

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: 001-09-22
	GUÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA	Version: 01 Página 1 de 22
Revisó DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	Aprobó: LUIS CARLOS TENORIO HERRERA	Fecha de aprobación: AGOSTO DE 2.022

1. OBJETIVOS

- Ofrecer recomendaciones al personal de los Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial de Bienestar Estudiantil de las **INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA FUNDACION MERCEDES HERRERA MORA DE TENORIO** para la atención de estudiantes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida que consulten los servicios de la CSISDP.
- Brindar la mejor atención y ayuda a los pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida, sus familiares y allegados.

2. ALCANCE

La población beneficiaria de este servicio son todos los estudiantes de primaria y bachillerato matriculados en las **INSTITUCIONES DE LA FUNDACION MERCEDES HERRERA MORA DE TENORIO**.

Los principales usuarios de esta guía son todos aquellos profesionales de los Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial involucrados en la atención, manejo y prevención de la salud de los estudiantes.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **APS:** Atención Primaria en Salud
- **Amenaza suicida:** Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (glosario de términos. GPC-C-Suicida completa.)
- **Autolesión:** Conducta potencialmente lesiva auto infligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada). También se denomina gesto suicida (glosario de términos. GPC-C-Suicida completa.)
- **CSISDP:** Coordinación de Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial.
- **Caso confirmado:** conducta potencialmente lesiva auto-infligida 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 (protocolo de vigilancia en salud pública).
- **Comunicación suicida:** Acto interpersonal en que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existen evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida: amenaza suicida y plan suicida.
- **Conducta suicida (CS):** Todo comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesivo y autoinfligido con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta

suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte.

- **Comorbilidad:** Situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como, por ejemplo, depresión y ansiedad. (Glosario de términos. GPC-C-Suicida completa).
- **DSM-5:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- **Derivación:** Envío de un paciente de un servicio asistencial a otro, ya sea para consulta o para atención, debido a que el servicio que deriva no está preparado o cualificado para proporcionar la atención que la persona requiere.
- **Escala aplicada y/o autoaplicada:** Instrumento de evaluación diseñado para ser aplicado y analizado, es necesario que el profesional cuente con un nivel de capacitación para aplicarlo según las instrucciones del instrumento lo permita. (Escala suicida de Beck.)
- **EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
- **Ideación suicida (IS):** Pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente.
- **Intento de suicidio (IDS):** Conducta potencialmente lesiva, autoinfligida, ~~no habitual~~, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **Plan suicida:** Propuesta de un método con el cual llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Parasuicidio:** Autolesión o lesión deliberada. Conjunto de conductas impulsivas e irresistibles donde el sujeto de forma voluntaria e intencional busca infligirse daño corporal o físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.
- **Superviviente de un suicidio:** Se refiere a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio y, aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, se ha extendido también a los allegados como amigos, compañeros de clase, de trabajo y vecinos.
- **Suicidio (S):** La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 define el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión auto infligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es el morir.
Las características que definen el suicidio auténtico son: Gran letalidad del método empleado (antidepresivos tricíclicos, litio, armas de fuego, ahorcamiento, etc.); baja probabilidad de ser descubierto, existencia de un plan detallado, existencia de nota de despedida, nula crítica del intento, escasos proyectos de futuro, presencia de trastorno mental como depresivos o psicóticos.
- **Terapia cognitiva conductual (TCC):** El proceso terapéutico cognitivo se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos irracionales que se desprenden de una inadecuada estructura y funcionamiento de los procesos de información. Está orientado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático. Suelen combinar técnicas de reestructuración o modificación cognición para cambiar los afectos y la conducta, condicionamiento encubierto, entrenamiento autoinstruccional, inoculación del estrés,

detección del pensamiento, resolución de problemas, autocontrol encubierto, entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

- **Terapia dialéctico conductual:** Es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, pero que se emplea también para pacientes con otros diagnósticos. La TDC emplea técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico). (glosario de términos. GPC-C-Suicida completa)
- **Terapia familiar:** Revisar los vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental. Se invita a un familiar a ser parte de la red de apoyo al tratamiento.
- **Terapia de apoyo:** Intervención basada en el apoyo emocional, resolución de problemas de forma no directiva y revisión del estado del paciente (síntomas depresivos, rendimiento escolar, actividades sociales), con la finalidad de valorar la necesidad de intervención por parte de profesionales especializados.
- **TCC:** Terapia Cognitivo Conductual
- **TF:** Terapia Familiar
- **TIP:** Terapia interpersonal

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

En el marco de las teorías psicológicas encontramos las psicoanalíticas y cognitivas; entre los psicoanalistas hallamos a *Freud* quien describe el suicidio como el resultante de la pulsión entre eros y thanatos, con predominio final de este último. El autor consideró que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado. Para *Jung* el suicidio destruye la armonía entre el consciente y el inconsciente y es derivado de los impulsos reprimidos. Para *Menninger* el suicidio es el resultado de una rabia homicida dirigida contra uno mismo (homicidio invertido) considerado como un mecanismo de autocastigo derivado de la culpa, considera que en todo suicida se encuentran implícitos 3 deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseos de morir. *Zilboorg* por su parte retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla, considerando el suicidio no sólo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros.

