayuda.....	22
13. Importancia de los primeros auxilios psicológicos como factor de prevención.....	23
14. Principios técnicos utilizados en los primeros auxilios psicológicos.....	23
14.1 Observar.....	23
14.2 Escuchar.....	23
14.3 Conectar.....	23
15. Atención clínica según la clasificación del riesgo de suicidio.....	23
15.1 Paciente clasificado como en riesgo bajo.....	24
15.2 Paciente clasificado como en riesgo indeterminado.....	24
15.3 Paciente clasificado como en riesgo alto.....	24
16. ¿Cómo prepararse para brindar PAP?.....	25

17. ¿Cómo brindar PAP?.....	25
17.1 Busque un espacio de privacidad.....	25
17.2 Clima de confianza.....	25
III. PARTE TRES (Crisis).....	26
18. Crisis.....	27
19. Características de la intervención en crisis.....	27
19.1 Evento peligroso o incidente crítico.....	27
19.2 Estado vulnerable.....	27
19.3 Estado de crisis activo.....	27
19.4 Agotamiento.....	27
19.5 Choque.....	27
20. ¿Cuáles son los objetivos de la atención en crisis?.....	28
21. Intervención en crisis de primera instancia.....	28
21.1 Características.....	28
21.1.1 ¿Por cuánto tiempo?.....	28
21.1.2 ¿Por parte de quién?.....	28
21.1.3 ¿Dónde?.....	28
21.1.4 ¿Cuáles son las metas?.....	28
21.1.5 ¿Cuál es el procedimiento?.....	29
22. Signos y síntomas.....	29
23. Como intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos.....	29
24. Aplicación de los primeros auxilios psicológicos.....	30
25. Que hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos cuando se presenta una crisis.....	31
II. PARTE CUATRO (Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida).....	32
26. Identificación de mitos y realidades.....	33
27. Evaluación de la conducta suicida.....	37
27.1 Lineamientos generales.....	37
27.1.1 Escuche respetuosamente.....	37
27.1.2 Tómelo con seriedad.....	38
27.1.3 No tema preguntar si la persona muestra depresión o ha abrigado pensamientos de suicidio.....	38

27.1.4 No se deje engañar.....	38
27.1.5 Sea positivo y solidario.....	38
27.1.6 Evalúe los recursos disponibles:.....	38
27.1.7 Actúe con eficacia.....	39
27.2 Evaluación general.....	39
27.3 Evaluación de pensamientos, planes y conductas suicidas.....	39
27.4 Evaluación y clasificación del riesgo de suicidio.....	39
28. Atención clínica según la clasificación del riesgo de suicidio.....	39
28.1 Paciente clasificado como en riesgo bajo.....	39
28.2 Paciente clasificado como en riesgo indeterminado.....	40
28.3 Paciente clasificado como en riesgo alto.....	40
29. Alta voluntaria.....	40
30. Red de apoyo social o familiar.....	41
31. Notificación al sistema de vigilancia en salud pública.....	41
32. Recomendaciones para prestar primeros auxilios psicológicos.....	42
33. Preguntas específicas para evaluar la conducta suicida.....	43
Referencias.....	44

PRESENTACIÓN

Este manual centra su atención en los primeros auxilios psicológicos que el personal médico y paramédico debe prestar a los pacientes que ingresan al hospital Ismael Perdomo por intento de suicidio.

Por tal razón se hace necesario capacitar al personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo con herramientas prácticas para realizar la primera ayuda psicológica, ya que con esta primera intervención se busca minimizar la probabilidad de los efectos debilitantes y por ende la pérdida de un paciente por intento de suicidio.

Esta intervención al ser oportuna permite de una forma u otra un mayor bienestar de los pacientes que ingresan al Hospital Ismael Perdomo por intento de suicidio mientras se realiza la intervención del profesional en psicología, ya que minimiza el número de personal que pueda desarrollar patologías o conductas disfuncionales mucho más severas, así como también se disminuye el riesgo de agresiones personales e interpersonales.

Los primeros auxilios psicológicos son el apoyo inmediato que se da a las personas en el primer contacto que se tiene, no necesariamente la debe brindar un profesional de la salud mental, la persona que la preste debe tener entrenamiento para ello, que le permita reconocer sus limitaciones y alcances, de ahí la importancia de esta cartilla como herramienta de capacitación al personal médico y paramédico del Hospital Ismael Perdomo que son los directamente implicados cuando llega un paciente al servicio de urgencia por intento de suicidio.

PARTE UNO

1 SUICIDIO

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. Lo más significativo es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes. Identificar a estas personas de alto riesgo y proporcionarles seguimiento y apoyo debe ser un componente clave de todas las estrategias integrales de prevención del suicidio (OPS, 2014).

1.1 CONDUCTA SUICIDA.

Es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015) (MSPS, 2018).

1.2 IDEACIÓN SUICIDA.

“Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MSPS, 2018).

1.3 PLAN SUICIDA.

Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento (MSPS, 2018).

1.4 INTENTO DE SUICIDIO.

Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta (Ministerio de Salud Chile, 2013).

1.5 SUICIDIO CONSUMADO.

Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación (Ministerio de Salud Chile, 2013).

1.6 SUICIDABILIDAD.

Un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida (Ministerio de Salud Chile, 2013).

1.7 PARASUICIDIO (O GESTO SUICIDA).

Acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida (Ministerio de Salud Chile, 2013).

2. FACTORES DE RIESGO SUICIDA

2.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

2.1.1 EDAD.

El riesgo de suicidio aumenta con la edad, situándose habitualmente en edades superiores a los 40 años. El 25% de los suicidios se dan en personas mayores de 65 años, con un pico máximo para varones mayores de 75 años. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.2 SEXO.

Los hombres presentan tasas de suicidios de dos a tres veces mayores que las mujeres. Sin embargo, las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3 LOS MÉTODOS UTILIZADOS EN EL ACTO SUICIDA TAMBIÉN VARÍAN SEGÚN:

2.1.3.1 SEXO.

Los hombres tienden a emplear métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicótrópos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3.2 LUGAR DE RESIDENCIA.

Los suicidios son más frecuentes entre personas que viven en sectores urbanos, sin embargo, la letalidad en las zonas rurales es más alta, presumiblemente por la lejanía de los servicios de urgencia. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3.3 ESTADO CIVIL.

Las personas divorciadas presentan mayores tasas de suicidio que las personas viudas, y éstas, a su vez, presentan mayores tasas suicidio que las personas solteras. Considerando el estado civil, son las personas casadas las que presentan las menores tasas de suicidio, sobre todo en los hombres. Para las mujeres, la menor tasa de suicidio la presentan las mujeres con hijos menores de 2 años. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3.4 RELIGIÓN.

Existe una relación inversa entre el grado de aprobación del suicidio y el grado de práctica religiosa, independientemente de la religión que se profese. Las tasas de suicidio son mayores entre los católicos en comparación con los judíos, y estos últimos presentan tasas de suicidio mayores que los protestantes. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3.5 ORIGEN ÉTNICO.

Estudios realizados en Estados Unidos mostraron que el suicidio en ese país es más frecuente en la población blanca. Por su parte, la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comportan un aumento del riesgo de suicidio, el cual se reduce al emigrar con toda la familia. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3.6 NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Tanto los suicidios como los intentos de suicidio son más frecuentes en personas desempleadas, siendo más relevante la pérdida de estatus social que la propia condición socioeconómica. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.1.3.7 SITUACIÓN OCUPACIONAL.

Las personas con un trabajo u ocupación estable se suicidan menos que las desempleadas. Por otra parte, hay ciertas áreas de ocupación que presentan mayores tasas de suicidio que otras, por ejemplo, el área artística, el área de la salud, el área de gendarmería, entre otras. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2 FACTORES BIOPSIICOSOCIALES.

