

ATENCION DEL INTENTO SUICIDA EN LA FASE PREHOSPITALARIA

**MARIA DEL MAR LOPEZ CADENA
JUAN DAVID MARMOLEJO SCARPETTA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
SANTIAGO DE CALI**

2020

ATENCION DEL INTENTO SUICIDA EN LA FASE PREHOSPITALARIA

**MARIA DEL MAR LOPEZ CADENA
JUAN DAVID MARMOLEJO SCARPETTA**

**Monografía para optar al título de:
TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.**

**Asesor metodológico
SARA MARIA LUCIO**

**Director del Programa de Atención Prehospitalaria
EDINSON ARMANDO MAYORGA CANO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
SANTIAGO DE CALI**

2020

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. ANTECEDENTES
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. JUSTIFICACION
4. OBJETIVOS
 - 4.1 GENERAL
 - 4.2 ESPECIFICO
- 5 MARCO LEGAL
 - 5.1 MARCO LEGAL NACIONAL
 - 5.2 MARCO LEGAL INTERNACIONAL
 - URUGUAY
 - PARAGUAY
6. MARCO REFERENCIAL
 - 6.1 MARCO CONCEPTUAL
7. FACTORES
8. METODOLOGIA
 - 8.1 TIPO DE ESTUDIO
 - 8.2 CRITERIO DE INCLUSION
 - 8.3 CRITERIO DE EXCLUSION
9. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
 - 9.1 MATRIZ O ARTICULOS QUE CUMPLIERON LOS
CRITERIOS DE INCLUSION ESTABLECIDOS
10. DESARROLLO DE LA MONOGRAFIA ATENCION DEL
INTENTO SUICIDA EN LA FASE PRE HOSPITALARIA
 - 10.1 PASOS PARA LA ATENCION EN PACIENTES
CON INTENTO SUICIDA EN LA FASE PRE HOSPITALARIA
11. RESULTADOS ESPERADOS
12. CONCLUSIONES
13. ANEXOS
14. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

¿Qué podría llevar a una persona a quitarse la vida? ¿Cuáles son los factores que influyen para tomar esta decisión? ¿Cómo abordar la ideación suicida en la atención primaria? ¿Cómo realizar una buena evaluación de un incidente suicida en la atención pre hospitalaria? (1)

El proyecto está integrado por diversos apartados como los objetivos e hipótesis, el marco teórico (donde se plantea, desde diferentes autores, cuáles pueden ser los factores o las causas, las fases y posibles soluciones para la atención de pacientes con intenciones suicidas en la fase pre hospitalaria), así como el método empleado en esta investigación, los resultados indagados, junto con las conclusiones, las referencias bibliográficas y anexos de documentos investigados, nos hemos puesto en la tarea de estructurar una guía para la atención primaria de pacientes con intento suicida en la fase pre hospitalaria. Dicho esto, este proyecto es una investigación social sobre los motivos que pueden estar implicados en un episodio suicida y el manejo que nosotros como personal de atención pre hospitalaria debemos brindar para una adecuada intervención. Su contenido está formado por aportaciones teóricas de diversos autores, como en datos estadísticos y guías nacionales e internacionales.

La respuesta del porqué investigar este tema se encuentra no sólo en la necesidad personal, sino también a la luz de los datos arrojados en los diversos medios estadísticos y la necesidad de nosotros como futuros profesionales en salud desempeñarnos día a día a darle el correcto significado a nuestra estrella de la vida, siendo el báculo y primera mano de las personas que nos necesitan. Además, es un problema social que está a la orden del día y que afecta a cientos de personas en nuestro país y al resto del mundo.

Por razones posteriormente explicadas, es un problema estigmatizado y silenciado tanto por los individuos afectados como por la sociedad, así como por las instituciones y medios de comunicación, establecido tal vez, por el miedo a la imitación, la vergüenza o las tensiones familiares.

Así mismo, desde el punto de vista de la evaluación de los factores de riesgo suicida, y los cuales nos preguntamos en todo momento, indagándonos por la diversidad de la naturaleza

del ser humano, siendo esta cada vez un misterio, ya que está impregnada bajo un contexto que día a día evoluciona en la vida social, cultural, laboral, y aún familiar. Esta evolución también se da en la parte psíquica de cada ser.

A medida que vamos evolucionando vamos cambiando influenciados por todos estos contextos sociales, culturales, religiosos, entre otros, y muchas veces asociados a la influencia de los medios de comunicación social.

Hoy en día son muchas las personas que en vista a lo anterior han caído en la absorción de influencias externas que afectan su dimensión psíquica, se diferencian aquellos inmodificables y que incluyen las variables sociodemográficas, su vida personal, familiar, laboral, como la edad, género, etnia, estado civil, nivel socioeconómico, orientación sexual, antecedentes de violencia o ideación suicida, y los modificables con un adecuado tratamiento.

Todo ello nos lleva a nosotros como profesionales en salud y como tecnólogos en atención Pre hospitalaria a tener que enfrentar y afrontar esta realidad en la vocación de brindar una ayuda en casos de emergencias y más concretamente en situaciones particulares, cuando nos encontramos frente a casos críticos en donde la persona intenta suicidarse en sitios sin ninguna ventaja para nosotros como rescatistas. Por ende, vemos la necesidad de tener una formación académica, para saber atender y brindar una ayuda oportuna en similares situaciones; es ahí cuando vemos la importancia de contar con un manual que nos orienten acerca de cómo poder atender este tipo de situaciones. Sobre todo, se ve una gran necesidad de orientar, organizar e implementar un plan de acción para organismos de socorro que respondan en primera instancia a estas situaciones y que puedan proteger la vida de la persona que se encuentra en emergencia, así como la propia vida como rescatistas. Por eso es de vital importancia que en cada ambulancia y de manera especial en cada equipo de tecnólogos en atención pre hospitalaria y personal sanitario, se cuente con un manual o guía para poder brindar una atención de calidad a un paciente con intento suicida, comprometiéndonos, con su autonomía, su beneficencia, no mala eficiencia y justicia, basándonos en la pericia del juramento hipocrático.

ABSTRACT

Suicide is the act of deliberately taking one's own life. People who attempt suicide are often trying to get away from a life situation that seems unmanageable. Many of those who commit suicide attempts are seeking relief from different situations that affect their stay in society (MedlinePlus, 2018).

All of this leads us as health professionals and pre-hospital care technologists to have to face and deal with this reality in the vocation of providing help in cases of emergencies and more specifically in particular situations, such as when we are faced with critical cases where the person tries to commit suicide in places without any advantage for us as rescuers. It is important to prioritize their attention and more so when we are the first ones to intervene, that is where the importance of having a manual with small essential bases that guides us about how to deal with this type of situation, which serves as a tool for decision making in the face of suicidal ideation and/or behavior, identified the important variability in the therapeutic management, based on the need to guide, organize and implement the action guide for relief agencies to make decisions in a short period of time and that we would be able to protect the life of both the person who is in the emergency, as well as the life of the rescuer. It's important that every ambulance carry at least one guide to provide quality care in the field

1. ANTECEDENTES

El suicidio es un fenómeno que ha estado presente históricamente y ha sido pensado de acuerdo con las distintas épocas, culturas, religiones, economías, etcétera. Así, toda referencia al suicidio refleja las actitudes y prejuicios inherentes a cada sociedad en su momento histórico concreto.

La evolución constante de nuestro modelo de vida ha incurrido en la aparición de nuevas preocupaciones para el ser humano, muchos de los aspectos sociales o culturales de una comunidad pueden afectar de manera directa o indirecta el estado de salud mental de una persona. Las constantes exigencias del mundo moderno llevan a incrementar la cantidad de esfuerzo necesario para conseguir los diferentes logros propuestos en el diario vivir, de esta manera se generan más dificultades para sobrellevar las acciones desarrolladas en la sociedad, favoreciendo la aparición de sentimientos de preocupación y consternación, que fácilmente pueden evolucionar hasta afectar la capacidades psicológicas y cognitivas de una persona, en muchos casos llevándolo a divagar en pensamientos o ideaciones suicidas. Nuestra sociedad ha reducido la importancia que se le debe brindar a la atención en salud mental, incluyendo la prevención de episodios patológicos de la misma, en muchos casos incluso juzgando de manera equivocada el actuar de un sujeto que cursa con algún dilema psicológico, beneficiando la aparición y multiplicación de casos clínicos donde se vean afectados los componentes psicológicos de un individuo. El desenlace de muchos de estos casos lamentablemente es la aparición de una idea suicida y/o intento suicida, que debe ser manejado con la misma dedicación que se le brindaría a cualquiera otra emergencia en el ámbito de la salud. El personal pre hospitalario siempre ha estado involucrado en la respuesta a emergencias de índole psiquiátrica y que a causa del auge presente en estos últimos años ha debido desarrollar nuevas maneras de abordar estos incidentes, acompañando sus conocimientos en salud de técnicas y manejo psicológico que faciliten el apoyo terapéutico de la situación y por ende una buena conclusión de la emergencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada sujeto es un caso único, cada conducta se da en un tiempo y en un espacio irrepetible. Es aquí donde nace la incertidumbre y nos vemos sujetos a cumplir nuestro rol dentro de la atención extra hospitalaria. De ser quienes jugamos a vivir para que otro logre sobrevivir, de quienes, en muchas ocasiones jugamos contra el tiempo, la vida y la muerte o al contrario esto juega con nosotros, somos quienes extendemos nuestra mano sin importar a quien, con un único objetivo, salvar vidas.