Por su parte, *Beck*, *Kovacs*, *Weissman* y otros cognitivistas, descubrieron que la desesperanza está más ligada al suicidio consumado que a la experiencia subjetiva de la depresión. Ellos han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento. El modelo teórico de la TC parte del sustento básico de que las personas con CS suelen padecer psicopatologías no por la situación en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas. Para este modelo la CS es una expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable y se deriva de tres componentes de la triada cognitiva: yo defectuoso, un mundo agresivo y despiadado, y un futuro desolador y desesperanzador. A lo anterior se agregan ciertos errores cognitivos dominantes y unas estructuras cognitivas relativamente estables denominadas esquemas disfuncionales activos.

Analizando las teorías explicativas del suicidio se puede afirmar que en la práctica clínica se observan los mecanismos y conceptos planteados por las teorías descritas anteriormente. Por ello es conveniente adoptar en la conceptualización e intervención preventiva o terapéutica de la conducta

suicida un enfoque plural, antropológico, holístico y global. Solo de esta manera se realizará un mejor abordaje del grave problema que representa el suicidio.

4.2. MARCO NORMATIVO

□ Ley 1616 de 2013 del Congreso de la República, artículo 35 ordena implementar al Ministerio de Salud y Protección Social entre otros el sistema de vigilancia de la conducta suicida, en el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció como uno de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental.

4.3. USOS DE LA VIGILANCIA PARA EL EVENTO

Detectar los casos de intento de suicidio que son captados en una institución de salud, para establecer su distribución, tendencia y factores determinantes. A partir de esta evidencia generar información que permita el desarrollo de políticas estrategias de prevención y control en la población.

La principal fuente de información para la vigilancia del evento, serán los servicios de urgencias a través de las fichas de notificación de datos básicos y complementarios, dado que es a estos servicios donde ingresan los casos confirmados de intento de suicidio que cumplen con la definición de caso.

NOTIFICACIÓN INMEDIATA: Los casos confirmados de intento de suicidio deben notificarse inmediatamente.

□ **Acciones individuales:** En todos los casos, las acciones individuales contemplan:

1. **Notificación a enfermería de la CSISDP en el caso de remisión a otra entidad de salud en cada caso identificado, para promover la intervención oportuna y el seguimiento. Dicha alerta será emitida por el ente municipal o distrital correspondiente.**
2. **Notificación a la secretaría de salud municipal, distrital o departamental para realizar el seguimiento a la atención de los casos de alto riesgo.**
3. **Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y la Resolución 518 de 2015.**
4. **Revisión de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) para el abordaje integral de las patologías y problemáticas en salud mental.**

Referencia: Protocolo de vigilancia en salud pública, Intento de suicidio, código 356. Actualizado 2018

4.4. INDICADORES DE LA CONDUCTA SUICIDIA

Una persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en su manera de pensar, en los hábitos y en el comportamiento habitual, a estos cambios los podemos denominar síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio. Entre estos cambios podemos encontrar:

- Expresión manifiesta de la intención suicida o verbalización de ideas de suicidio.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro.
- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte evidenciando ideas de suicidio, como: hablar acerca de la muerte, del suicidio y/o incluso declarar el deseo de hacerse daño.

- Hablar acerca de marcharse.
- Despedidas verbales o escritas.
- Cambio repentino en su conducta, como:
 - Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad.
 - Ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y en frecuencia inusual.
 - Consumo de drogas ilícitas o incremento del consumo de estas sustancias.
 - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente presentó una agitación o estado de ansiedad. Esto puede constituirse en un gran peligro y riesgo eminente.
 -
- Tener comportamientos autodestructivos como laceraciones recientes en alguna de parte del cuerpo.
- Fantasías de suicidio.
- Preocupación por el efecto del suicidio en el medio familiar.
- Planificación de la forma del suicidio o del acto suicida, para preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas pastillas).
- Entrega de posesiones valiosas o regalar las pertenencias u objetos muy personales, preciados y queridos.
- Preparación de testamento, seguros de vida, etc.
- Preparación de documentos, “arreglo de papeles” y cerrar asuntos pendientes para dejar las cosas en orden para cuando no esté.
- Sentimiento de tristeza.
- Aislamiento, no querer salir o alejarse de los amigos.
- Tener dificultad repentina en el colegio.
- Hablar acerca de sentirse desesperado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño o presentar trastornos en estos aspectos.
- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.

La identificación de estas señales de alerta permite detectar la ideación suicida y posibilita la realización de acciones preventivas y terapéuticas. Ahora bien, el hecho de que no se detecten estas señales no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

4.5. CARACTERÍSTICAS COMUNES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Considerar las características comunes del suicidio permite contar con elementos para la prevención e intervención. Estas características son:

- El **estímulo** en el suicidio es el insoportable **dolor psicológico**
- El **catalizador** común en el suicidio son **las necesidades psicológicas frustradas**.
- El **propósito** usual del suicidio es **buscar una solución**. El suicidio no es un acto al azar; no se realiza sin sentido o propósito.
- La **meta** frecuente del suicidio es la suspensión de la **consciencia**, de modo paradójico el suicidio es un movimiento hacia y un movimiento de alejamiento de algo.
- La **emoción** habitual del suicidio es la **impotencia y la desesperanza–fatal de ayuda**.
- La actitud interna común hacia el suicidio es la ambivalencia. La persona con CS siente y piensa que quiere morir como que también quiere vivir (que la rescaten).