2.2.1 TRASTORNOS MENTALES.

Las personas con trastornos mentales presentan un riesgo de suicidio 10 veces mayor, especialmente aquellas que padecen trastornos del ánimo, esquizofrenia, ansiedad, ciertos trastornos de personalidad, trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Estudios posteriores a la muerte han demostrado que cerca del 90% de las personas que cometieron suicidio, padecían una enfermedad mental. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2.2 INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS.

Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados de tentativa de suicidio o de muerte por suicidio, más especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a una tentativa. Cualquier manifestación de suicidalidad conlleva un mayor peligro de muerte por suicidio. La presencia de ideación suicida puede elevar 30 veces la probabilidad de autoeliminación. Los sujetos que han realizado un intento de suicidio, tienen un riesgo de consumación que es cien veces mayor al de la población general, durante el año siguiente al evento. Antes de 24 meses, repetirá la tentativa alrededor de un 30 por ciento, y eventualmente se auto eliminará entre el 10 y 20 por ciento de las veces. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO.

Los antecedentes familiares de suicidio constituyen igualmente un riesgo ocho veces mayor de comportamiento suicida, en comparación con la población general. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2.4 RASGOS DE PERSONALIDAD.

Rasgos como la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismos y hacia los demás), tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, se asocian a un mayor riesgo de suicidio. Algunas dimensiones de la personalidad parecen afectar de diferente modo a la suicidalidad, por ejemplo, la extraversión atenuaría las inclinaciones suicidas, y el psicoticismo ejercería un efecto inverso. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2.5 HISTORIA DE TRAUMA O ABUSO.

Las adversidades de la niñez, incluyendo abuso físico, emocional y sexual, conducen a un riesgo substancialmente más alto para el suicidio. Del mismo modo, la violencia hacia la mujer es uno de los precipitantes más significativos del suicidio femenino. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2.6 ALGUNAS ENFERMEDADES FÍSICAS IMPORTANTES.

Enfermedades somáticas, tales como cáncer

(Especialmente respiratorio y gastrointestinal), insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, y SIDA, entre otras, presentan tasas más elevadas de suicidio que la población general. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.2.7 DESESPERANZA.

Esta es la principal característica cognitiva de las personas suicidas, es el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos suicidas. Se correlaciona con la severidad de las tentativas suicidas, es más intensa cuando predominan motivaciones más claramente autodestructivas, y es un predictor de repetición. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3 FACTORES AMBIENTALES.

2.3.1 DIFICULTADES

ECONÓMICAS.

La pérdida del trabajo y los reveses financieros importantes (que frecuentemente conducen al endeudamiento), se asocian fuertemente al suicidio. Esto es más frecuente en países en desarrollo, donde la Seguridad Social no existe o es limitada. En población joven, altos niveles de desempleo se han asociado a tasas más altas de suicidio. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3.2 PACTOS SUICIDAS.

Un pacto suicida es un arreglo mutuo entre dos o más personas a morir juntos en el mismo tiempo, y generalmente, en el mismo lugar. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

A menudo, es uno de los participantes el “dominante” que instiga a la idea. Los pactos de suicidio y los suicidios de la familia son frecuentes en la India, China y Sri Lanka. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3.3 DISPONIBILIDAD Y FÁCIL ACCESO A MEDIOS LETALES.

La disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida, constituye un riesgo importante de comportamiento suicida, del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3.4 FALTA DE APOYO SOCIAL Y SENSACIÓN DE AISLAMIENTO.

La desintegración de una unión o de una relación significativa, los conflictos interpersonales, la falta las relaciones significativas y la carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen a menudo a un sentido del aislamiento verdadero o imaginado que se ha asociado perceptiblemente a un riesgo más alto del suicidio. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3.5 NULA O ESCASA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS, ESPECIALMENTE EN SALUD MENTAL.

En los países en desarrollo, más de 2/3 de los

Servicios de salud, combinado con el uso de medios altamente letales. En los países desarrollados, muchos de los intentos no llegan a suicidios consumados, gracias a la ayuda médica más oportuna y al alcance de toda la población. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3.6 ENJAMBRES SUICÍDALES Y EFECTO IMITACIÓN.

El efecto imitación es el proceso por el cual un suicidio ejerce un efecto de modelo imitable para personas que intentan o cometen suicidios posteriores, mientras que el enjambre es un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad, temporal y/o geográfica, con o sin vínculo directo entre ellos. El concepto de contagio es el proceso por el cual un suicidio dado, facilita la ocurrencia de otro suicidio, independientemente del conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

2.3.7 CREENCIAS CULTURALES.

Las tasas de suicidio tienden a ser altas en los países en donde sus culturas divinizan y exaltan el suicidio, o lo ven como algo “romántico”. En algunos países, el suicidio está, incluso, aprobado en ciertas circunstancias y se considera como muerte honorable.

(Ministerio de Salud Chile, 2013)

3. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO.

Se clasifica a la persona, con respecto al riesgo de futura conducta suicida, así:

3.1 ALTO.

Cuando la persona persiste con las ideas de muerte y suicidio, además de tener un plan estructurado y los medios al alcance para concretarlas. Cuando las ideas de muerte y suicidio ocurren en una depresión bipolar. De igual manera, se considera en alto riesgo la persona que teniendo ideación suicida sin un plan estructurado de muerte, tiene más factores de riesgo que protectores y no cuenta con una sólida red de apoyo. (Alcaldía de Medellín, 2015)

3.2 INDETERMINADO.

La persona puede resultar ambivalente o ambigua en algunas ocasiones, difícil de determinar riesgo alto o bajo por parte del evaluador. (Alcaldía de Medellín, 2015)

3.3 BAJO.

Cuando la persona presenta ideación de muerte; sin embargo, no ha pensado en materializarla, cuenta con factores protectores y red de apoyo. (Alcaldía de Medellín, 2015)

4. FACTORES PROTECTORES CONTRA EL COMPORTAMIENTO SUICIDA.

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

4.1 PATRONES FAMILIARES.

- Buena relación con los miembros de la familia.
- Apoyo de la familia. (OMS, 2001)

4.2 ESTILO COGNITIVO Y PERSONALIDAD.

- Buenas habilidades sociales.
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.
- Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
- Receptividad hacia conocimientos nuevos. (OMS, 2001)

4.3 FACTORES CULTURALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS.

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Buenas relaciones con sus compañeros.

- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.

- Apoyo de personas relevantes.

(OMS, 2001)

5. TIPOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

5.1 PREVENCIÓN INDIRECTA.

Encaminada a la reducción de los métodos suicidas y problemas subyacentes como la enfermedad mental, el abuso de alcohol y drogas, la enfermedad física, las situaciones de crisis, etc., al conocimiento de los factores de riesgo que predisponen su aparición y al fortalecimiento de factores protectores. (María Quiñones, s.f)

5.2 PREVENCIÓN DIRECTA.

Acciones dirigidas a detectar e intervenir oportunamente en las personas que registran ideas suicidas, afrontando crisis que orienten a proteger la persona de la posibilidad de hacerse daño, mediante acompañamiento y fortalecimiento de sus recursos psicológicos.