Lastimosamente en Colombia, cada vez incrementan más los intentos suicidas, a partir del año 2015 la tasa de intento suicida aumentó en un 36.08% y continua en crecimiento; Para el año 2017 Colombia alcanzó una tasa de incidencia del 52,3 por 100 000 habitantes, ocurrió en mayor porcentaje en el sexo femenino 63,3 %, en cabeceras municipales (79,9%), utilizando principalmente el mecanismo de intoxicación (68,7 %); el principal factor de riesgo notificado fue el trastorno depresivo (38 %), y el principal factor desencadenante el conflicto con la pareja/expareja (41 %) .(2)

Mientras que en el año 2018 fueron notificados 28 615 casos (3), con una mayor prevalencia comprendida en el rango de edades de 15 a 19 años de edad y es más común en los hombres (MinSalud, 2018) según el informe de Forensis en Medicina Legal en el Valle del Cauca, las estadísticas en el año 2016 se presentaron 202 suicidios en el departamento y 244 para el 2018. De acuerdo con María Cristina Lesmes, secretaria de Salud del departamento, los jóvenes entre 18 y 32 años son las personas que más se están quitando la vida, en Cali las estadísticas de individuos que en el 2017 intentaron quitarse la vida llegaron a los 1584 casos, mientras que en el 2018 ascendieron a los 1675. No solo pasa en Colombia, sino que es un problema mundial; Según la OMS (Organización mundial de salud) Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año. Siendo este la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. (4) (5)

Algunos estímulos externos de la vida cotidiana como dificultades económicas, despido laboral, etnia, orientación sexual, duelo, infidelidad, divorcios, conflictos sociales, problemas físicos como enfermedades y/o dolor crónico, asociados a respuestas cognitivas

con función discriminativa como pensamientos de ineficacia, incapacidad, ruina, culpa, entre otros, se encadenan o condicionan por la historia de aprendizaje a pensamientos con función amenazante como inviabilidad de soluciones, falta de alternativas, imposibilidad de escapar o evitar, maltrato familiar incluyendo también respuestas fisiológicas como ansiedad, estrés y angustia con alto grado de sufrimiento. En una primera fase y ante la falta de alternativas para afrontar, escapar o evitar las reacciones antes estas estimulaciones, el sujeto anticipa el suicidio como una operante capaz de evitar el sufrimiento.

En la siguiente secuencia el sujeto emite operantes, pone en marcha el plan establecido y busca el lugar, el momento, el instrumento, y se dispone a ejecutarlo. Si decide hacerlo en solitario (ahorcamiento, disparo, ingestión de fármacos, entre otros) con alta probabilidad lo conseguirá sin que nadie pueda evitarlo por desconocimiento. En otros casos decide hacerlo en un lugar público, (balcón, tejado, puente, etc.) si hay testigos y estos se percatan de la situación llamarán a los servicios de emergencia, policía nacional, los grupos de rescate y/o ambulancias se movilizarán y, en cuestión de minutos acordonarán la zona, se agruparán los curiosos y posiblemente alguien se acordará que existen psicólogos especializados en el tema. Antes de llegar el experto en conducta humana, ya se habrán hecho varios intentos con el sujeto para que desista, por ende, nosotros debemos asegurarnos de salvaguardar la seguridad tanto del paciente como la del profesional en salud.

Las personas uniformadas como la policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias, cruz roja, paramédicos, además de grupos de curiosos añaden nuevos elementos a la estimulación que se pueden configurar para el sujeto con función amenazante, disuasoria, discriminativa, entre otros. Dependiendo de la función de estas variables o las disposiciones del entorno el sujeto ejecutará o desistirá.

El personal prehospitalario es consciente que con sus habilidades deberá ser capaz de configurarse como un estímulo con diferentes funciones para el suicida, es decir tratará de “provocar” en el sujeto; tranquilidad, seguridad, sensación de control, empatía, disminución de reacciones y cambios en sus operantes, con lo anterior se podrá contener a la víctima y contribuir a probabilizar la renuncia del acto suicida.

Pero ¿estamos seguros que esas habilidades son efectivas? ¿Damos un manejo adecuado? ¿Estamos haciendo un adecuado modelo de intervención?

Ahora si viene nuestra pregunta problema ¿hay un modelo de intervención en la atención de pacientes con intento suicida en la fase pre hospitalaria?

Si existe un modelo, este es conocido como el Modelo de Intervención Psicosocial de Emergencia cotidiana y Catástrofes, el cual se da respuesta a los siguientes sucesos: accidentes de tráfico (atropellos, accidentes de moto, coche, autobús), parada cardiorrespiratoria, ideación o tentativa auto lítica, suicidios consumados, crisis de ansiedad, agresiones sexuales, abuso o maltrato de menores, situaciones de riesgo social o maltrato de ancianos, violencia doméstica, arrollamiento de tren, huelga de hambre, comunicación de malas noticias y duelo, donantes, incendios, intervinientes heridos, amenaza de bomba, atentados y sucesos de gran magnitud.

El objetivo de la intervención es, en primer lugar, prestar ayuda al individuo que se encuentra en una situación de crisis, detectar posibles factores de riesgo de trastornos mentales y realizar lo antes posible una orientación hacia la red asistencial sanitaria de atención primaria, contribuyendo con su labor a la prevención en salud pública. (6)

Los principios de esta intervención psicosocial inmediata se han basado inicialmente en los principios descritos por Salomón en 1917 respecto a la reacción al estrés de combate y que posteriormente se han reformulado creando el Modelo BICEPS: a) brevedad: utilización de métodos breves y sencillos adaptados a la situación emocional de los afectados, b) inmediatez: intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de síntomas o la cronificación de otros; c) calidez: a través de una actitud empática y escucha activa; d) expectativas: transmitir información positiva acerca de su capacidad de afrontamiento, potenciando así su autoestima; e) proximidad: actuar lo más cerca posible, desde el punto de vista físico, al lugar del evento para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un Centro de salud mental u hospital; y f) simplicidad: a través de permitir la expresión emocional (dejar llorar, contacto físico, empleo de técnicas de respiración, etc.) (7)

Lo anterior con el objetivo principal de minimizar el impacto psicológico a corto plazo, facilitar un adecuado enfrentamiento a la situación crítica, evitando desorganización y apoyar o facilitar la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento ante situaciones potencialmente generadoras de estrés por su alto contenido emocional y disminuir la

probabilidad de aparición de un trastorno psicopatológico en aquellas personas que han sido víctimas directas o indirecta en sucesos traumáticos e inesperados.

En comparación con otros países, en Colombia existe una muy escasa implementación de guías para en manejo de pacientes con intento suicida en la fase pre hospitalaria. No existe un Plan Nacional y las únicas iniciativas son locales. Lo importante es que tenemos la iniciativa como por ejemplo el doctor César Augusto Arango Dávila; Médico psiquiatra de la Fundación Valle del Lili con su carta de salud: “*El Suicidio no es opción*” publicada en octubre del año 2019 (8) de igual manera nos guiamos de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación(1) y/o conducta suicida (Adopción) Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía para profesionales de la salud Bogotá Colombia Enero 2017 Guía No 60 adaptada de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida; 2012(1)

3. JUSTIFICACION

Los principales aspectos que motivan la presente investigación son: La importancia de trabajar de la mano con la psicología clínica en el estudio del comportamiento suicida mortal y no mortal tomando en cuenta el incremento alarmante en la incidencia de los casos de suicidio e intento de suicidio en los últimos años y que han llegado al punto de figurar entre las diez primeras causas de muerte en el mundo.

El intento de suicidio constituye un problema no solo de salud, sino que además es un problema social que está afectando sobre todo a la salud mental de gran parte de la sociedad colombiana, entre los que se cuenta a las víctimas directas del comportamiento suicida y por otro lado a sus familias, quienes experimentan pérdidas irreparables ya sea por causa del suicidio o el intento de suicidio. La necesidad de trabajar en propuestas de investigación a nivel extra-hospitalario en donde se puedan aplicar las teorías, conceptos, principios y técnicas de la psicología científica en beneficio de la salud, utilizando para ello los recursos físicos, materiales y humanos que proporciona las guías internacionales en países más desarrollados en el tema.

Esto nos incentiva a proponer una guía de atención e intervención integrada de servicios en la atención inicial en casos de personas con intentos suicidas, a difundir la importancia que tiene el abordaje de la salud integral de la persona en calidad de paciente. En el caso específico de los intentos de suicidio además de la atención física en salud de forma oportuna, amerita también que sean abordadas y tratadas en el mismo grado de importancia las condiciones emocionales desencadenantes y predisponentes de la problemática del paciente en el área pre hospitalaria. (9)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un modelo de intervención en la fase pre hospitalaria que guíe en la atención y manejo adecuado en pacientes con intento suicida

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Recopilar datos estadísticos en la problemática de intento suicida
- Identificar términos y conceptos básicos en la atención primaria para el abordaje a paciente con intento suicida nacional como internacional.
- Desarrollar una guía práctica para la atención, evaluación y manejo del paciente con intento suicida en la fase pre hospitalaria.