- El **estado cognitivo** usual del suicidio es la **constricción psicológica de sentimientos y pensamientos** con estrechamiento de la gama de opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida.
- El **acto interpersonal** del suicidio es la **comunicación de la intención**. Las personas que piensan en matarse, de manera usual dan claves sobre el inminente suceso mortal comunicando su intención. El reconocimiento de estas claves (clamores de ayuda, murmuraciones o silencios entendidos) es indispensable para la prevención de la CS.
- La **acción** común del suicidio es la **salida**, como una acción de escapatoria o huida de una situación tensionante, que indica que el fin de la persona suicida es terminar con el dolor o cambiar el escenario.
- La **persistencia** en la CS esta generada por los **patrones disfuncionales de enfrentamiento** a los problemas o las situaciones de crisis que han sido utilizados durante toda la vida. El comportamiento que amenaza la vida evidencia perturbación en la capacidad para soportar el dolor psicológico, la tendencia a la constricción y el pensamiento dicotómico.

4.6. ETIOLOGÍA

Considerando la conceptualización de la CS, debe concluirse que en el momento actual el suicidio es una conducta compleja influenciada por factores de todo tipo. Por ello, en vez de hablar de suicidio, sería más adecuado referirnos a esta constelación de conductas como actos autolesivos cuyos significados y motivaciones varían según edad, etnia, sexo, historia de vida, etc. y otras muchas variables que se desarrollan en los diferentes modelos explicativos de la conducta suicida y ya fueron descritos anteriormente.

El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos y ambientales, es decir, es un hecho multicausal que requiere tener en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico.

4.6.1. Comorbilidad o patologías relacionadas

A continuación, se exponen los trastornos psiquiátricos comúnmente asociados a la CS y que presentan comorbilidad con esta problemática.

☐ **Trastornos afectivos. Código CIE-10, (F39)**

Es el grupo de trastornos psiquiátricos más relacionados con la CS. La prevalencia vital de suicidios o riesgo de suicida en la totalidad de trastornos del humor es alta, presentando comorbilidad con la depresión mayor (Código CIE-10 F322), depresión no especificada /Código CIE-10, F328) el trastorno bipolar (Código CIE-10, F349) y la distimia (Código CIE-10, F341). La *depresión* ha sido considerada como el factor de riesgo suicida más importante y puede ser la responsable de gran parte de los suicidios consumados. A su vez, se ha evidenciado que los intentos son más frecuentes en fases iniciales y finales del episodio depresivo o la enfermedad. Esto se debe, a que en las fases intermedias la inhibición conductual y el retardo psicomotor puede bloquear el inicio a la acción del acto suicida. Las tasas de intentos de suicidio también se barajan para los casos de *trastorno bipolar* las cuales oscilan entre el 20 y el 58%, siendo mayores los intentos y el suicidio consumado en fases depresivas y mixtas.

☐ **Abuso de sustancias. Código CIE-10 (F10)**

Los trastornos de abuso y dependencia de sustancias y más concretamente, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se han relacionado con el suicidio como factor precipitante de dichas conductas. Algunos autores, postulan que el alcoholismo puede suponer el factor de riesgo más importante, superando a la depresión o la esquizofrenia. Así en los alcohólicos las tasas de riesgo de suicidio superan en unas seis veces las de la población general.

☐ **Esquizofrenia. Código CIE-10 (F20), Paranoide (F200) y no especificada (F29)**

En la esquizofrenia existe un riesgo suicida comparable o incluso superior al de los trastornos depresivos mayores. Algunos estudios han descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10-15% de los pacientes con esquizofrenia. Asimismo, se estima que los altos niveles de mortalidad suicida por esta enfermedad son el doble que en la población general y el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes con esquizofrenia.

☐ **Trastornos de personalidad. Código CIE-10 (F60)**

Los trastornos de personalidad llevan asociado un riesgo de suicidio hasta 6-7 veces mayor que el encontrado en la población general. Algunos estudios demuestran que un tercio de todos los suicidios consumados presentaban diagnósticos de trastornos de personalidad. Por esta razón la presencia de un trastorno de personalidad, especialmente si es un trastorno límite, antisocial, narcisista o depresivo, ha empezado a considerarse como un factor de riesgo significativo en la CS.

☐ **Trastornos de ansiedad. Código CIE-10 (F41), no especificada (F419)**

En la mayoría de trastornos psiquiátricos el riesgo de suicidio suele estar bien establecido. No es el caso de los trastornos de ansiedad, donde sigue existiendo importante controversia acerca de si dichos trastornos se asocian independientemente a un mayor riesgo de suicidio. Los resultados contradictorios expuestos por numerosos estudios donde se apoya tanto un riesgo de suicidio específico para trastornos de ansiedad como los que no, se deben fundamentalmente a la comorbilidad existente entre trastornos de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos del ánimo y abuso de sustancias. De hecho, el trastorno de ansiedad lleva asociada gran parte del riesgo de suicidio y de comorbilidad en la medida de que estos trastornos mentales son más comunes en personas con ideas e intentos suicidas. Aproximadamente el 70% de las personas con historia previa de intentos de suicidio cumplían criterios para un trastorno de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y fobia específica). Se demostró que la existencia de algunos de estos trastornos se asociaba a mayor riesgo de nuevos intentos de suicidio, incluso al ajustar la influencia de otros trastornos mentales concomitantes. Algunos autores han señalado que el riesgo de suicidio aumenta entre 6 y 10 veces en estos trastornos de ansiedad en comparación con la población general. También se encontró un mayor riesgo de suicidio cuando se asociaba los trastornos del ánimo con los de ansiedad mórbida en comparación con aquellos que mostraban depresión únicamente.