(María Quiñones, s.f)

6. TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO.

6.1 TEORÍAS COGNITIVAS.

En las teorías cognitivas, Aarón Beck ha examinado la función de los estados emocionales Como la desesperanza en la patogenia de la

Depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual. (Barrios M, 2008)

6.1.1 VISIÓN NEGATIVA DEL FUTURO.

Expectativas no realistas de un continuo sufrimiento, frustración, dificultad y aislamiento. (Barrios M, 2008)

6.1.2 VISIÓN NEGATIVA DE SÍ MISMO.

Sentimiento de incompetencia, desesperanza y con carencia afectiva. (Barrios M, 2008)

6.1.3 VISIÓN NEGATIVA DE LOS OTROS, EL PROBLEMA O SITUACIÓN.

Sentirse no querido y aceptado por otros, problemas insuperables, irresolubles e insoportables. (Barrios M, 2008)

6.2 TEORÍA PSICOANALÍTICA: FREUD.

En la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión

Suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación...) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio. (Barrios M, 2008)

6.3 TEORÍA SOCIOLÓGICA DEL SUICIDIO. DURKEIM.

Las ideas sobre el suicidio sociológico elaborado por Durkeim del siglo XIX basado en estudios epidemiológicos. Establece que existen dos dimensiones o influencias sociales en los suicidas. La integración social o grado de conexión entre el individuo y su grupo social; y la regulación social, que se refiere al grado de influencia que la sociedad tiene en el individuo (Wilson, Woods & Metcaf, 2004). Estas dos fuerzas lideran varios tipos de suicidios. (Barrios M, 2008)

6.3.1 LA INTEGRACIÓN SOCIAL SE ASOCIA CON.

- . Suicidio Egoísta: Pérdida de la integración social debido a una limitada o falta de red social. Por ejemplo, el empresario que se quiebra y el estudiante que no logra satisfacer las exigencias académicas de sus padres.
- . Suicidio Altruista: Resultado de una extrema integración social, un individuo comete suicidio altruista por fuerte sentimientos hacia los otros. Ejemplo: los kamikazes que se suicidaban a favor de su grupo social. (Barrios M, 2008)

6.3.2 LA REGULACIÓN SOCIAL SE RELACIONA CON.

- . Suicidio Fatalista: en personas que han sido rechazadas por la sociedad.
- . Suicidio Anatómico: Se comete por aquellos que intentan desviarse de las expectativas sociales con su mente. Incluye una desorientación de valores y del individuo. Ejemplo: personas que se suicidan por crisis económicas, guerra. (Barrios M, 2008)

PARTE DOS

7. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los primeros auxilios psicológicos están relacionados con la asesoría y el acompañamiento que el profesional de la salud brinda, en el primer contacto, a la persona afectada, para aliviar el dolor emocional y el sufrimiento por el que está pasando; su finalidad es reducir las posibles consecuencias emocionales, sociales, familiares y personales de dicho sufrimiento; lograr la contención y de ser posible evitar que una ideación o conducta suicida se conviertan en un hecho real o tengan un desenlace fatal (Alcaldía de Medellín, 2015).

8. LOS CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.

A continuación se presentan algunas pautas claves asumidas como primeros auxilios que los profesionales de la salud deben tener presentes para ayudar a una persona a reconocer su situación y resolver lo que sea posible, antes de definir una remisión o activación de una ruta de atención frente a la conducta suicida. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.1 REALIZACIÓN DEL CONTACTO.

El primer paso es invitar a la persona para que hable sobre los hechos si es necesario, que exprese sus sentimientos con el objetivo de que se sienta comprendida, aceptada, apoyada con el fin de minimizar el aturdimiento emocional por el que pasa. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.2 EXAMEN DE LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA.

La indagación se enfoca en tres áreas:

8.2.1 EL PASADO INMEDIATO.

Nos lleva a identificar cuáles fueron los eventos que llevaron a desatar la crisis que vive. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.2.2 EL PRESENTE.

Implica las preguntas ¿quién, qué, dónde, cuándo, cómo?, que permiten identificar la situación actual. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.2.3 EL FUTURO INMEDIATO.

Se debe encaminar a las posibles salidas, los factores protectores y las redes de apoyo, de tal manera que la persona vea diferentes perspectivas. Es importante que la persona con conducta suicida entienda que aun los familiares más cercanos y los amigos más queridos podrían no comprender la magnitud de su dolor; pero que finalmente superará esos sentimientos de culpa y la sensación de impotencia que siente en ese momento. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.3 SONDEAR LAS POSIBLES SOLUCIONES.

Implica la identificación de cuáles serán las rutas indicadas de acuerdo a su red social existente, identificar las posibles alternativas que tienen de acuerdo a los recursos con los que cuenta, es importante que la persona identifique también cuáles podrían ser los obstáculos, para que de una vez piense en las posibles soluciones o tenga a la mano las alternativas para enfrentarlos y que esto no sea motivo para desencadenar una nueva crisis. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.4 ASISTIR EN LA EJECUCIÓN DE PASOS CONCRETOS.

Tienen que ver con la ayuda que se le da a la persona para facilitarle los procesos a los que se enfrenta después del evento traumático; es ser

Directivos, cuando la finalidad es ayudar a la persona en la búsqueda de rutas interinstitucionales que le faciliten continuar con el proceso de atención después de la crisis. (Alcaldía de Medellín, 2015)

8.5 SEGUIMIENTOS PARA VERIFICAR EL PROGRESO.

Implica que podamos seguir en contacto con la persona para cumplir el objetivo de la intervención en los primeros auxilios psicológicos, el apoyo en las redes que se necesiten, derivación a otros sectores implicados en la atención, y, por supuesto, disminuir la mortalidad.

(Alcaldía de Medellín, 2015)

9. CÓMO INTERVENIR EN UNA CRISIS MEDIANTE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Para intervenir en una crisis es necesario ayudar a la persona dándole lo que necesita y no lo que pensamos que necesita. En ese sentido es indispensable saber identificar los signos que presenta una persona que está viviendo una crisis y desde luego conocer los procesos para saber intervenir. El interés sin el conocimiento es insuficiente; debemos observar cambios en su comportamiento habitual, indagar si la persona tiene sentimientos de desamparo, depresión u otros síntomas relevantes para la intervención (Alcaldía de Medellín, 2015).

10. ELEMENTOS PARA TENER EN CUENTA CUANDO SE PRESTAN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

10.1 OPORTUNIDAD.

Las posibilidades de recuperación emocional son mayores cuando inmediatamente sucedido el evento traumático, la persona tiene la posibilidad de recibir la ayuda y el apoyo que tanto necesita. (Alcaldía de Medellín, 2015)

10.2 METAS.

Ayudar a la víctima a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis. (Alcaldía de Medellín, 2015)

10.3 VALORACIÓN.

Es importante que la valoración abarque tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas implicados en la crisis para poder orientar o direccionar a la persona de la mejor manera. En la atención se debe ayudar a la persona a que encuentre alternativas personales que le aporten y ayuden a superar el evento. (Alcaldía de Medellín, 2015)

10.4 FINALIDAD.

Es lograr que la persona afectada, en la medida de sus capacidades, tenga la posibilidad de recuperar el funcionamiento que tenía antes de que el evento sucediera y que logre superar lo que está viviendo.

Todo esto se desarrolla dentro de las alternativas y mecanismos emocionales, personales, sociales con los que cuenta, al mismo tiempo con su red social y familiar de apoyo. (Alcaldía de Medellín, 2015).

11. QUIEN, CUANDO Y DONDE PRESTAR LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

11.1 ¿PARA QUIÉN ES LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA?

La PAP está dirigida a personas angustiadas afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave. Se puede proporcionar ayuda tanto a niños como a adultos. Sin embargo, no todos los que experimentan una situación de crisis necesitarán o querrán PAP. No se debe forzar la ayuda en aquellos que no la quieren, sino estar disponible para aquellos que puedan desear apoyo. Pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo mucho más avanzado que tan solo PAP. Es importante conocer los propios límites y buscar la ayuda de otros, como personal sanitario (si está disponible), compañeros u otras personas de la zona, autoridades locales o líderes comunitarios o religiosos. (OMS, 2012).