5. MARCO LEGAL

5.1 MARCO LEGAL NACIONAL

Las bases legales que sustentan nuestro objeto de estudio, principalmente basándonos en la **Ley 1616 de 2013** del congreso de la república de Colombia, por el cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones tales como la ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL constituida por el artículo 10 quien corresponde a la RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL en el que el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos, así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias. (10) (capítulo 1 pag.7) junto el plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 el cual estableció que dentro de la dimensión prioritaria Salud mental y convivencia, la meta es reducir a 4,7 por 100 000 habitantes la tasa de suicidio y lesiones auto infligidas al año 2021. En consecuencia, con estas disposiciones, el Instituto Nacional de Salud – INS vigila este evento desde el año 2016; desde entonces, se observa la tendencia al aumento continuo de casos cada año. (11)

De tal forma, el artículo 13 de manera en que se abarcan las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental, por lo cual la red debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud haciendo énfasis en las 3 áreas principales para nuestra investigación 1. Atención Ambulatoria. 2. Atención Domiciliaria. 3. Atención Pre hospitalaria. Por esta razón se consolida el artículo 22 TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA de tal forma que los prestadores de servicios de salud

deberán garantizar que el talento humano en atención pre hospitalaria, cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.

Todas estas leyes antes citadas dan lugar al seguimiento de nuestra investigación desde el punto de vista legal y dan a conocer las medidas tomadas por nosotros como personal de salud a esta problemática “suicidio”.

5.2 MARCO LEGAL INTERNACIONAL

A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades (12), dado a esto nos hemos puesto en busca de países que han colocado un grano de arena para la intervención del suicidio como por ejemplo Uruguay estipulando la Ley N° 18.097 que otorga un día nacional para la prevención del suicidio y lo declara el 17 de julio de cada año en el que el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretaron el artículo 2°; El señalado día las instituciones educativas de carácter público y privado, así como las instituciones públicas que tengan relación con la prevención del suicidio, deberán realizar actividades brindando información calificada y veraz sobre la problemática y su abordaje. Junto con el artículo 3°; - Será obligatoria la capacitación del personal de la salud pública y privada, bomberos y funcionarios policiales en la atención de personas con señales de comportamiento suicida, así como en el abordaje del rescate. Todo esto aprobado por la sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo el 27 de diciembre de 2006. (13) No obstante Paraguay rige la LEY N° 6.169 DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PERSONAS EN RIESGO DE SUICIDIO. Tomando como referencia el Artículo 6. ° que expone las funciones del Ministerio a través de la Dirección de Salud Mental:

b) Elaborar e implementar un Manual y un Protocolo de Atención e intervención integrado de servicios en casos de personas con intentos suicidas o en situación de riesgo identificados. El Artículo 8. ° da a conocer la Atención y asistencia para toda persona que haya cometido un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el Sistema Nacional de Salud, garantizando su no discriminación y la no difusión de información respecto de su caso.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social elaborará guías y protocolos para la atención y prevención de pacientes con riesgo suicida o con intento de suicidio a ser difundida en todos los departamentos, municipios y entre instituciones públicas y privadas de salud, asegurando el acompañamiento del paciente en todas las etapas de tratamiento,

rehabilitación y reinserción social, así como de su grupo familiar y/o personas cercanas, lo decreta la ley de paraguayas. (14)

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO CONCEPTUAL

Para comprender con profundidad esta monografía es necesario dejar claro los siguientes conceptos:

Suicidio: Es quitarse voluntariamente la vida (Luchinger, Ojeda, & Hernández, 2011)(15). La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública (Organización Mundial de Salud, 2018).

Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida. Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. (16)

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. (16)

Riesgo de suicidio: (del alemán Suizidalität-suicidalidad): “Riesgo de suicidio es la suma de todas las formas de pensamiento y comportamiento humano o de grupo de humanos, que cognitivamente, a través del comportamiento activo, o dejándose estar, buscan con anhelo la propia muerte, o que consideran dentro de las posibilidades de su accionar esta consecuencia”

Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta. Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

En 2007, Silverman et al. realizaron una revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (17). En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y, además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida. Además, añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas

Las definiciones de esta nomenclatura son las siguientes:

- Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones)
- Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, sin que exista evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación suponga por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones.

Existen dos tipos de comunicación suicida:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano
- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.(18)

Enfermedad mental: En términos prácticos , el término “enfermedad” suele reservarse para aquellos procesos patológicos en los que la pérdida de salud tiene una causa orgánica conocida (19)

Trastorno mental: El término “trastorno” es más amplio y se usa cuando hay una alteración genérica de la salud, sea o no consecuencia directa de una causa orgánica. Las nosotaxias psiquiátricas modernas utilizan el término “trastorno” para la mayoría de las entidades que

estudian, lo cual implica que los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad (19)

Depresión Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud)

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización Mundial de la Salud).

Salud Pública: es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida (Ministerios de Salud y Protección Social - República de Colombia).

Sector salud: Este sector regula las normas legales que serán de uso para las Instituciones de Salud tanto públicas como privadas que prestan un servicio a la colectividad en cumplimiento de los principios básicos de la Constitución (Corporación de estudios y publicaciones CEP).

Figura 1. En la estimación del riesgo suicida de un paciente debe tenerse en cuenta este tipo de factores (Ayuso-Mateos et al., 2012; Mann et al., 2005)

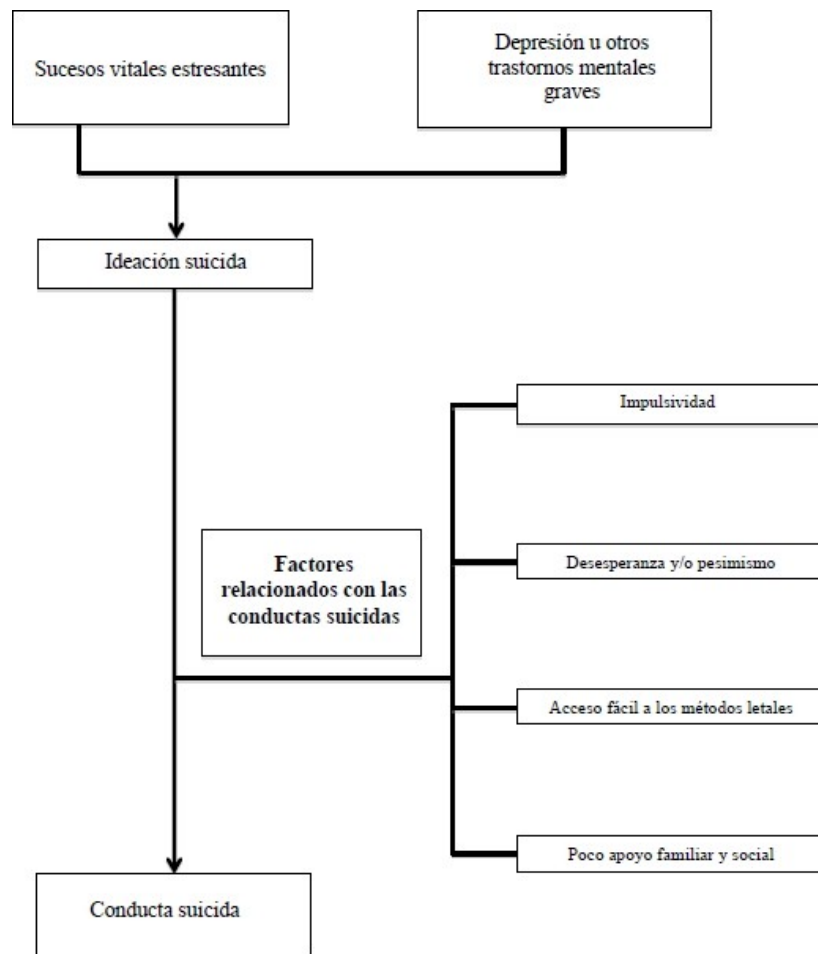


Figura 1. Riesgo del comportamiento suicida (Mann et al., 2005, modificado)(20)

Tabla 1. Conducta suicida en adolescentes y adultos en Colombia, 2015

Conducta suicida Adolescentes Adultos

Ideación suicida	6,6% 6,6%
Intento de suicidio	2,5%* 2,6%
Plan suicida	1,8%* 2,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta nacional de Salud mental de 2015(21)

FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA

Sociodemográficos	Raza blanca
	Personas separadas o viudas
	Personas que viven solas
	Desempleados
	Armas de fuego o tóxicos/venenos en el hogar
Mecanismos más frecuentes para los suicidios	1) Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en vivienda
	2) Envenenamiento (intoxicación con plaguicidas)
	3) Disparo de arma de fuego
	4) Saltar de un lugar elevado
	5) Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en lugar específico
Clínicos	Depresión
	Trastorno bipolar (fase depresiva)
	Trastornos de personalidad, especialmente con rasgos impulsivos o agresivos
	Abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias
	Antecedente de intentos de suicidio previos (más intentos, mayor riesgo)
	Esquizofrenia (al inicio de la enfermedad y luego de hospitalizaciones)
	Historia familiar de conducta suicida (suicidios e intentos), enfermedad mental (especialmente en la madre) u hospitalizaciones psiquiátricas
Traumáticas en la infancia	Maltrato o abuso (físico, psicológico, sexual, etc.), separación de los padres Enfermedad mental en alguno de los padres Abuso de sustancias en el hogar Encarcelamiento de algún familiar
Eventos estresantes	Pérdidas o problemas (afectivos, económicos, académicos, laborales, violencia social, etc.) enfermedades especialmente crónicas o terminales, catástrofes, etc.
Población vulnerable y perteneciente a grupos	Desplazado Habitante de calle Discapacitado Gestante Responsabilidad penal LGBTI2 Menor con medida de protección

Fuente: Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida – Manual profesionales de la Salud- Alcaldía de Medellín (21)

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Realizar una monografía de investigación sobre el tema a tratar basándonos en estudios sobre intentos suicidas, corroborándolo en el último estudio realizado por el ministerio de salud en el año 2015, además de revisiones a datos estadísticos en reportes de forensis del ministerio de salud que encierran las diferentes guías y protocolos en atención de pacientes suicidas del sistema de salud colombiano y de algunos gobiernos internacionales.