☐ **Trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. Código CIE-10 (F50). Anorexia Nerviosa (F500) y Bulimia (F502)**

Los trastornos de la conducta alimentaria también han sido objeto de atención. En el pasado, el suicidio ha sido considerado como una de las principales causas de muerte en personas con trastornos

de la conducta alimentaria. Estudios recientes confirman estos datos, evidenciando alta prevalencia de conducta suicida (incluyendo ideación suicida, gestos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) en este tipo de trastornos. A nivel mundial, el mayor riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se encuentra establecido en el rango de edades de entre 15 y 25 años. Se ha estimado que para el trastorno de anorexia nerviosa existe un riesgo de suicidio 40 veces mayor en comparación con la población general. Algunos análisis pusieron de manifiesto que, en pacientes con anorexia nerviosa, pero no en la bulimia nerviosa, existe un riesgo de suicidio estadísticamente significativo.

□ **Trastorno de déficit de atención u otros trastornos emocionales y Del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia Código CIE-10 (F988)** La incidencia del suicidio consumado e intentos de suicidio en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad ha sido estudiada tanto de manera retrospectiva mediante la autopsia psicológica, como en estudios transversales. Algunos estudios muestran un riesgo de suicidio relativo de 2,91 en comparación con las tasas de la población general. Se observaba un mayor riesgo cuando existía comorbilidad, especialmente con trastornos del humor y trastornos de conducta. Estudios recientes demuestran la existencia de una relación positiva entre los diferentes dominios del suicidio (suicidio consumado, ideación suicida e intentos de autolisis) y el diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Se ha observado mayor prevalencia de suicidios consumados que intentos o ideación suicida, posiblemente debido a la mayor frecuencia con la que se alcanza con éxito la consumación del suicidio sin que existan previamente avisos de actos suicidas. En relación con la población general, el trastorno con déficit de atención suele mostrar el doble de tasas de ideación suicida, de intentos de suicidio y de suicidios consumados. Aspectos como la impulsividad han sido considerados para explicar la relación del suicidio y el trastorno de déficit de atención. A pesar de no haber sido considerado un predictor del suicidio, los altos niveles de impulsividad y la falta de conciencia del riesgo parecen estar relacionados con una mayor incidencia.

□ **Trastornos de los hábitos y Del control de impulsos. Código CIE-10 (F639)**

Existen escasos estudios que analicen la relación de la CS y los trastornos del control de impulsos. En los amplios estudios epidemiológicos sobre el suicidio, no se ofrece excesiva información sobre ellos. Fundamentalmente, la atención ha ido dirigida al análisis de actos suicidas en el juego patológico donde existe mayor frecuencia de intentos e ideación suicida. También se ha encontrado una frecuencia mayor en cleptomanía y piromanía. A su vez, se destaca la importante comorbilidad de los trastornos del control de impulsos (trastorno explosivo intermitente, juego patológico, cleptomanía, tricotilomanía y piromanía) con la depresión.

□ **Trastorno adaptativo. Código CIE-10 (F432)**

La conducta suicida es más común en sujetos diagnosticados con trastornos de adaptación que en aquellos que no muestran dicho diagnóstico. Este diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en sujetos menores de 21 años que intentan suicidarse y en sujetos con suicidio consumado. Pacientes hospitalizados en psiquiatría con trastorno de adaptación tienen una alta prevalencia de intentos de suicidio en urgencias que pacientes con otros trastornos psiquiátricos. En estudios recientes, se ha resaltado que el incremento del riesgo de suicidio en estos pacientes es entre 12-19 veces superior al de la población general. En estos trastornos adaptativos se ha señalado como posibles responsables de la conducta suicida a los acontecimientos estresantes que suelen estar relacionados con la crisis de la adolescencia, los problemas de pareja, laborales y de salud, el abandono del hogar de los hijos, la jubilación, necesidad de asistencia domiciliar, el fallecimiento de algún familiar etc.

4.6.2. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida

La clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, hereditario, psicológico, social, familiar o ambiental. De la misma manera pueden ser categorizados como factores individuales, familiares y contextuales.

Entre los factores que aumentan el riesgo de suicidio se encuentran **los factores predisponentes y los precipitantes**. Los primeros se refieren a la cantidad como al tipo de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse a una crisis; pueden ser de naturaleza biológica, psicológica psicossocial o cultural del individuo. Los factores precipitantes son los elementos que contribuyen a la producción o generación del suicidio, es decir son los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados. Además, es necesario identificar los factores de riesgos modificables y no modificables, siendo los modificables el centro de la atención terapéutica porque pueden cambiarse mediante procedimientos terapéuticos, mientras que el cambio de los factores inmodificables es ajeno al clínico.