11.2 ¿CUÁNDO SE PROPORCIONA LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA?

Aunque las personas puedan necesitar acceder a ayuda y apoyo durante mucho tiempo después de una situación de crisis, la PAP se centra en ayudar a las personas que han sido afectadas recientemente por un acontecimiento de este tipo. Puede facilitar PAP tan pronto como establezca contacto con personas que están en situación de angustia. Normalmente esto será durante o inmediatamente después del acontecimiento. Sin embargo, a veces puede ser días o semanas después, dependiendo de cuánto ha durado el acontecimiento o de cuán grave ha sido. (OMS, 2012).

11.3 ¿DÓNDE SE PUEDE PROPORCIONAR LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA?

Puede ofrecer PAP dondequiera que se esté lo suficientemente seguro para poder hacerlo. Con frecuencia se da esta situación en lugares comunitarios, como la escena de un accidente, o lugares donde se atiende a las personas afectadas como centros de salud, refugios o campamentos, escuelas y lugares de distribución de comida y otros tipos de ayuda. Lo ideal sería proporcionar PAP en un lugar donde exista cierta privacidad para hablar con la persona cuando se considere

Violencia sexual, la privacidad es esencial para la confidencialidad y el respeto de la dignidad de la persona.

(OMS, 2012).

12. LOS OBJETIVOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los objetivos que persiguen los PAP son, según Corral, E. & Gómez, F. (2009), los siguientes: (UDG, 2014).

12.1 PROPORCIONAR APOYO.

Facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enfado. (UDG, 2014)

12.2 REDUCIR LA MORTALIDAD.

Al entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; actuando en consecuencia para evitarlo (desarrollar su red de apoyo informal, favorecer su ingreso hospitalario, etc.). (UDG, 2014)

12.3 SER EL NEXO DE UNIÓN CON RECURSOS DE AYUDA.

Proporcionándole información sobre los recursos necesarios y brindándole orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo. (UDG, 2014)

13. IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS COMO FACTOR DE PREVENCIÓN.

La importancia de los primeros auxilios psicológicos se centra en la prevención de la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores (Caplan, 1974) y el riesgo físico, que mencionamos anteriormente “prevención del suicidio”. Los primeros auxilios psicológicos se hallan en un nivel secundario de prevención, pues buscan reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos. Consideramos que este tipo de prevención es la más óptima, pues se intenta que el individuo aprenda a sobrellevar la crisis, constituyéndose así en una oportunidad. Ya que es casi imposible evadir sucesos de crisis (prevención primaria) y en el caso que fuese posible, estaríamos encerrando al individuo en una burbuja provocando así un mayor riesgo; se trata de que el individuo fortalezca sus recursos y supere las adversidades. (UC, 2014)

14. PRINCIPIOS TÉCNICOS UTILIZADOS EN LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

14.1 OBSERVAR.

Se refiere a comprobar la seguridad del individuo, sus necesidades inmediatas y sus

Reacciones. Es necesario dedicar un tiempo, aunque sea unos instantes para observar, antes de ayudar. Esto le da la posibilidad de calmarse, estar a salvo y reflexionar antes de actuar; se debe considerar aspectos como: la seguridad del individuo y de aquellos que lo rodean. Las evidentes necesidades básicas urgentes, asistencia médica, alimento, abrigo etc.; y las reacciones conductuales, emocionales, somáticas, cognitivas e interpersonales. (UC, 2014)

14.2 ESCUCHAR.

Dirigirse a quienes pueden necesitar ayuda, preguntar a la persona en situación de crisis sus necesidades y las cosas que le preocupan, escuchar a la persona y ayudar a que esta se tranquilice. Se trata de conseguir que la persona afectada se sienta segura y protegida. (UC, 2014)

14.3 CONECTAR.

En este paso ayudaremos a la persona a resolver sus necesidades básicas y acceder a los servicios necesarios, brindarle información, ponerle en contacto con sus familiares o redes de apoyo social.

(UC, 2014).

15. ATENCIÓN CLÍNICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

15.1 PACIENTE CLASIFICADO COMO EN RIESGO BAJO.

- . Brindar los primeros auxilios psicológicos y activar las rutas de atención para los pacientes con esta clasificación de riesgo. La atención es ambulatoria.
- . Evaluar y descartar trastorno psiquiátrico; esta evaluación debe ser realizada por el psicólogo o médico general, con capacitación en el tema de conducta suicida y referir a psiquiatría, si se considera pertinente.
- . Explicar a la persona y a la familia las conductas e indicaciones a seguir y aclarar, de ser necesario, a la familia, el posible riesgo de una futura conducta suicida. (Alcaldía de Medellín, 2015)

15.2 PACIENTE CLASIFICADO COMO EN RIESGO INDETERMINADO.

Cuando no se esté seguro de la clasificación del riesgo como alto o bajo, se recomienda dejar la persona en observación durante 6 a 12 horas, definir la necesidad de aplicar sedación, ansiolisis o inducción de sueño, y reevaluar al término de este plazo, momento en el cual debería definirse la clasificación del riesgo de conducta suicida como alto o bajo y actuar en consecuencia de ello. (Alcaldía de Medellín, 2015)

15.3 PACIENTE CLASIFICADO COMO EN RIESGO ALTO.

- . Compete al médico general y personal de los servicios de urgencias tratar las lesiones físicas de la persona, producidas por la conducta suicida actual y priorizar la estabilización orgánica.
- . Aplicar las pautas de primeros auxilios psicológicos de acuerdo a la situación emocional que presente la persona.
- . Remitir como urgencia para hospitalizar por psiquiatría. Esta remisión debe ser realizada por el médico general.
- . Remitir bajo sedación, contención mecánica y acompañamiento por personal de salud. Hospitalizar (si no es posible la remisión), bajo vigilancia estrecha 24 horas (se sugiere acompañamiento de un familiar) e iniciar tratamiento para el trastorno psiquiátrico diagnosticado, mientras se logra la remisión. Este tratamiento debe incluir atención psiquiátrica y psicológica.
- . El médico general debe solicitar la contra remisión del psiquiatra tratante y explicar a la familia.

Durante los primeros auxilios psicológicos, cuando se trata de riesgo bajo de suicidio (ideación sin plan o medios), la OMS (2006) recomienda centrarse en las fortalezas y en la forma en que el individuo ha resuelto sus problemas previamente. Cuando el riesgo es

Recomendación es usar la ambivalencia entre vivir y morir como un ancla vital, explorar alternativas, ganar tiempo, pactar un contrato de no daño, movilizar la red de soporte y remitir si es el caso. Cuando el riesgo es elevado (ideación, plan definido, medios y momento especificado e inmediato), lo más importante es no dejar solo al individuo, retirar los medios letales y hacer arreglos para la hospitalización. (Rendón & Agudelo, 2011)

16. ¿CÓMO PREPARARSE PARA BRINDAR PAP?

. Para poder brindar asistencia a personas afectadas por una crisis, el asistente debe poseer conocimientos acerca del evento y el tipo de disponibilidad de servicios de ayuda o apoyo. La preparación es importante y más si se trabaja con poblaciones especiales, como lo son los adolescentes.

. La persona que realiza la primera ayuda debe sentirse cómoda: física, y emocionalmente. Uno de los impedimentos para otorgar esta ayuda, puede darse si existen problemas emocionales o psicológicos recientes como: un cambio o pérdida significativos dentro de los pasados 6-12 meses, pérdidas anteriores o eventos negativos en la vida del asistente.