7.2 CRITERIOS DE INCLUSION

Los artículos que se tuvieron en cuenta fueron aquellos relacionados a la atención del paciente con intento suicida en el ámbito extra hospitalario, su manejo, intervención, complicaciones y guías nacionales e internacionales para este caso.

7.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

Algunas guías para el manejo a pacientes suicidas en la fase pre hospitalaria

8. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA	TÍTULO	AUTORES	REVISTA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS Y/O CONCLUSIONES	LINK O DOI
-------	--------	---------	---------	----------	-----------------	-----------------------------	------------

8.1 MATRIZ O ARTICULOS QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE INCLUSION ESTABLECIDO

FEC HA	TITULO	AUTORES	REVISTA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDIO	RESULT ADOS Y/ O CONCLU SIONES	LINK O DOI
2016	Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida	Publicado Online – Vivir es la Salida - Salud publica Valencia.	Publicado Online – Vivir es la Salida - Salud	Describir las prácticas para atender y conocer los modelos de atención suicida en pacientes.	Análisis de planes de atención, datos médicos, epidemiológicos y estrategias claves para atender una situación en donde se encuentre un paciente con un intento suicida.	Se utilizaron para analizar datos de prevención y manejo del incidente suicida en el ámbito extra hospitalario internacional.	http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio+WEB+CAS.pdf
2010	Intervenciones	Ministerio de Salud	Convenio 485 de 2010	Realizar una revisión	Con base en estos primeros	Para la presente	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/

	en suicidio	y Protección Social - MSPS	MSPS - OPS/OMS - SINERGIAS	crítica, basada en la evidencia, de la literatura nacional e internacional acerca de intervenciones efectivas para la prevención e intervención de la conducta suicida.	documentos, se revisaron otras referencias bibliográficas y se exploraron publicaciones recomendadas por expertos en el tema, planes y estrategias de prevención	revisión se analizaron publicaciones, guías de práctica clínica y artículos originales relacionados con intervenciones útiles en la prevención y atención de la conducta suicida	BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf
2014	GUÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA	Universidad Industrial de Santander	Proceso bienestar estudiantil subproceso atención en salud	Ofrecer recomendaciones al personal de salud de Bienestar Universitario UIS para la evaluación diagnóstica y manejo (tratamiento, remisiones y seguimiento) de estudiantes con ideación o conductas suicidas que consulten en el servicio.	Orientar en acciones que prevengan la conducta suicida en miembros de la comunidad universitaria UIS, especialmente la estudiantil y orientarlo hacia el público en general.	Los principales usuarios de esta guía son todos aquellos profesionales y personal auxiliar implicados en la atención, manejo y prevención de la conducta	https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

						suicida.	
2016	Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio	Jesús guerra, Ana Ilerma, mikel haranburu	1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. San Sebastián, España. 2) Médico de Emergencias. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, España. ev. Esp. Salud Publica	El objetivo del presente trabajo es ofrecer desde la psicología unas pautas de actuación para que los profesionales de emergencias puedan abordar la situación de evitar un intento de suicidio “in situ”.	Como en muchos supuestos de emergencias, hay que reaccionar rápidamente en un contexto muy estresante. Por ello, nos parece útil la propuesta de un “protocolo de actuación” con una serie de indicaciones de intervención,	El objetivo de una intervención de emergencia en el caso de intento de suicidio es la anulación de dicho intento, y dejar para un momento posterior el estudio y tratamiento, así como las medidas de prevención que se deben adoptar en los casos de tentativa y de riesgo.	http://emergencias.portales.org/descargar/tecnicas-psicologicas-de-rescate-en-intentos-de-suicidio/force_download/
2012	Understanding Risk Protective Factors	Philip Rodgers-Phillis PhD Department of Health and	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	Los factores de riesgo y protección juegan un papel crítico en la	Este documento proporciona una breve descripción de la importancia de los factores de riesgo y	Los investigadores identifican los factores	https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/RiskProtectiveFactorsPrimer.pdf

	<p>for Human Suicide Services</p> <p>A Primer for Preventing Suicide</p>			<p>prevención del suicidio. Para los médicos, identificar el riesgo y</p>	<p>protección a medida que</p> <p>Se relaciona con el suicidio y ofrece orientación sobre cómo las comunidades pueden utilizarlos mejor para disminuir el riesgo de suicidio.</p>	<p>de riesgo y de protección comparan do grupos de individuo s que han muerto por (o intento o contempla ción) suicidio con un grupo de individuo s similares que no han muerto por (o</p> <p>intento o contemplado) suicidio</p>	
<p>2015</p>	<p>Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas</p>	<p>ESPAÑA OSUNA, ANTONI O; FERNÁN DEZ PÉREZ, CATI</p>	<p>Protocolo de salud - Centro de Salud de Pegalajar.</p>	<p>El suicidio constituye la más grave urgencia a la que puede enfrentarse un médico l a la vez que es hoy día un auténtico problema de salud pública</p>	<p>En el hospital de Jaén se llevó a cabo hace nueve años un análisis retrospectivo de este tipo de urgencias donde se demostró su alta incidencia y se proporcionaron valiosos datos</p>	<p>Los paramédicos deben ser adecuadamente educados y equipados para el manejo de las</p>	<p>https:// www.sspa.juntadea ndalucia.es/ servicioandaluzdesa lud/chjaen/files/ pdf/ 1380097721.pdf</p>

				<p>mundial². Cada año se suicidan en el mundo 800.000 personas y, al menos, diez veces más lo intentan³. Cada 40 segundos muere una persona por esa causa. En el año 2020 la mortalidad anual podría ascender al millón y medio.</p>	epidemiológicos.	urgencias intra y extra hospitalarias psiquiátricas incluyendo o como punto fuerte el suicidio.	

9. DESARROLLO DE LA MONOGRAFIA ATENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN LA FASE PRE HOSPITALARIA

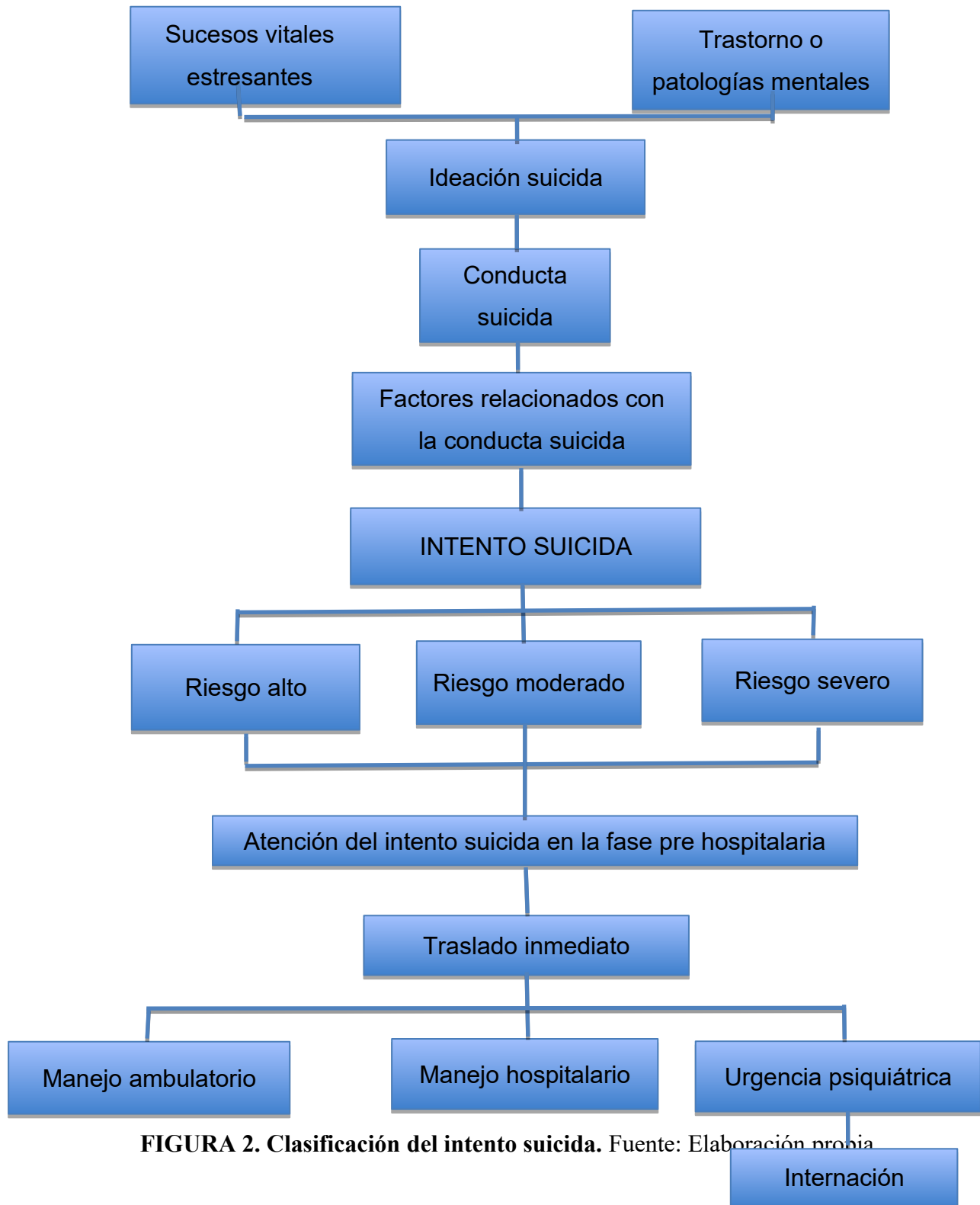


FIGURA 2. Clasificación del intento suicida. Fuente: Elaboración propia

Guía de manejo de incidentes suicidas por parte del personal pre hospitalario.