La identificación de los factores de riesgo eleva o disminuyen el nivel de riesgo de la CS. Aunque algunos factores tienen un mayor peso que otros, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes. La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante los eventos estresantes específicos. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02

Tras una ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de ideación y/o conducta suicida.

Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica. Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico.

Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

Se recomienda que la entrevista clínica se oriente a la recolección de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador.

Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.

Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.

Cualquier persona que habla de suicidio necesita ser tomada en serio. Las personas que mueren por suicidio a menudo han expresado pensamientos suicidas o han mostrado señales de advertencia a las

familias o a los profesionales de la salud. Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente.

Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.

Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones. Se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: Características del intento y los Intentos auto agresivos previos.

En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente a una consulta por psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental grave
- Conducta auto agresiva grave previa
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

Si hay riesgo inminente de autolesión / suicidio por la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o autolesión en el último año en una persona que está extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa tome las siguientes precauciones:

- Cree un ambiente seguro y con apoyo en lo posible en un área separada y tranquila - No deje a la persona sola
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad
- Atienda el estado mental y la angustia
- Ofrezca y active el apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista en salud mental, si está disponible

DOCUMENTO EXCLUSIVO PARA EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA FHMMDT

- Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento

Si no hay riesgo inminente de autolesión / suicidio, pero hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año:

- Ofrezca y active el apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista de salud mental si está disponible
- Mantenga contacto regular y de seguimiento

Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

Si un especialista en salud mental no está disponible en el momento, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el periodo de riesgo inminente.

Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como líneas telefónicas de atención en salud mental, centros de escucha y zonas de orientación y centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE).

Entre los factores de riesgo que pueden predecir en cierta medida la posibilidad de CS hallamos:

□ Factores de riesgo relacionados en la historia clínica

- Antecedentes de intentos de suicidio: La historia de intentos suicidas previos registrados o no en la historia clínica del paciente se constituyen en un importante pilar diagnóstico para la evaluación del riesgo suicida y determinar la gravedad del mismo. El 50% de los suicidios tenían antecedentes de tentativas de suicidio y el 25% habían sido atendidos el año previo en algún hospital por intentos suicidas o por autolesiones. Para evaluar el riesgo es importante tener en cuenta el grado de letalidad y los métodos violentos utilizados (ahorcamiento, precipitación desde las alturas, uso de armas de fuego, incineración, etc.).
- Antecedentes de hospitalización psiquiátrica y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos: El 90 % de los suicidas adultos y el 60 % de los jóvenes tienen al menos un trastorno psiquiátrico o una enfermedad de salud mental. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes están los trastornos descritos en el ítem de comorbilidad entre ellos están: la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad límite o psicopática, el déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de inicio en Infancia y Adolescencia y los trastornos de ansiedad.
- Síntomas de Anhedonia (falta de placer), desesperanza, insomnio, pobre concentración.
- Consumo o dependencia de sustancias como el alcohol y otras drogas psicoactivas: El abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son predictores de suicidio en personas con riesgo. Cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio.

□ **Factores genéticos o heredabilidad**

- Antecedentes familiares de suicidio. Existen familias con un riesgo elevado de suicidio. El 11 % de los suicidas tiene un familiar de primer grado con muerte por suicidio o con intentos de suicidio. Los pacientes con antecedentes familiares de suicidio, atentan más contra su vida y con métodos más violentos que los que no tienen historia familiar.

□ **Factores Biológicos**

- Función deficitaria serotoninérgica: Se ha comprobado que las concentraciones de serotonina en el área romboencefálica de cerebros de pacientes suicidas analizados postmortem eran significativamente más bajas, que en cerebros fallecidos por otras causas. También se han demostrado los niveles bajos de 5HIAA (metabolito de serotonina) en LCR en pacientes con intentos suicidas, en especial, suicidios violentos.
- Comorbilidad con enfermedad física grave o crónica o con dolor
- Las enfermedades físicas son un factor de riesgo importante, especialmente aquellas que son crónicas, terminales, incapacitantes, con frecuentes recaídas y hospitalizaciones. Se destacan aquellas que se acompaña de dolor crónico y que no responden al tratamiento.

□ **Factores sociales-vitales**

- Adolescencia, adulto joven y edad avanzada: Los rangos de edad en donde se presenta mayor número de CS están entre los 15-29 años y en personas mayores de 65 años (edad geriátrica). Los adolescentes y adultos jóvenes son el grupo poblacional en el que el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes, y los intentos suicidas son más frecuentes en la primera mitad de la vida. El comportamiento suicida en el anciano puede tomar la forma de suicidio silencioso con comportamientos autolesivos como el rechazo a la alimentación y la no adherencia al tratamiento. El riesgo aumenta según aumenta la edad.
- Sexo masculino: Las mujeres cometen el doble de intentos suicidas y comportamiento suicida que los hombres; sin embargo, la muerte por suicidio ocurre 3:1 en los varones.
- Etnia e inmigración: El suicidio es más cometido en varones de raza blanca que en los de raza negra. Sin embargo, el suicidio en mujeres de raza blanca es menor que en varones de raza negra.
- En los hispanos el suicidio es menor que en los no hispanos: La inmigración, unida al desarraigo y aislamiento comporta un aumento en el riesgo suicida.
- Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado): La CS es más frecuentes en solteros, divorciados y viudos; siendo más alto en estos dos últimos, sobre todo en el primer año después de la muerte o de la separación del conyugue, si se es varón.
- Orientación sexual: Los homosexuales, tanto las lesbianas como gays, parecen tener un mayor riesgo suicida con un numero de tentativas 5-10 veces superior a sus iguales heterosexuales. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades para construir identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de rechazo familiar, el impacto del SIDA en esta población, etc.
- Vivir solo y aislamiento social: El aislamiento social está en crecimiento en los últimos años y puede ser un factor importante en la CS.
- Crisis vital reciente sobre todo si no se ha resuelto.