. Al proporcionar PAP, es importante reconocer las reacciones comunes ante una crisis o situación extrema de estrés, conocer las

Organizaciones que pueden servir como recurso de apoyo y mantener la calma pues el comportamiento del asistente puede afectar las reacciones de la persona en crisis.

. Al mostrar calma y claridad del pensamiento se puede ayudar de mejor manera, en este punto es fundamental, la empatía entre el asistente y el asistido El último, factor de importancia se refiere a ser sensitivo a la cultura y a la diversidad. Es indispensable ser consciente, de nuestros propios valores y prejuicios. (UC, 2014)

17. ¿CÓMO BRINDAR PAP?

17.1 BUSQUE UN ESPACIO DE PRIVACIDAD.

Es fundamental dirigirse a un espacio de privacidad; ya que se trata de que el individuo en crisis exteriorice sus sentimientos (ventilación emocional), pues este va a exponer su intimidad y sus sentimientos más profundos. El objetivo es asegurar la confidencialidad.). (UC, 2014)

17.2 CLIMA DE CONFIANZA.

Hay que crear un clima de confianza entre el asistente y el asistido, algunos sujetos reconocen que se sienten más comprendidos por determinadas personas (docentes). (UC, 2014)

PARTE TRES

18. CRISIS

Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (UIS, 2014)

19. CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

19.1 EVENTO PELIGROSO O INCIDENTE CRÍTICO:

Acontecimiento estresante, interno o externo al mundo personal, que ocurre en el curso de la vida y que inicia una serie de reacciones ya sean predecibles o bien inesperados y accidentales. (UIS, 2014)

19.2 ESTADO VULNERABLE:

Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso. La persona responde según sea su percepción del evento. (UIS, 2014)

19.3 ESTADO DE CRISIS ACTIVO:

La persona se encuentra en estado de desorganización, invadida de tensión emocional, su proceso homeostático se desequilibró. La duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar "visión en túnel"; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas, acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos como la percepción de ser incapaz de superar los obstáculos problemas o eventos que experimenta. Posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación. (UIS, 2014)

19.4 AGOTAMIENTO:

La persona pudo haber manejado efectivamente, y durante tiempo prolongado, la situación de emergencia, pero llega a un punto de agotamiento en el cual no tiene más fuerza para afrontar la situación. (UIS, 2014)

19.5 CHOQUE:

Un cambio repentino en el entorno de la persona provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. Como no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto, cae en estado de choque emocional. (UIS, 2014)

20. ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN EN CRISIS?

- . Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- . Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo y Somático, interpersonal y conductual).
- . Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- . Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: personales, familiares, profesionales, comunidad.
- . Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido.
- . Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.
- . Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente. (UIS, 2014)

21. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMERA INSTANCIA

Podemos comenzar por describir los primeros auxilios o de intervención en crisis de primera instancia, que abarca la asistencia inmediata y de modo usual solo lleva una sesión. Los primeros auxilios psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro

De muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda, aún más esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en el que aquellas surge. (UIS, 2014)

21.1 CARACTERÍSTICAS

21.1.1 ¿POR CUANTO TIEMPO?

De minutos a horas.

21.1.2 ¿POR PARTE DE QUIEN?

Protectores de vanguardia (padres de familia, policía, clero, abogados médicos, enfermeros, trabajadores sociales, maestros, estudiantes, líderes, supervisores, etc.). (UIS, 2014)

21.1.3 ¿DONDE?

Ambientes comunitarios, hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencias, etc. (UIS, 2014)

21.1.4 ¿CUÁLES SON LAS METAS?

Restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo de contención, reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda (terapia multimodal o asistencia médica). (UIS, 2014)

21.1.5 ¿CUAL ES EL PROCEDIMIENTO?

Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos. (UIS, 2014)

22. SIGNOS Y SÍNTOMAS

La desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona y al mismo tiempo sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones sociales y funcionamiento físico. Los síntomas principales que lo definen son:

- Cambios en el comportamiento como agresión, impulsividad, hiperactividad, y actos vulgares e indecentes.
- Cambios en el estado emocional con sentimientos de confusión, cansancio, agotamiento, culpa, desamparo, enajenación, ira, irritabilidad, miedo, tristeza, depresión, pesadillas, angustia, ansiedad pánico, tensión mental, indecisión, falta de confianza y sentimientos de inadecuación.
- Vulnerabilidad al llanto con explosiones de lágrimas.
- Dificultad para pensar, falta de concentración, pensamiento de “túnel”, dificultad para tomar decisiones e ideas o acciones autodestructivas.
- Síntomas físicos dados en enfermedades, dolores psicósomáticos, la falta de sueño insomnio u otros problemas del dormir. Dolores de cabeza, indigestión, falta de apetito, etc. (UIS, 2014)

23. CÓMO INTERVENIR EN UNA CRISIS MEDIANTE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Para intervenir en una crisis es necesario ayudar a la persona dándole lo que necesita y no lo que pensamos que necesita. En ese sentido es indispensable saber identificar los signos que presenta una persona que está viviendo una crisis y desde luego conocer los procesos para saber intervenir. El interés sin el conocimiento es insuficiente; debemos observar cambios en su comportamiento habitual, indagar si la persona tiene sentimientos de desamparo, depresión u otros síntomas relevantes para la intervención. (Alcaldía de Medellín, 2015)

24.

Tabla 1. Aplicación de los primeros auxilios psicológicos

UBICACIÓN	CONTENIDO		
Factores de protección	<ul style="list-style-type: none"> . Capacidad del individuo para afrontar su propia existencia. Supone simplemente asumir la realidad vital y encargarla con todas sus consecuencias. . conciencia de llevar el “timón de vida” de su propia realidad y no de los acontecimientos 		
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> . Limitación en el ejercicio de la libertad interna necesaria. . Priorizar necesidades innecesarias sobre las necesidades básicas. . Baja tolerancia a la frustración. . Autoestima dañada. . Construcción distorsionada de ideas. . Comunicación asertiva deficiente. 		
Situaciones de conflicto	<p>PSICOEMOCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> . Muerte o enfermedad grave de persona allegada. . Inseguridad. . Rechazo emocional afectivo. . Inquietud económica. . fracasos en objetivos personales. . Insatisfacción. . Miedo. . Desesperanza. . Celos, frustración, tristeza o enojo. . Nerviosismo. . Llanto. . Emociones intensas. . Diagnóstico de enfermedad grave. 	<p>BIOLOGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> . Hambre. . Alimentación. . Pubertad. . Menstruación. . Menopausia y climaterio. . Vejez. . Cansancio extremo. . Enfermedad. . Traumatismo. . Cirugía. . Infertilidad. . Embarazo, parto. . Drogas y alcohol. . Obesidad. . Síndrome orgánico cerebral. 	<p>SOCIOCONDUCTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> . Conflicto o ruptura de pareja. . Fracaso o quiebra económica. . Despido o retiro laboral. . Cambio de residencia. . Cambios climáticos repentinos. . Tuido, trabajo nocturno. . Acoso, hostigamiento, maltrato. . Asalto, violación, secuestro. . Desastre, ingreso escolar, guerra, huir de la casa. . Encarcelamiento, ser rehén. . Intento suicida. .Matrimonio. . Examen escolar. . Conducta sexual.
Trastornos psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> . Por adaptación a nuevas situaciones. . Estrés postraumático. . Separación – individuación. . Reacción psicótica. . Despersonalización. . Desarrollo infantil y adolescente. . Depresión. Estrés. . Angustia. Pánico. . Duelo. Fobia. . Disfunción sexual. Manía. . Adicción. . Epilepsia. Sida. Cáncer. 		

Quiñones Venegas, M. G., Martínez Martínez, C., Vegara, A. C., Zuluaga García, H., & Hernández Zubieta, P. (s.f). Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. *Fuerzas*

25.