Nota: Antes de presentar la guía, queremos recordar que el incidente suicida es un evento crítico en donde posiblemente se encuentra en riesgo inminente la vida de una persona, y que cualquier decisión o comentario que tomemos puede afectar de manera positiva o negativa la situación y será crucial para la resolución de la emergencia. Por ello recomendamos siempre si se posee la opción, permitir que los especialistas en el tema (Psicólogos, Médicos, Psiquiatras, Negociadores) ingresen a manejar la situación con el paciente y que el personal pre hospitalario mantenga una posición de apoyo en el sitio. En caso de no tener las capacidades profesionales en la escena, recomendamos manejar de manera correcta las decisiones y palabras a usar con el paciente para poder generar una ayuda terapéutica mientras se brinda otro apoyo clínico o profesional.

A manera de prestadores de salud a nivel pre hospitalario durante un incidente suicida debemos realizar un protocolo crucial antes de intervenir como en toda emergencia a la que nos enfrentemos, presentamos una guía de manera organizada para responder ante un incidente suicida, estructurada con las bases ya mencionadas en los protocolos de atención de cualquier emergencia Pre hospitalaria pero que incluyen componentes psicológicos y de primeros auxilios básicos que podemos ofrecerle al paciente mientras esperamos por ayuda profesional o mientras realizamos un traslado al centro asistencial.

Es bien decir que no todos los incidentes suicidas son iguales, algunos pueden presentarse con traumas a nivel físico donde la persona logra auto infringirse y debemos realizar además de la intervención psicológica una atención médica de la condición del paciente. En otros se presenta una situación en la que el paciente refleja el deseo de realizar el acto mas no se ha consumado algún tipo de traumatismo y puede haber presencia de armas en el sitio o no, independientemente de ello y luego de haber generado un aseguramiento y análisis de la escena debemos realizar una intervención psicológica para solucionar la situación. Y por último se encuentran los incidentes donde se generan acciones suicidas y el paciente se encuentra inconsciente o con un estado mental totalmente alterado pero su vida corre peligro inminente, como la intoxicación por ingesta de sustancias intencionales o

inconciencia debido a descompensación por traumatismos generados por el mismo paciente. En todos estos casos se debe generar un traslado para poder brindar ayuda tanto a su estado de afectación mental como a sus traumatismos físicos.

Dividiremos la guía de atención en 5 puntos clave que resumen de manera organizada los aspectos más importantes a tener en cuenta como tecnólogos en atención pre hospitalaria con un incidente suicida.

1. Seguridad:

Principalmente antes de cualquier procedimiento se debe generar seguridad tanto para nosotros como equipo de intervención, como para el paciente y sus familiares o personas aledañas al incidente. Esto independientemente de si es una situación que apremie el tiempo de trabajo con el paciente o que por su defecto nos permita tener un desarrollo más lento de la misma. En ambos casos no se deberá iniciar maniobras hasta no asegurar la escena. Hemos organizado los aspectos principales a tener en cuenta en materia de seguridad en un incidente suicida.

- Mantener líneas de comunicación abiertas entre el equipo de intervención y la central de despacho o profesionales en el tema.
- Analizar rápidamente si el sitio del incidente es un espacio cerrado o abierto, sus posibles salidas de emergencia y resguardos en caso de ser necesitadas.
- Balizar completamente la escena, alejando a todas las personas que no tengan relevancia en el sitio, incluyendo si es necesario familiares alterados por la situación.
- Intentar generar un ambiente de calma, restringir el uso de sirenas de emergencia u algún otro instrumento que genera contaminación auditiva fuerte.
- Alejar o esconder todos los posibles objetos que puedan llegar a ser usados como armas por el paciente.
- Si es necesario y se encuentran disponibles utilizar equipos de manejo de situaciones en alturas como (Arnés de seguridad, o líneas de vida)
- Posicionar al personal del equipo de manera estratégica teniendo en cuenta la disposición del incidente.
- Tener siempre a mano, una maleta de trauma o equipo de respuesta rápido para atender cualquier complicación presente en el sitio, se recomienda principalmente equipo para atención y control de hemorragias.

- Tener presencia en el sitio de entes acompañantes como Policía, Bomberos, Cruz Roja o Defensa civil en caso de necesitar colaboración o de incluir maniobras de contención con el paciente.

Estos son algunos de los puntos básicos e importantes a tener en cuenta al analizar la seguridad del sitio y del equipo, se recomienda igualmente no ingresar a la escena o generar intervención si denotamos un peligro inminente para nosotros como prestadores de salud. Siempre es de vital importancia hacer un buen croquis de la seguridad de la escena para una posterior intervención. Todos estos factores son condicionantes para ir forjándonos una mejor idea de la conducta a tomar con un incidente suicida.

2. Análisis:

El intento suicida es un incidente altamente complicado a manejar por parte del personal Pre hospitalario u organismos de socorro, este involucra alteraciones a nivel físico y mental en el paciente. El buen conocimiento de la escena y de la gravedad de la situación nos lleva a saber analizar mucho mejor la condición del paciente y comprender las posibles etiologías del mismo. Este análisis debe darse antes de iniciar contacto con el paciente como tal, recabando la mayor cantidad de información con los familiares que hagan presencia en el sitio. Algunas de las posibles preguntas que se deben hacer en esta fase son:

- ¿Presenta patologías previas?
- ¿Posee antecedentes psicológicos o psiquiátricos?
- ¿Toma alguna medicación?
- ¿Ha presentado ideaciones suicidas o intentos previos?
- ¿Ha cambiado sus comportamientos últimamente?
- ¿Ha tenido problemas y de que índole?

Estas son algunas de las preguntas que tanto nosotros como tecnólogos en atención Pre hospitalaria como el resto de personal de nuestro equipo pueden recoger durante esta fase de la intervención. Al tener un paciente mentalmente inestable estos datos de análisis deben recogerse con los familiares o personas cercanas al sitio que conozcan al sujeto en cuestión, en caso de no tener esta información debemos proceder con mucha más cautela si la situación lo amerita, el tiempo es un factor crucial en este tipo de incidentes, pero es recomendable siempre esperar la llegada del personal entrenado.

Antes de iniciar la intervención con el sujeto. Como en toda intervención psicológica es imprescindible seguir la premisa “sin evaluar ni podemos ni debemos intervenir” y, por tanto, debemos recabar toda la información disponible con familiares, intervinientes, testigos, etc.

Si el profesional en psicología o atención suicida no ha hecho presencia en la escena, podríamos vernos en la necesidad de intervenir en una especie de atención psicológica de emergencia y brindar primeros auxilios psicológicos al paciente, para ello es bueno que conozcamos algunos aspectos del sujeto a tratar, aspectos que podríamos deducir a partir de las preguntas mencionadas anteriormente, además de esto debemos analizar muy bien el sitio donde se lleva a cabo el incidente. Este nos puede brindar información importante de lo que está sucediendo mediante objetos alrededor de la escena, conocer si es un sitio de relevancia para el paciente o si exacerba o calma su comportamiento. Podremos preguntar a los familiares o demás personas si la situación nos lo permite por las actividades del paciente, sus labores diarias, sus pasatiempos y su círculo familiar, esto nos permitirá tener un margen de tiempo más amplio para trabajar en la intervención y nos brindará herramientas para acercarnos más fácilmente a él o ella.

Nota: Hay que denotar como mencionamos antes que en muchos incidentes no contaremos con familiares o personas cercanas al paciente, se debe intentar de igual manera recabar información meticulosamente entre las personas que estén en el sitio y saber discernir muy bien que datos son importantes o cuales pueden servir para posterior uso de la intervención. Tener en cuenta que el incidente suicida es una situación muy volátil.

3. Intervención:

Luego de tener seguridad en la escena y conocimiento de la misma podemos generar un primer acercamiento con el paciente, siempre teniendo una comunicación verbal clara y manejando la calma en todo momento. En este punto lo más importante es generarle confianza al paciente, que sienta empatía por parte de nosotros como prestadores de salud y que pueda encontrar un apoyo terapéutico en el mismo. Para lograr esto nos apoyaremos de los primeros auxilios psicológicos, los cuales hemos organizado en 5 momentos claves para una mejor resolución de la situación.

Antes de presentar los 5 momentos claves de la atención es muy importante denotar que habiendo realizado un contacto con el paciente debemos analizar unos aspectos físicos que nos darán guías de lo que le puede suceder y nos llevarán a orientar la charla y los primeros auxilios hacia el punto clave que exacerbo o impulso al paciente en cuestión a realizar un intento de suicidio.

Así mismo añadiremos algunos aspectos que el respondiente o tecnólogo en atención Pre hospitalaria deberán adoptar para mejorar las condiciones en las que atenderá la emergencia.

3.1 Análisis del paciente

Analizar la comunicación del paciente con su entorno es importante para saber cómo dirigir nuestra conversación, los elementos aledaños a la escena pueden darnos indicativos de porque se causó la acción o que lo pudo llevar a ello, pero también indicios de la personalidad de nuestro paciente.

3.1.1 Físico del paciente

Es bien dicho que todo lo que podamos deducir de estos análisis son hipótesis o causales hipotéticas de la conducta. La condición física del paciente nos puede dar indicios de desnutrición, falta de sueño, intentos previos o autolesiones, o presencia de patologías previas.