□ **Factores familiares y contextuales (de las relaciones sociales y los ambientales)**

- Disfuncionalidad familiar. En las familias desintegradas con padres separados o en continua disputa existe la posibilidad de presentarse un aumento del trastorno de personalidad

antisocial, toxicomanías y riesgo suicida. El suicidio es más frecuente en familias disintegradas monoparentales en las que el padre está ausente.

- Las que tengan alteraciones en su dinámica y en sus relaciones como los conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales.

□ **Otros factores asociados a familia y contexto**

- Carencia de hijos
- Adolescentes con embarazo temprano
- Personas sin apoyo o atención familiar -
- Pérdida o muerte reciente de un ser querido -
- Pobre red de apoyo.

□ **Factor Socioeconómico**

- Estrato o nivel económico. Hay mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico.
- Situación laboral y económica. Las personas en crisis económica (ruina), con pérdida de empleo, desempleo de más de un año y en estado de jubilación son más susceptibles de cometer acto suicida. Cuanto mayor es el periodo de desempleo es mayor el riesgo suicida y de repetición de conductas autolesivas. En las personas jubiladas la pérdida de la rutina laboral influye en los cambios de hábitos y la auto percepción de no servir, con sentimientos de desvalorización personal, situaciones que también generan altos índices de CS. Es importante tener en cuenta que según últimos estudios parece haber disminuido la relación del riesgo suicida con estos factores socioeconómicos.
- Nivel educativo. El bajo nivel cultural se asocia con una prevalencia aumentada de intentos de suicidios y a mayores años de estudio menor tasa de suicidio consumado.
- Las que tengan problemas sociales de envergadura como problemas legales y de exclusión
- Alto standard de Vida
- Jóvenes que no estudian ni trabajan

□ **Factores Propios de la Historia de Vida**

- Ser víctima de violencia es un FR para suicidio; por ejemplo, el maltrato, el abuso y la violencia intrafamiliar. Ser víctima de violencia física y sexual, especialmente durante la niñez y adolescencia, aumenta la probabilidad de conductas suicidas. Asimismo, la violencia de género incrementa el riesgo de trastornos psiquiátricos y de suicidio en mujeres.
- Ser generador de violencia o participar en grupos violentos organizados.
- Privaciones afectivas en la infancia.
- Pérdidas frecuentes de la pareja.
- Proceder de familias disfuncionales, en donde se experimentó maltrato o abuso sexual infantil.

□ **Factores Propios de la Dimensión Psicológica -**

- La desesperanza aprendida.
- Ideas de culpa.
- Pesimismo ante la vida y las circunstancias que le rodean.

- El sentimiento de Soledad.
 - Cogniciones y conductas autodestructivas.
 - Carácter impulsivo.
- **Factores Del Ambiente Escolar**
- **Niños y adolescentes con dificultades escolares, pérdida de materias y años educativos.**
 - **Niños y adolescentes con acoso por parte de iguales (experiencia de bullying o matoneo).**
 - **Niños y adolescentes con problemas disciplinarios y trastornos de conducta.**
- **Otros Factores**
- Disponibilidad de medios de suicidio. El fácil acceso a armas de fuego, medicamentos y/o tóxicos representa un mayor riesgo para actos suicidas. - Ausencia de creencias religiosas profundas.
 - También se describe el efecto Werther o imitación de la conducta suicida juvenil difundida en medios masivos de comunicación.
 - Mitos y creencias que generan equívocos en la atención de personas con conductas suicidas como “el que lo dice no lo hace” o “todo el que se suicida es un enfermo mental”.
 - Construcciones sociales que exaltan la conducta suicida en el marco del honor y la honra.

Hacer una buena indagación de los FR de la ideación o el intento suicida y registrarlos en la HC se constituye en una importante acción preventiva para evitar que el paciente cometa el acto de suicidio con éxito. Por esta razón, es importante realizar una buena caracterización psicológica, psiquiátrica y social de los pacientes atendidos en consulta.