Tabla 2. Que hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos cuando se presenta una crisis

COMPONENTES	QUE HACER	QUE NO HACER
Contacto	Escuchar de manera cuidadosa refleja sentimientos y hechos. Comunicar aceptación.	Contar tu “propia historia” Ignorar sentimientos o hechos. Juzgar, regañar o tomar partido.
Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas. Llevar a la persona a una mayor claridad. Evaluar la mortalidad.	Depender de preguntas de si/no. Permitir abstracciones continuas. Soslayar las señales de “peligro”. Dar la razón del “problema”
Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas. Trabajar de manera directa por bloques. Establecer prioridades.	Permitir la visión de pasar por un túnel. Dejar obstáculos sin examinar. Permitir una mezcolanza de necesidades.
Acción concreta	Dar un paso cada vez. Establecer metas específicas de corto plazo. Confrontar cuando sea necesario. Ser directivo, solo si debes serlo.	Intentar de resolver todo ahora. Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo. Ser tímido o prometer cosas. Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario.
Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar. Acordar un segundo encuentro. Evaluar los pasos de acción.	Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo. Dejar la evaluación a alguien más.

Quiñones Venegas, M. G., Martínez Martínez, C., Vegara, A. C., Zuluaga García, H., & Hernández Zubieta, P. (s.f). Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. *Fuerzas*

PARTE CUATRO

26. IDENTIFICACIÓN DE MITOS Y REALIDADES.

Existen mitos relacionados con el comportamiento suicida que deben ser reconocidos y resignificados por el personal encargado de la atención de estas personas, con el fin de lograr una intervención pertinente y adecuada.

Siguiendo a Pérez (18) se presentan algunos de los mitos más extendidos y la interpretación científica

MITOS

“Pacientes que hablan sobre suicidio raramente se suicidan”.

“Preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar conductas suicidas” o “Hablar de suicidio con una persona en este riesgo la puede incitar a que lo realice”

“El que se quiere matar no lo dice”.

“Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde”.

REALIDADES

Falso. Los pacientes que mueren por suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano.

Falso. Preguntar sobre el suicidio puede con frecuencia reducir la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona puede sentirse liberada y mejor comprendida.

Falso. Por lo general las personas que están considerando quitarse la vida lo dicen de muchas maneras y en muchos espacios.

Falso. No debe considerarse como alarde o “simple llamado de atención” (en el sentido de una “pataleta”) un intento de suicidio. Este es un acto serio que en realidad puede llegar a cobrar una vida

MITOS

“Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren”.

“Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida”

“El que se suicida es un enfermo mental.”

“Todo el que se suicida está deprimido”.

“El que intenta el suicidio es un cobarde o es un valiente.”

REALIDADES

Falso. Todo intento de suicidio, independientemente del método utilizado, es igual de serio y así debe considerarse.

Falso. En la medida que reciba una atención adecuada y oportuna el riesgo de suicidio podrá ser controlado eficazmente en el futuro.

Falso. Si bien en algunos casos se puede asociar el suicidio a algún tipo de psicopatología, en muchísimos casos ello no ocurre y es imposible asociarlas, explicándose el intento por razones de tipo existencial u otros factores.

Falso. Aunque en algunos casos de suicidio e intento de suicidio puede asociarse la depresión como uno de sus factores predisponentes, en un alto porcentaje de los casos ello no es así.

Falso. No debe entenderse a quien intenta suicidarse como un cobarde que escapa de los problemas de la vida o un valiente que es capaz de matarse. No debe convertirse en héroe o villano, pues es un ser humano con problemas y que a través del acto está pidiendo ayuda para resolverlos.

MITOS

REALIDADES

“Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio”

Falso. Pueden contribuir a su prevención evitando “el amarillismo” y siendo muy responsables con la información brindada. Para el caso ver el manual de la OMS

“El suicidio se hereda”

Falso. El suicidio no se hereda y no debe estigmatizarse por ello a los familiares de un suicida.

“Acercarse a una persona en crisis suicida, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde tiempo para su abordaje adecuado”.

Falso. En muchas ocasiones acercarse a una persona en crisis suicida con la mejor intención de escucharla y contenerla puede ayudar a evitar el paso al acto. Se incluye en el proceso el estar atento a la emisión oportuna a personal especializado.

“El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso”.

Falso. En tanto los suicidas generalmente avisan acerca de sus intenciones con mucha antelación, si se escucha activamente, este puede ser prevenido.

“Sólo los pobres o sólo los ricos se suicidan”.

Falso. Cualquier persona puede suicidarse y su condición económica no determina de manera exclusiva este potencial suicida.

MITOS

“Si se reta a un suicida éste no lo intenta”

“Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio”.

“Los niños no se suicidan”.

“Los que intentan suicidarse y los que se suicidan son personas peligrosas, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás”. (Alcaldía de Medellín, 2015)

REALIDADES

Falso. Una de las intervenciones contraindicadas con una persona con ideación o intento suicida es retarla.

Falso. Este es, precisamente, el momento de mayor riesgo suicida: cuando la persona está mejorando de su depresión.

Falso. No solamente se suicidan, sino que, como ya se ha ilustrado, el número de suicidios de niños y adolescentes va en aumento.

Falso. Las personas que intentan suicidarse tienen el mismo nivel de peligrosidad que cualquier otra persona. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evaluación de la conducta suicida debe ser realizada por personal capacitado. En ella se debe tomar en cuenta aspectos básicos como: hacer contacto empático, examinar las dimensiones del problema, explorar posibles soluciones, ayudar a tomar una acción concreta, y hacer seguimiento para comprobar la evolución de la situación y posibles necesidades de acompañamiento. Igualmente, dependiendo de los resultados de la evaluación debe realizarse un plan de emergencia que incluya, a la persona que tiene la ideación o ha intentado suicidarse y, en lo posible, a su familia u otros que puedan apoyar el proceso.

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la posibilidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si la persona tiene un inadecuado apoyo social.

Los posibles escenarios para la evaluación de la conducta suicida son: el servicio de urgencias, cuando se realizó un intento de suicidio; los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad durante la atención a población general o personas, con historia de trastorno mental o que manifiesten síntomas depresivos e

Ideación de muerte o suicidio; finalmente, en consulta externa, aunque la persona consulte por otra causa.

La evaluación debe integrar la información obtenida de la persona, la valoración de la historia previa, los antecedentes personales y familiares, para determinar el riesgo de repetir los intentos de suicidio en un plazo corto. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1 LINEAMIENTOS GENERALES

En tanto estos lineamientos contienen aspectos generales, pueden y deben ser considerados por todos los profesionales que aborden dicha problemática, independientemente de su nivel formativo y capacitación. Ellos son “la base mínima” de una evaluación e intervención adecuadas y pertinentes del comportamiento suicida y por ello deben ser conocidos e implementados por todos los profesionales al momento de acercarse a una persona con ideación o intento suicida. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.1 ESCUCHE RESPETUOSAMENTE

Ante una crisis emocional la persona necesita de alguien que la escuche con respeto; es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando. Valga recordar que cuando una persona está en crisis generalmente no tiene la claridad suficiente para expresar lo que le está sucediendo, lo que realmente le molesta. (Alcaldía de Medellín, 2015)

No es recomendable desgastar energía y esfuerzo rebatiendo la decisión de la persona; es más importante hacerle saber que es entendida y que su sufrimiento tiene un valor y una razón de ser. También, es necesario hacerle saber que es muy probable que buscando una ayuda complementaria, la cual pueda ser orientada por el mismo profesional, pueda salir adelante sin necesitar recurrir a un acto autodestructivo, como puede ser el intento suicida. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.2 TÓMELO CON SERIEDAD