3.1.2 Accesorios o vestimenta

La manera de vestir y los accesorios que lleve consigo pueden ser indicativos de su orden, pulcritud y manera de enfrentar las situaciones. Por ejemplo, unas prendas sucias y con un ambiente desorganizado nos puede dar la idea que la persona lleva días en una condición de desaseo o de abandono, los accesorios pueden indicarnos su manera de comportarse o sus gustos. (Anillos, cadenas, logos). Por ejemplo, los accesorios religiosos nos dan un indicio que la persona puede profesar alguna religión y podría usarse como apoyo para la charla. Aunque en muchos casos pueden no ser indicios claves para la atención pueden usarse para entablar conversaciones con el paciente como lo mencionamos anteriormente.

3.1.3 Movimientos o gesticulación (comportamiento no verbal)

Es importante denotar la gesticulación y movimientos en el paciente, una agitación psicomotora puede ser condicionada por el uso de medicación o por ingesta de sustancias psicoactivas previas, los estados de hipervigilancia y trastornos del lenguaje también nos indicarían el nivel de cuidado que debemos tener al abordarlo y si tal vez hay condiciones psiquiátricas o psicológicas previas en el mismo. La mirada perdida, fija o con preocupación nos puede llevar a dudar del estado de conocimiento que tiene de la situación y de los comportamientos previos o a seguir por parte del paciente.

3.1.4 Conciencia, Contenido y estados alterados.

La calidad del dialogo que tengamos con el paciente es importante en la medida que analicemos como poder sobrellevar una buena comunicación, las ideas recurrentes o manifestaciones fuertes pueden indicarnos una situación traumática previa. Evaluar si el paciente se encuentra orientado en su realidad es importante también para así mismo generar un dialogo claro, en caso de que este se encuentre en un estado donde el contenido de su realidad se vea afectado, es posible analizar esta característica como canal de comunicación para establecer apoyo al paciente y no intentar sacarlo de su realidad. Dependiendo de la situación es una buena herramienta para tornar la conversación a nuestro favor y seguir recabando información, además de mostrar empatía con el sujeto.

Analizar si presenta signos de algún estado alterado de consciencia es importante en la medida que nos dé señales de cómo podría reaccionar ante nuestra charla. De nuevo enfatizamos en siempre orientar la charla hacia sentimientos empáticos, el paciente suicida normalmente se encuentra en un estado de depresión y/o ansiedad, donde muy normalmente tomo esta iniciativa al no encontrar apoyo en sus círculos sociales. Al brindarle estos sentimientos nos convertiremos en un canal de información y que muy posiblemente pueda ser la clave para lograr que el sujeto desista de sus ideas suicidas.

3.2 Riesgo Suicida

Determinar el riesgo de mortalidad o evaluación del riesgo suicida considerando los pasos que se plantean a continuación:

- Realizar una descripción detallada de la presentación de la conducta suicida, que incluya:
 - Evaluación de la conducta: a través de preguntas que permitan conocer las características y/o tipo de la conducta suicida como ideación, intento, autoagresión.
 - Intencionalidad: Gesto manipulador / ambivalente / intención seria. - Letalidad:
 - Premeditación: Evaluar las horas y días que han transcurrido planeando el suicidio y la posibilidad de acceder a armas y/o tóxicos. Existencia de un plan detallado, baja probabilidad de ser descubierto.
- Evaluar síntomas y signos de trastorno mental la comorbilidad con particular atención en trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad.
- Establecer estresores psicosociales, pérdidas recientes, dificultades económicas, cambios en el estatus socioeconómico, violencia intrafamiliar, estado de empleo, soporte familiar, creencias religiosas sobre la muerte y el suicidio. (18)

3.2.1 Comportamiento

La forma como nos acercamos es una parte muy importante del proceso, intentar siempre observar a que nivel de altura se encuentra el paciente, o desde que posición nos está hablando. Por ejemplo, si se encuentra de pie es importante que nos acerquemos de la misma manera, pero con cautela. Si el paciente se encuentra sentado, acostado o en otra posición es importante intentar adoptar el mismo nivel de altura, para no generarle sensación de poder y ponernos en la misma condición del sujeto, esto le brindara a un sentimiento de calma y nos podría permitir acercarnos más fácilmente.

(La posición que adoptemos debe brindarnos la capacidad de estar cómodos tanto con nosotros mismos como con el paciente y la escena en sí, pero independientemente de esto analizaremos una manera rápida para escapar del incidente en caso de que este se torne riesgoso o que el paciente presente señales de agitación psicomotora grave)

3.2.2 Contacto visual

El contacto visual siempre debe estar orientado a una mantener mirada fija al paciente, en pro de analizar los posibles cambios que tengan la situación y el sujeto como tal, debe ser una mirada neutra pero que le brinde la sensación de acompañamiento y empatía que hemos estado buscando.

3.2.3 Lenguaje

El lenguaje que manejemos va a depender mucho de la situación, teniendo en cuenta aspectos socioeconómicos, comportamientos del paciente o edad del mismo. Siempre utilizando una comunicación, suave, comprensible y clara, buscando la manera de extraer al paciente de la situación o del peligro. Por ejemplo: Podemos ver la oportunidad de utilizar términos coloquiales o familiares para el paciente que ayuden a orientar la charla hacia un mejor acercamiento. Todo esto viene derivado de haber realizado un buen análisis de la situación.

3.2.4 Movimientos

Nuestros gestos y movimientos hablan de manera elocuente y acompañan nuestro discurso. Preferiblemente debemos mantener las manos siempre visibles y podemos usarlas como una manera para apoyar nuestra intervención, explicándole al paciente quienes somos, presentándonos o simplemente como método para atraer la atención del mismo o desviarlo de sus ideas. No deben ser movimientos bruscos, siempre deben ser lentos y meticulosos. Se realizarán pidiéndole permiso al paciente si este lo nota, utilizando objetos del entorno (Objetos personales, ventanas, sillas, teléfonos, fotografías). Se debe realizar bajo extremo cuidado.

3.3 5 Momentos Claves de Primeros auxilios psicológicos

Al momento de comenzar una intervención nos debemos apoyar en estos 5 puntos que brindaran un apoyo psicológico inicial y básico al paciente.

3.3.1 Preguntar

La primera intervención que generaremos luego de presentarnos ante el paciente debe ser una pregunta. “¿Qué puedo hacer por ti? “, esta pregunta nos llevara a generar un vínculo con él, seguidamente si se genera una respuesta negativa seguiremos demostrando nuestro deseo de ayudar, de hacerle saber que estamos allí para brindarle un apoyo, que no se encuentra solo y que queremos conversar con el más allá del hecho de terminar la emergencia. Es importante hacer esta pregunta y la seguida conversación de la manera más pacífica posible ayudando al rescatista a tener un ambiente empático.

3.3.2 Escuchar

Aunque estamos en medio de una conversación debemos desarrollar la capacidad de escuchar, siempre y cuando el tiempo nos lo permita. Es importante brindarle al paciente el espacio para que se comunique con nosotros, dándole especial atención a los silencios que este use durante el curso de la charla, pues podrían demostrar algunos puntos claves que usaremos a nuestro favor, recordemos que el silencio es elocuente en pacientes que cursan con afectaciones psicológicas pues en muchos casos el intento suicida es una explosión de sentimientos o situaciones retenidas por el paciente. Debemos evitar dar consejos o juzgamientos sobre los temas que el paciente nos esté comentando, en este punto hablar poco y escuchar más, nos brinda mejores desenlaces que algún otro tipo de conversación.

3.3.3 Acompañar

Acompañar activamente al paciente fortalece los lazos empáticos que deseamos formar, necesitamos que este encuentre en nosotros un apoyo suficiente para desistir de sus ideales

suicidas y que por ende nos permita generarle una posterior atención médica y psicológica. Para este apartado es importante acompañarlo en sus afectaciones, entendiendo que los problemas afectan de manera diferente a cada persona. Acompañarlo también en sus gustos, sentimientos o dolencias es una forma de acercarnos a las causas que pudieron llevarlo al extremo de esa situación. Discernir los puntos claves de acompañamiento es clave para concedernos una ventana a la manera de pensar del paciente y así mismo saber escoger entre qué puntos usaremos para continuar con nuestra ayuda.

3.3.4 Expresar

Podemos expresar nuestra voluntad de ayudar permitiéndole al paciente que sus emociones afloren, no debemos cohibirlo de que demuestre lo que siente ante nosotros, por el contrario, debe sentirse en confianza para contarnos lo que le sucede y lo que le ha estado afectando. A medida que la conversación avance podemos ir definiendo cuales sentimientos o emociones son las importantes a tratar. En este punto deberemos tener cuidado, pues, aunque es importante que el paciente revele lo que siente ante nosotros, algunos de estas condiciones, sentimientos o situaciones pueden exacerbar o impulsar los pensamientos suicidas que presente, además de empeorar la condición depresiva que pueda tener el mismo. En estos casos si deberemos brindar un abordaje diferente o más enfocado cuando encontremos o denotemos los sentimientos que más le están generando afectación al paciente.