4.6.3. Factores protectores (FP)

De la misma manera que hay factores de riesgo en torno al suicidio, conviene señalar los principales factores de protección respecto al mismo. Se destacan entre ellos:

- Las buenas relaciones significativas e interpersonales. Aquellas personas con cohesión familiar, alto grado de involucramiento mutuo, intereses compartidos y apoyo emocional, son 3,5 a 5,5 veces menos propensos al suicidio.
- Las creencias religiosas son un factor protector, especialmente en aquellos países en donde la religión católica es mayoritaria porque está arraigada en la cultura popular.
- La capacidad de adaptación. La mayor capacidad de adaptación protege del efecto suicidógeno, así que por las dificultades de adaptación y aceptación del cambio que experimentan los adultos, el suicidio puede ser mayor en esta población que en los jóvenes quienes emigran por voluntad propia y se adaptan a nuevas circunstancias de vida con facilidad.
- Conservación del soporte familiar. El mantenimiento de las costumbres y de las tradiciones tiene un efecto protector de la CS, por cuanto facilitan la integración familiar y de esta en las comunidades a las que pertenecen.
- El grupo de menor frecuencia es el de casado con hijos. El tener un mayor sentido de responsabilidad hacia la familia, se constituye en un FP de la CS.
- Tener un miedo mayor a la desaprobación social.

En este punto es necesario considerar la no presencia de los FR anteriormente señalados o el grado de exacerbación de los mismos, es decir, entre menos factores de riesgo existan o el grado de exacerbación no sea significativo hay una menor probabilidad de que se presente la CS. Esta apreciación se deja a consideración del profesional tratante.

5. INTERVENCIÓN

En este acápite se especifica la intervención desde psicología teniendo en cuenta lo descrito en los puntos que anteceden. Se plantea el accionar para cuando el paciente llega al servicio con intento de suicidio, se desarrollan estrategias de intervención para los pacientes con ideación suicida y se sugieren acciones de prevención y/o psicoeducación para la comunidad educativa en general y las familias de los pacientes.

5.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cuando el paciente presente problemas psiquiátricos de marcado deterioro o bajo el efecto de algún tipo de sustancia psicoactiva.

5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los estudiantes de pregrado y postgrado matriculados en la Universidad Industrial de Santander.

5.3. CRITERIOS PARA REMISIÓN

Se remitirá a otros profesionales como médicos, psiquiatras, abogados, trabajador social, etc., cuando se requiere tratamiento farmacológico de los síntomas y existen serias dificultades legales, familiares, académicas y sociales que obstaculizan la solución del problema y/o es necesaria una mejora estructuración y acompañamiento de las redes de apoyo.

Los pacientes pueden ser remitidos a diferentes instancias dependiendo de su condición:

- **Psiquiatría:** A esta especialidad se remitirán los pacientes con conducta suicida, intento suicida y/o ideación suicida, que tengan comorbilidad con trastornos afectivos (depresión mayor, el trastorno bipolar y la distimia) adaptativos, del control de impulsos, de déficit de atención, de la conducta alimentaria, de personalidad, del sueño, ansiedad, esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas, entre otros.
- **Trabajo Social:** Aquí se remiten cuando los pacientes presentan una disfuncionalidad familiar moderada o severa y cuando no existan redes de apoyo adecuadas.
- **Psicopedagogía:** Se realiza una remisión cuando se presentan dificultades académicas, en el manejo de tiempo, dificultades de carácter académico y déficit de atención y concentración.
- **Ruta de Violencia basada en género y otras:** Se remite y activa la ruta de violencia de género en caso de identificar cualquier caso de violencia, abuso, acoso que el paciente refiera.

5.4. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

La metodología del proceso a seguir está estructurada como una psicoterapia reeducativa basada en técnicas conductuales cognitivas. Para la presente guía se definen procedimientos diagnósticos, terapéuticos, de seguimiento y psi coeducación a nivel individual familiar y/o comunitario si es el caso.

5.4.1. Diagnósticos CIE-10 que aplican para la presente guía

Las categorías CIE-10 que aplican para la evaluación diagnóstica de la CS se listaron en el ítem de clasificación anteriormente desarrollado, igualmente los trastornos de comorbilidad fueron desarrollados en el acápite que corresponde a trastornos o patologías relacionadas. Queda pendiente listar algunas problemáticas relacionadas con la CS que corresponde a los FR y pueden ser tenidos en cuenta para realizar el diagnóstico más integral. Dichos diagnósticos con sus respectivos códigos se listan a continuación:

Diagnósticos del CIE 10 asociados a la CS:

- F410 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
- F430 Reacción al estrés agudo
- F603 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
- F606 Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
- Y061 Negligencia y abandono: por padre o madre
- Y070 Otros síndromes de maltrato: por esposo o pareja
- Y071 Otros síndromes de maltrato: por padre o madre
- Z600 Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
- Z605 Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
- Z733 Problemas relacionados con el estrés
- Z630 Problemas en la relación entre esposos o pareja
- Z632 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
- Z634 Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
- Z635 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- Z637 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar
- Z658 Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales

5.4.2. Contacto inicial y solicitud de atención

El contacto inicial con el departamento de PSICOLOGIA que realiza el estudiante o paciente con intento o ideación suicida, puede ser por teléfono, correos, medios electrónicos y/o en persona (ya sea que venga solo o acompañado) o por derivación de la consulta prioritaria. Cuando el estudiante u otra persona cercana a él que hace este primer contacto generalmente solicita información relevante acerca de la disponibilidad o posibilidad de acceder al servicio para obtener ayuda. Cuando esto suceda se debe proveer la información adecuada para que el estudiante paciente o acompañante puedan tomar la decisión o no de recibir ayuda. De ahí la importancia de capacitar y preparar a la persona que está a cargo de esta tarea.