Siempre que una persona exprese ideas o pensamientos depresivos o suicidas es necesario prestarle atención. En muchas ocasiones una persona puede disimular lo mal que se siente y debajo de su aparente calma puede esconderse un conflicto que encierre profundos sentimientos de angustia. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.3 NO TEMA PREGUNTAR SI LA PERSONA MUESTRA DEPRESIÓN O HA ABRIGADO PENSAMIENTOS DE SUICIDIO

El que la persona pueda expresar abiertamente sus sentimientos o sus intenciones suicidas ha demostrado, en nuestra experiencia, que disminuye la probabilidad de que un evento se agrave o se lleve a cabo. (Alcaldía de Medellín, 2015)

Con frecuencia la persona agradece la oportunidad de hablar abiertamente sobre el tema y sabe que cuenta con alguien dispuesto a escucharla y a tomarla en serio. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.4 NO SE DEJE ENGAÑAR

Específicamente en el caso de las intenciones suicidas, muchas veces las personas dicen haber pasado la crisis y que no necesitan más atención en ese sentido. Esto sucede porque inicialmente sienten un alivio que suele ser temporal; sin embargo, puede ocurrir que los mismos sentimientos surjan nuevamente; por lo tanto, el seguimiento es crucial. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.5 SEA POSITIVO Y SOLIDARIO

Es importante ofrecer fortaleza y un vínculo fuerte a la persona afligida. Es necesario hacerle saber que se está procediendo de la manera adecuada y que se hará todo lo posible para darle el apoyo y la ayuda que necesita. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.6 EVALÚE LOS RECURSOS DISPONIBLES:

Haga una exploración de reconocimiento de los recursos con los que cuenta la persona; es posible que cuente con elementos internos como mecanismos de racionalización, entendimiento, imitación y otros, que deben ser fortalecidos y sostenidos. Tome en cuenta también recursos externos como amigos, familiares, psicorintadores, docentes, entre otros. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.1.7 ACTÚE CON EFICACIA:

Es importante que la persona sienta que la conversación le sirvió de algo, por lo tanto es necesario plantearse metas al terminarla. Pregúntele, terminada la conversación, cómo se siente y háblele sobre las opciones o personas que usted ha pensado que le pueden ayudar. Se trata de sugerirle opciones tangibles. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.2 EVALUACIÓN GENERAL

- Identifique signos y síntomas psiquiátricos específicos (depresión, ansiedad, psicosis, etc.).
- Evalúe antecedentes de intentos de suicidio y conductas de riesgo.
- Revise la historia de tratamientos previos y repercusiones.
- Identifique historia familiar de suicidio, enfermedad mental u otros.
- Valore la situación psicosocial actual y el origen de la crisis que genera los síntomas.
- Reconozca otros factores de riesgo para conducta suicida.
- Evalúe factores protectores y red de apoyo. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.3 EVALUACIÓN DE PENSAMIENTOS, PLANES Y CONDUCTAS SUICIDAS

- Determine la presencia o ausencia de ideación suicida.

- Determine la presencia o ausencia de plan suicida.
- Evalúe el riesgo de suicidio. (Alcaldía de Medellín, 2015)

27.4 EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Se determina mediante la evaluación conjunta de los siguientes puntos:

- La presencia, magnitud, y persistencia de la ideación suicida.
- La presencia y estructuración de un plan suicida y la disponibilidad de medios para concretarlo.
- Los intentos suicidas previos y la letalidad de los métodos utilizados. (Alcaldía de Medellín, 2015)

28. ATENCIÓN CLÍNICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

28.1 PACIENTE CLASIFICADO COMO EN RIESGO BAJO

- Brindar los primeros auxilios psicológicos y activar las rutas de atención para los pacientes con esta clasificación de riesgo. La atención es ambulatoria.
- Evaluar y descartar trastorno psiquiátrico; esta evaluación debe ser realizada por el psicólogo o médico general, con capacitación en el tema de conducta suicida y referir a psiquiatría, si se

- Explicar a la persona y a la familia las conductas e indicaciones a seguir y aclarar, de ser necesario, a la familia, el posible riesgo de una futura conducta suicida. (Alcaldía de Medellín, 2015)

28.2 PACIENTE CLASIFICADO COMO EN RIESGO INDETERMINADO

Cuando no se esté seguro de la clasificación del riesgo como alto o bajo, se recomienda dejar la persona en observación durante 6 a 12 horas, definir la necesidad de aplicar sedación, ansiolisis o inducción de sueño, y reevaluar al término de este plazo, momento en el cual debería definirse la clasificación del riesgo de conducta suicida como alto o bajo y actuar en consecuencia de ello. (Alcaldía de Medellín, 2015)

28.3 PACIENTE CLASIFICADO COMO EN RIESGO ALTO

- Compete al médico general y personal de los servicios de urgencias tratar las lesiones físicas de la persona, producidas por la conducta suicida actual y priorizar la estabilización orgánica.
- Aplicar las pautas de primeros auxilios psicológicos de acuerdo a la situación emocional que presente la persona.
- Remitir como urgencia para hospitalizar por psiquiatría. Esta remisión debe ser realizada por el médico general.

- Remitir bajo sedación, contención mecánica y acompañamiento por personal de salud.

- Hospitalizar (si no es posible la remisión), bajo vigilancia estrecha 24 horas (se sugiere acompañamiento de un familiar) e iniciar tratamiento para el trastorno psiquiátrico diagnosticado, mientras se logra la remisión. Este tratamiento debe incluir atención psiquiátrica y psicológica.

- El médico general debe solicitar la contra remisión del psiquiatra tratante y explicar a la familia. (Alcaldía de Medellín, 2015)

29. ALTA VOLUNTARIA

Todo paciente podrá solicitar alta voluntaria; sin embargo ésta no se aprobará sin antes realizar la evaluación completa de la persona y la clasificación del riesgo de suicidio. Cuando se encuentre en la evaluación algún trastorno psiquiátrico, se considera, por definición, que la persona tiene alterada la capacidad de decisión, por lo tanto no está en capacidad de firmar por su alta voluntaria; en su lugar será un familiar o acompañante quien deberá firmar dicha alta, luego de recibir la información completa sobre la evaluación y el riesgo de suicidio, los cuales quedarán consignados por escrito en la historia clínica de la persona y serán firmados por el acudiente y el profesional que informó sobre los posibles riesgos del alta. (Alcaldía de Medellín, 2015)

30. RED DE APOYO SOCIAL O FAMILIAR

Generalmente después de un intento de suicidio, se encuentra movilización de los diferentes sistemas de apoyo alrededor de la persona, especialmente la familia. El equipo de salud, en cualquiera de los niveles donde detecte estos casos, debe evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar a parientes, amigos, conocidos u otras personas que puedan apoyar el proceso de intervención. Además, ellos deberían saber de la importancia de su rol, porque servirán de puente y soporte entre los profesionales de los diferentes niveles de atención y la persona; por lo tanto, deberán ser orientados e informados permanentemente, tanto de la evaluación del riesgo de suicidio como del plan de atención a corto, mediano y largo plazo. Estas personas de la red de apoyo podrán participar del cuidado y favorecer el proceso de referencia y contrarreferencia. Se les debe explicar con claridad acerca de las sospechas diagnósticas, los posibles trastornos psiquiátricos de base, los pasos a seguir, el cuidado que deben tener y el papel que cumplen como acompañantes y red primaria de apoyo para los pacientes. (Alcaldía de Medellín, 2015)

31. NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Tanto los suicidios como los intentos de suicidio son eventos de notificación obligatoria al sistema de vigilancia en salud pública. Dicha actividad es responsabilidad del profesional que realiza la atención, en cualquiera de los dos casos. Para el proceso de notificación se cuenta con la ficha epidemiológica respectiva, que debe ser diligenciada con los datos completos y letra legible, que faciliten el seguimiento de estas personas para garantizar la continuidad de las intervenciones para los casos de intento o la realización de la autopsia psicológica en los casos que terminaron en un desenlace fatal. A continuación se presenta el resumen de la valoración y recomendaciones para la atención integral. (Alcaldía de Medellín, 2015)

32. RECOMENDACIONES PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

- No ofrezca algo que no se pueda cumplir.
- No le tenga miedo al silencio, ofrezca tiempo para pensar y sentir.
- No se sienta inútil o frustrado, usted es importante y lo que está haciendo vale la pena.
- No muestre ansiedad, ya que ésta puede ser fácilmente transmitida.
- No ofrezca respuesta; más bien facilite la reflexión.
- No permita que el enojo o la hostilidad de la persona lo afecte.
- No presione; respete las creencias religiosas.
- No tenga miedo de admitir que el afectado necesita más ayuda de la que usted le puede brindar; puede referirlo a un profesional especializado, psicólogo o psiquiatra.
- No permita que la persona se concentre únicamente en los aspectos negativos.
- No muestre lástima, paternalismo, pero tampoco se exprese de manera autoritaria o impositiva.
- No espere que la persona funcione normalmente.
- No confronte, la persona se puede sentir amenazada.
- No insista con preguntas más allá de los temas que la persona desea tratar.
- No haga juicios de valor, no moralice la situación.
- No haga caso omiso de las amenazas de suicidio. (Alcaldía de Medellín, 2015)

REGLAS

EVITAR

Dirigir, reñir, dogmatizar, generalizar, desvalorar, minimizar, moralizar monologar, huir del problema de la persona, racionalizar, proyectar, identificarse, fijarse en un punto, asumir un papel consolador, abstraer, ser inquisitivo, ser superficial, desvirtuar el relato, magnificar, transferir. (Alcaldía de Medellín, 2015)

33. PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA EVALUAR LA CONDUCTA SUICIDA

COMIENZE CON LOS PENSAMIENTOS SOBRE LA VIDA

¿Ha sentido que no merece seguir viviendo?

¿Ha deseado poderse dormir y no despertar más? (Alcaldía de Medellín, 2015)

CONTINÚE CON IDEAS DE DAÑO, DE MUERTE O SUICIDAS

¿Ha pensado en la muerte o morir recientemente?

¿Las cosas alguna vez han llegado al punto en que ha pensado en hacerse daño o morir? (Alcaldía de Medellín, 2015)

PARA PERSONAS QUE TIENEN IDEAS DE DAÑO, MUERTE O SUICIDIO:

¿Cuándo aparecieron esas ideas?

¿Qué lo llevó a tener esas ideas?

¿Con qué frecuencia y qué tanto controla esas ideas?

¿Qué de lo que le sucede le aumenta esas ideas?

¿Cree que en futuro pueda llevar las ideas al acto?

¿Alguna vez ha intentado hacerse daño, pero se ha detenido a último momento?

¿Qué cree que ocurriría si llegara usted a morir?

¿Ha pensado algún plan para hacerse daño o morir? (si es así, ¿cuál es el plan?)

¿Tiene algún tipo de armas (armas de fuego, venenos, entre otras)?

¿Ha hecho algún preparativo para morir (escribir una nota o un testamento, hacer arreglos financieros, entre otros)?

¿Ha hablado con alguien sobre lo que piensa?

¿Cómo ve su futuro o cómo se ve en tres meses?

¿Qué cosas podrían hacerlo sentir más esperanzado en su futuro?

¿Qué cosas en su vida podrían llevarlo a querer morir?

¿Qué cosas en su vida lo hacen querer seguir viviendo?

¿Si tuviera ideas de daño o muerte, qué haría? (Alcaldía de Medellín, 2015)

PARA PERSONAS CON INTENTOS DE SUICIDIO

¿Podría describir qué ocurrió (circunstancias, precipitantes, uso de alcohol o sustancias, método, propósito, gravedad de la lesión)?

¿Qué ideas tenía que lo llevaron al intento?

¿Qué pensaba que ocurriría con lo que hizo?

¿Había planeado ser descubierto o lo encontraron por casualidad?

¿Cómo se sintió después con lo que hizo (alivio o pesar de estar vivo)?

¿Recibió tratamiento y cuál (médico versus psiquiátrico, en urgencias versus hospitalizado versus consulta externa)?

¿Su pensamiento ha cambiado o algo es diferente para usted desde el intento?

¿En el pasado intentó dañarse (o morir) usted mismo? (Alcaldía de Medellín, 2015)

PARA PERSONAS CON IDEAS SUICIDAS O INTENTOS RECURRENTES

¿Cuántas veces ha intentado hacerse daño (o matarse)?

¿Cuándo fue la más reciente?

¿Cuándo fue su intento más serio y qué pensaba en ese momento?

¿Qué lo llevó a hacerlo y qué le ocurrió después?

CONSIDERE EVALUAR EL RIEGO DE LA PERSONA DE CAUSAR DAÑO A OTROS

¿Cree que alguien es responsable de lo que le pasa?

¿Hay otras personas con quienes querría morir?

¿Hay otras personas que piensa no serían capaz de continuar sin usted?

(Alcaldía de Medellín, 2015)

REFERENCIAS

Alcaldía de Medellín. (2015). *Atención con Calidad a las Personas que Presentan Conducta Suicida*.

Manual para Profesionales de Salud. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de udea:

<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605->

[Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES)

Barrios Jimenez, M., Espinosa Rodriguez, L., & Martínez Gonzalez, C. (2008). Guía de Manejo

Terapéutico del Potencial Suicida. *Fuerzas Militares de Colombia. Ejército Nacional. Dirección de Sanidad*. Bogotá, D.C., Cundinamarca, Colombia: Imprenta y Publicaciones FF.MM.

Ministerio de Salud Chile. (Octubre de 2013). *Programa Nacional de Suicidio. Orientaciones para su*

Implementación. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de Gobierno de Chile:

https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

MSPS. (2018). *Boletín de Salud Mental. Conducta Suicida. Subdirección de Enfermedades no*

Transmisibles. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

OMS. (2001). *Prevención del Suicidio, un instrumento para Docentes y Demás Personal Institucional* .

Recuperado el 06 de Febrero de 2020, de Organización Mundial de la Salud:

https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

OMS. (2012). *Primera Ayuda Psicológica. Guía para Trabajadores de Campo*. Recuperado el 08 de

Febrero de 2020, de Organización Mundial de la Salud:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1

- OPS. (2014). *Prevención del Suicidio, un Imperativo Global*. Recuperado el 20 de Febrero de 2020, de who. int: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Rendón, M. I., & Agudelo, J. (2011). Evaluación e Intervención en Crisis: Retos para los Contextos Universitarios. *Redalyc*, 219 - 242.
- Quiñones Venegas, M. G., Martínez Martínez, C., Vegara, A. C., Zuluaga García, H., & Hernández Zubieta, P. (s.f). Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. *Fuerzas Armadas y Seguridad*, 1(1), 1-10.
- Ucuenca. (2014). *Conocimientos y Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos por parte de los Docentes en los Colegios Urbanos de Cuenca*. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20982/1/Tesis.pdf>
- UDG. (Julio de 2014). *Manual Básico de Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de Univrsidad de Guadalajara: http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf
- UIS. (05 de Agosto de 2014). *Guía de Atención Pacientes en Crisis Emocional. Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Universidad Industrial de Santander: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf

Anexo M. Fotografías