3.3.5 Respetar e invitar

Debemos acoger con naturalidad todo lo que el paciente nos está confiando, es de tener en cuenta que estamos siendo un punto importante en la cadena de apoyo que el paciente necesita para salir o mejorar la condición suicida. El respeto es fundamental ante cualquier ideología, pensamiento, situación o comportamiento que estemos observando o escuchando por parte del paciente. El rescatista debe ser una personal neutral ante cualquier condición que se presente, claramente usando todas las herramientas brindadas anteriormente en aras de generar un ambiente empático con el paciente y por ende una buena resolución del incidente. Siempre vamos a intentar brindar una sensación de seguridad, antes, durante y después de la emergencia y al menos hasta poder ubicar o trasladar al paciente a un nivel más alto de atención o hasta encontrar apoyo de un profesional.

Modificaciones Kinesiológicas. Cuando después del proceso descrito anteriormente, cambia su posición en relación al contexto potencialmente amenazante. Disminuyen o cambian las posiciones corporales de amenaza, (se aleja de la ventana, cambia su posición frontal a lateral en el puente o en la grúa, la escena como tal.) entramos a actuar (la seguridad del paciente) y comenzar hacer tipos de compromisos con él para intentar persuadir la situación que está pasando.

4. Finalización de la intervención y toma de decisiones.

Si el paciente consuma el acto suicida se debe realizar un posterior análisis de los métodos utilizados y su eficacia, pueden desarrollarse varias hipótesis para mejorar la atención en casos posteriores, pero siempre se recomienda una reunión luego del incidente para conocer lo sucedido y retroalimentarse de ello. Los puntos anteriores de análisis e intervención nos dan en este momento la capacidad de escoger si debemos o podemos asegurar un perímetro de seguridad para que los cuerpos de socorro realicen o no una sujeción mecánica del paciente, de igual manera las maniobras de rescate siempre deben tomarse como una opción y las cuales recomendamos se realicen a la par de la intervención por parte del personal médico independientemente si estas se necesitan o no durante la emergencia. Por ello enfatizamos en la comunicación con todo el personal. Aun así habiendo llegado hasta este punto, es muy posible que el tecnólogo en atención Pre hospitalaria o profesional en atención medica haya logrado que el sujeto desista de cometer el acto y podamos generar una mejor atención, este será el momento perfecto para convencerlo de salir de la situación potencialmente riesgosa para el (Soltar el arma, alejarse del sitio donde se encuentre, cambiar de posición).

Aunque habremos logrado la finalización de un acto suicida, todavía quedan tareas por organizar, es aquí cuando más acompañamiento se le debe dar al paciente, se recomienda seguir usando los puntos de primeros auxilios mencionados anteriormente para que el paciente continúe encontrado un espacio de calma y ayuda en todos nosotros. Por esto es importante que toda nuestra tripulación y entidades de apoyo tengan conocimiento de estas

bases psicológicas de primeros auxilios para que entre todos podamos finalizar la emergencia de la mejor manera.

En todo caso no utilizar las típicas frases hechas como tranquilo, todo tiene solución, piensa en tus hijos, no hagas locuras, etc. Tampoco dar consejos, recetas o prescripciones vulgares. En todo este proceso trataremos que el sujeto intente buscar pequeños objetivos a corto plazo que le ayuden a salir del “túnel emocional”. En algunos casos podemos sugerirle pequeñas estrategias alternativas. Esto reviste peligros porque el sujeto puede haberlas desechado de antemano. A la mínima señal de contrariedad, el profesional tratará de volver a la situación de receptor.

Como recomendación una vez hayamos entrado en contacto con el paciente, es importante nunca perder la vista y noción de lo que está sucediendo o realizando, pues podría existir el escenario en que se vuelva a presentar un intento suicida por parte del sujeto o que simplemente acceda a nuestra ayuda para consumir más fácilmente el acto.

5. Traslado y atención.

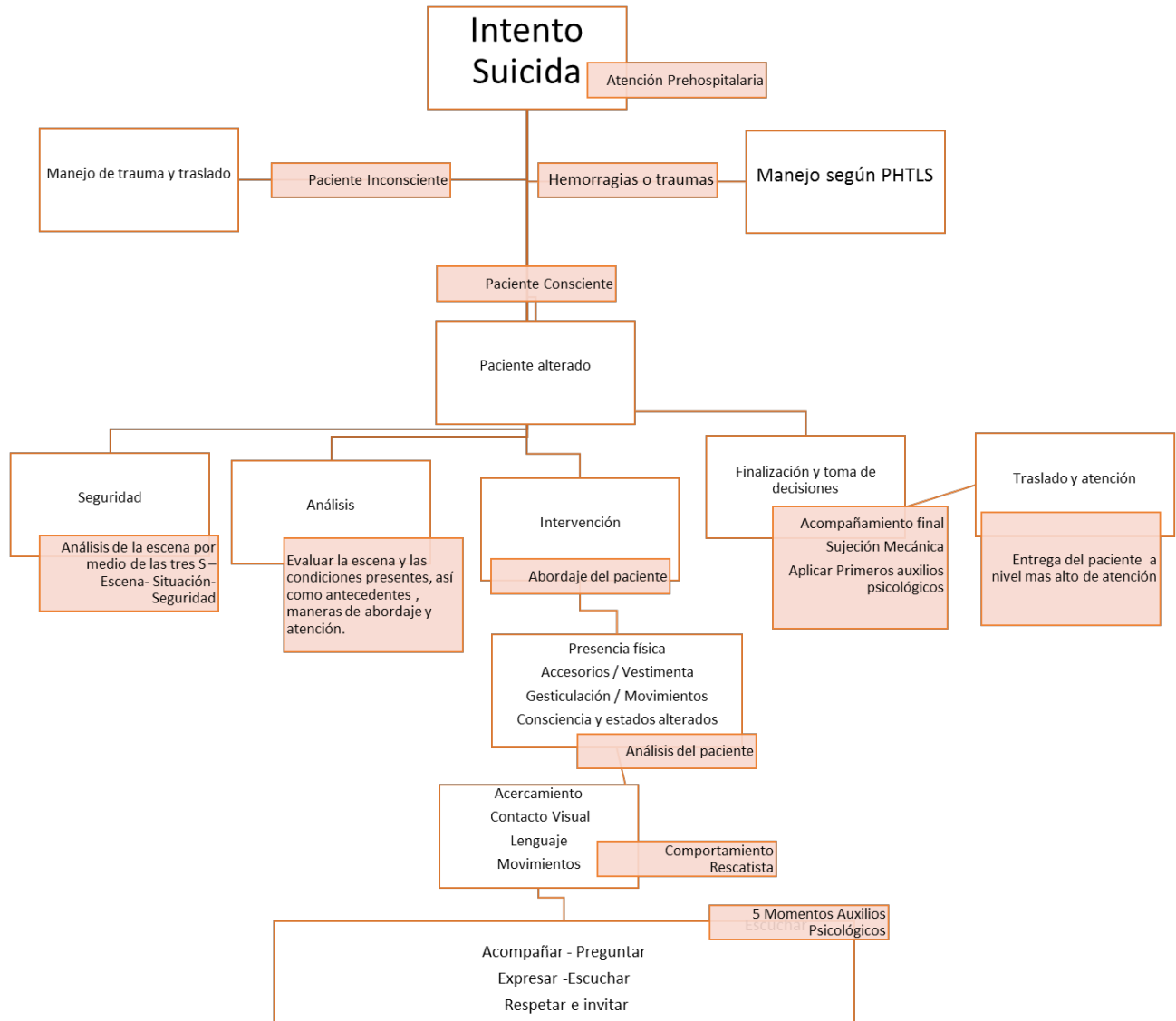
El traslado del paciente en ambulancia u otro vehículo de emergencia debe realizarse de manera silenciosa, es decir como mencionamos en los primeros apartados evitar la contaminación auditiva de sirenas de emergencia, radios, canciones u otra distracción que lo pueda llevar a exacerbar su condición. Siempre se debe comentar con el paciente que deberá ser trasladado con correas de sujeción, argumentándole que es para su propia protección, y siempre acompañándolo activamente en todo momento. Durante este traslado comenzaremos a llenar la historia clínica del paciente, recabando muy bien todos los datos que nos pueda brindar para dar una buena entrega al centro asistencial y mejorar la posterior ruta de atención que se le brindara

La historia clínica que además de los datos del paciente y el acudiente, recomienda se llenen los siguientes apartados: 1) Motivo de consulta, 2) Descripción de la problemática, 3) Vínculos afectivos y redes de apoyo, 4) Antecedentes personales y familiares, 5) Historia personal (infancia y adolescencia), 6) Historia escolar, 7) Examen mental, 8) Descripción de dimensiones, 9) Diagnóstico y 10) Tratamiento. Cada uno de estos ítems debe ser llenado de la manera más completa, describiendo la situación del paciente.

En esta parte del interrogatorio se recomienda usar la información conseguida durante la intervención (Gustos, hobbies, actividades, etc.) que nos permita desviar la atención del paciente hacia sentimientos diferentes a los que pueda estar experimentando, buscando puntos de felicidad o bienestar, utilizando a favor toda la empatía y conexión que hemos ganado a lo largo de la emergencia. Es importante si vamos acompañados de personal médico especialista mantener cerca medicamentos de sedación o control por si la situación se torna complicada o vemos que podría salirse de control. Aunque recomendamos siempre intentar basarse en la guía que presentamos para resolver todo de la manera más tranquila posible, es importante igual mencionar que, aunque debemos trabajar en equipo con nuestra tripulación y entidades de socorro es mejor que solo una persona realice todo el acompañamiento e intervención con el paciente, manteniendo claramente los canales de comunicación abiertos siempre para solicitar apoyo en caso de ser necesario. Recordar y enfatizar que la emergencia no termina hasta que el paciente quede ubicado en una institución de atención de más alto nivel o en manos médicas profesionales, hasta ese momento el paciente sigue estando bajo nuestro acompañamiento y debe ser custodiado, acompañado y apoyado por el personal pre hospitalario.

**9.1 PASOS PARA LA ATENCION EN PACIENTE CON INTENTO SUICIDA EN
LA FASE PRE HOSPITALARIA**

FLUJOGRAMA



Fuente: Elaboración Propia – Basandonos en la guía construida para la misma investigación y tomando como apoyo el PHTLS 9º Edición.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Exponer una guía para el manejo de pacientes en el ámbito pre hospitalario hacia incidentes suicidas mediante una revisión de datos estadísticos en la problemática de intento suicida, identificando los términos y conceptos básicos en la atención primaria tanto a nivel nacional como internacional, garantizando el bienestar integral del paciente participante del proceso junto con el personal de salud

Algunos aspectos clínicos que esperamos abordar con la guía son, identificar los aspectos generales de la ideación y conducta suicida evaluando así los factores de riesgo de la conducta suicida en atención primaria.

Proponer una intervención de la ideación y/o conducta suicida en atención primaria, urgencias y atención especializada garantizando el bienestar integral del paciente participante de los procesos. Buscar satisfacción de los usuarios con las acciones, procedimientos e intervenciones realizadas del personal de salud. Formar parte de una red de apoyo, participando de procesos de consejería integral y multidisciplinaria la cual se realizará a través de estrategias como:

- Talleres psicoeducativos de prevención en Salud Mental enfatizando en la problemática a manejar y recomendaciones para conseguir una estabilidad emocional.

- Encuentros, talleres, foros, jornadas preventivas o reuniones previas y secuenciales a lo largo del tratamiento con el fin de proporcionar información específica sobre la problemática y llevar a cabo un seguimiento de la misma.

Identificar las creencias centrales asociadas al intento suicida y las estrategias de afrontamiento habituales enseñándole al paciente la relación entre , pensamientos-emociones-conductas, orientándolo para que adquiera un mayor dominio cognitivo como :

- Mejor comprensión del significado de la realidad, los problemas o los incidentes que generan crisis.

- Enseñar al paciente técnicas que propicien respuestas adaptativas frente a pensamientos disfuncionales

- Enseñar estrategias para establecer una comunicación asertiva con las demás personas

Aspectos no abordados por la guía

Esta guía no cubre de manera exhaustiva, todas las áreas de la ideación y/o conducta suicida, por lo tanto, no se han incluido los siguientes aspectos:

- El tratamiento somático de episodio suicida
- El tratamiento específico de la enfermedad concomitante con la conducta suicida
- La organización de los servicios asistenciales
- Los aspectos éticos y morales

Consejos para prevenir

Se pueden generar recomendaciones al paciente o persona afectada por la ideación suicida, algunos de estos podrían ser:

-Busque ayuda lo antes posible. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica. -Hable de sus pensamientos suicidas. No se los guarde para sí mismo.

-Permanezca acompañado hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.

-Piense que las crisis son transitorias. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida.

-Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir sino acabar con su sufrimiento.

-Piense en las cosas o personas importantes que le han ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.

-No se aíse. Trate de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.

-Trate de centrarse en el día a día. Pensar más allá puede ser abrumador si siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.

-Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.

-Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas sustancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.

-Aproveche su tiempo en actividades que le gusten y que le permitan distraerse.

-Vaya a ver a su médico o a su especialista para hablar del apoyo o el tratamiento. Hable de sus pensamientos y sentimientos sobre el suicidio con su médico. Converse sobre los modos con los que usted se mantiene a salvo y asegúrese de que recibe los mejores tratamientos y cuidados.

-Escriba un diario en el que pueda anotar las cosas realmente importantes para usted. Escriba sus sentimientos y léalos cuando los pensamientos suicidas le aparezcan.

11. CONCLUSIONES

La investigación nos muestra que, aun siendo un tema tan complicado, el intento de suicidio se presenta con igual o más frecuencia que otras patologías en el ámbito pre hospitalario. Los diferentes tecnólogos en atención Pre hospitalaria y sus tripulaciones son los encargados de afrontar y responder en primera línea a este tipo de incidentes. La falta de investigación, desarrollo y capacitación lleva lamentablemente al fallo en la atención de estas emergencias, son muy pocos los protocolos y estándares implementados en nuestro país actualmente que involucren al personal pre hospitalario. Es aquí donde se ve la necesidad de crear y fomentar la capacitación en guías de manejo del trastorno e incidente suicida.

Por medio de estas se puede implementar entrenamiento en primeros auxilios psicológicos y mejorar la manera como se atienden este tipo de emergencias a lo largo del territorio colombiano, además de ayudar a concientizar y mejorar las capacidades de respuesta de los equipos pre hospitalarios y por ende a reducir los niveles de suicidas en Colombia.

12. ANEXOS

MITOS	REALIDAD
<i>Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo</i>	De cada 10 personas que se suicidan, 9 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas, la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
<i>Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo llamar la atención.</i>	Son personas a las cuales les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.
<i>Si de verdad se hubiera querido matar, habría utilizado un método más agresivo.</i>	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. La elección del método dependerá de la disponibilidad.
<i>Todo el que se suicida estaba deprimido</i>	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste.
<i>Todo el que se suicida es un enfermo mental.</i>	Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo
<i>El suicidio se hereda</i>	. No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. Puede intervenir el aprendizaje vicario.
<i>El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulsos</i>	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en él esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que se le ofrezca para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
<i>Al hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo se le puede incitar a que lo realice</i>	Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en la constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia

	otras personas y reservándola para sí mismo.
<i>Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.</i>	Muchos suicidas expresan con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que va a ocurrir.
<i>El suicida desea morir</i>	El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.
<i>El que intenta el suicidio es un cobarde o un valiente.</i>	Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren
<i>Si se reta a un suicida no se matará</i>	Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestrucción.
<i>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio</i>	Criterio científico. Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema.

—
Fuente: Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos (22)

13. Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. [Santiago de Compostela]: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Consellería de Sanidad; 2012.
2. Instituto Nacional de Salud Colombia. Informe del evento Intento de suicidio 2017. FOR-R02.4000-001 V 03.20180420. [Consultado el 27 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf
3. Instituto Nacional De Salud. Informe del evento intento de suicidio. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2019 p. 3-14. Disponible en : https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf
4. Suicidio [Internet]. Who.int. 2020 [Citado - 23 April 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Pais E. Preocupación por aumento de casos de suicidio en Cali [Internet]. elpais.com.co. 2019 [Citadoo - 23 April 2020]. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/calipreocupacion-por-aumento-de-casos-de-suicidio-en-cali.html>
6. Pacheco et al, 2008. Pacheco Tabuena T., Condés Moreira M.D, Pérez Villalanda E. , Benegas Bautista J.N.y Ajates Gutiérrez B.(2008) Psicología: Disciplina necesaria en Emergencia Extrahospitalaria..Prehospital Emergency Care (ed. esp.), Vol 1, Núm. 4. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000500003
7. Pols y Oak, 2007. Pols,H., Oak, S.(2007). War and military mental health. The US Psychiatric response in the 20th century. American Journal Public Health. Vol 97, no 92.
8. Arango Davila C. El suicidio no es una opción - Carta de la Salud. 1st ed. Cali, Valle del Cauca: Fundación Valle del Lili.; 2019.

9. Álvarez Ariza M. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1st ed. [Madrid]: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011
10. García Ochoa I, Armas Caicedo R. Principales factores que predisponen al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional. 1st ed. Quito: Universidad Politecnica Salesiana; 2012.
11. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [ley_1616_2013] [Internet]. Secretariassenado.gov.co. 2013 [cited 23 April 2020]. Disponible en : http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
12. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. [Consultado el 28 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
13. Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2012 [citado 23 Abril 2020]. Disponible de: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
14. CÁMARA DE REPRESENTANTES [Internet]. REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. 2006 [citado 23 Abril 2020]. Disponible de: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/20061227D0004_SSN3674804.html#pagina54
15. Factores de riesgo y contexto del suicidio. Revista Memorizacom [Internet]. 2011 [citado 14 May 2020];8(15-25):www.memoriza.com. Disponible en : http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
16. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental Conducta suicida. Bogota: Ministerio de Salud; 2018 p. 1-25. [citado 14 May 2020] Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

17. Congreso de Paraguay c. ley n° 6.169 - de prevención y atención de personas en riesgo de suicidio. Paraguay: el congreso de la nación paraguaya; 2018. [citado 14 May 2020] . Disponible en : <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8689/ley-n-6169-de-prevencion-y-atencion-de-personas-en-riesgo-de-suicidio>
18. Industrial de Santander U. Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. [Internet]. 1era ed. Bucaramanga: Jefe DBU / Jefe SSISDP; 2014 [citado 8 Mayo 2020]. Disponible en : https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
19. Martínez L. Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Medicine 2007- Actualizacion [Internet]. 2007 [citado 14 May 2020];9(84):1.Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0211344907746672/first-page-pdf>
20. Baca-García, E., Díaz-Sastre, D., García-Resa, E., Blasco-Fontecilla, H., Braquehais, D., Oquendo, M.A., Saiz-Ruiz, J. y De León, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255, 152-156. [citado 14 May 2020] . Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/8178557_Suicide_attempts_and_impulsivity
21. Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. 1st ed. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2020. [citado 14 May 2020] . Disponible en : <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
22. Pérez Barrero S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2005 [citado 14 May 2020];XXXIV(3):1-10. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634305.pdf>

23. 9. (NAEMT) N. PHTLS Spanish. 9th ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, LLC; 2018.