El primer contacto de ayuda o primera atención a la persona con ideación e intento suicida se realiza a través de una **entrevista clínica diagnóstica inicial** la cual se establece como el patrón de oro para el proceso a realizar e incluye la valoración de si la persona está o no trastornada, desesperada y/o desorganizada como para que el suicidio pueda ser un resultado final. Por esta razón, el profesional que realiza el primer contacto clínico con el paciente con CS asumirá una actitud directiva, realizará uso apropiado del tiempo (control adecuado), tratará de mantener a la persona con vida como objetivo fundamental y actuará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

1. Evaluación y reconocimiento del problema o incidente precipitante.

2. 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 CS, que incluya:
 - Evaluación de la CS: 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 (esperaba morir).
 - Letalidad: Conocimiento del alcance dañino sobre la integridad de la persona que pueda tener el método de suicidarse.
 - 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.
 - Accesibilidad a medios suicidas: Explorar si el paciente tiene a su alcance medios para concretar el acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad.

En la evaluación del riesgo suicida el profesional puede emplear preguntas como: ¿siente que vale la pena vivir?, ¿desea estar muerto, ¿ha pensado en acabar con su vida?, si es así, ¿ha pensado como lo haría?, ¿qué método utilizaría?, ¿tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan?

- Evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidad con particular atención en trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad.
- Recopilar historia de FR que incluya los eventos listados en puntos anteriores. Se evaluarán intentos suicidas previos, antecedentes familiares de CS y enfermedad mental, factores hereditarios, biológicos, familiares y contextuales, de la historia de vida, de la dimensión psicológica, del ambiente escolar y de la condición socioeconómica.
- 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.
- Evaluar FP y estrategias de afrontamiento, prueba de realidad, tolerancia a la frustración, impulsividad, razones para vivir y planes para el futuro. Este ítem se puede preguntar al paciente que le impide hacerse daño.
- Establecer el grado de ambivalencia.

3. Asegurar la supervivencia del paciente con intervención en crisis

En este paso se deben aplicar las reglas clínicas de la intervención en crisis para asegurar la supervivencia de los pacientes con CS, las cuales son:

- Reducir el sufrimiento o dolor psicológico, de manera que el sujeto escoja vivir. b. Encontrar la clave suicida.
- Encausar las necesidades frustradas para disminuir la posibilidad de suicidio.
- Buscar otras posibilidades de solución diferentes al suicidio.
- Orientar al paciente para que salga de la constricción psicológica de sentimientos, pensamientos y opciones considerando otras posibilidades que le permitan continuar con la vida.
- Ganar tiempo aprovechándose de la actitud interna de ambivalencia para encontrar otras soluciones.
- Lograr el compromiso de posponer el hecho mortífero y acceder a la observación y acompañamiento constante.

4. Determinar la necesidad de hospitalización y/o derivaciones a otros profesionales y realizarlas.

5. Realizar un inventario de las razones para vivir.

6. Llenado de la HC en la base de datos, en ella se registrará la problemática de la persona que consulta.

La historia clínica inicial se realiza siguiendo los ítems estipulados en la Historia Clínica de Psicología 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. El formato de la Historia Clínica de Psicología se encuentra en el Sistema de Información de PSICOLOGIA, se llena en línea para formar parte de la Historia Clínica integral del estudiante.

Para determinar el diagnóstico se contrastará la sintomatología y la información reportada por el paciente o su acompañante con los criterios diagnósticos establecidos en el CIE-10 y DSM IV R. Se facilitará el diagnóstico o la evaluación utilizando las guías la Entrevistas Clínicas del DSM-IV, la estructurada para los Trastornos del Eje I y la semiestructurada para los Trastornos del Eje II.

7. Acción apoyo social, la cual consiste en contactar a miembros de la red de apoyo del paciente (familiares y amigos) y/o una persona que se haga responsable del paciente para informar sobre la situación que se está presentando y/o darle las indicaciones para el cuidado y atención del mismo.

8. Establecer un vínculo con el paciente para un trabajo más amplio sobre las dificultades, si las condiciones lo permiten realizar un encuadre de trabajo.

Nota: Si el caso amerita hospitalización, atención de urgencia o de segundo nivel se remitirá inmediatamente al paciente a la clínica, EPS o institución de salud mental donde recibirá el tratamiento

pertinente (medidas iniciales de cuidado, evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos y estrategias terapéuticas inmediatas). Después de resuelta la urgencia y realizada la atención requerida el paciente podrá solicitar psicoterapia en el Servicio de Psicología de LAS INSTITUCIONES DE LA FMHMDT

5.5. PROCESO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA (PSICOTERAPIA O ESTRATEGIA TERAPÉUTICA A MEDIANO PLAZO)

El proceso de intervención que se puede realizar en el Servicio de Psicología, es un proceso de primer nivel de atención. Con él que se pretende tratar las causas y las consecuencias de la enfermedad de base y actuar sobre los factores de riesgos modificables, para prevenir nuevos intentos y realizar una vigilancia continua. La intervención clínica que se describe a continuación es un proceso de mediano plazo, que requiere un mínimo de 8 y 15 sesiones según la sicopatología de base y los riesgos evaluados. Las sesiones tendrán una duración de 40 minutos y una frecuencia semanal de una vez por semana.

El proceso de intervención o sesiones terapéuticas debe ser registrado en la evolución de la Historia Clínica de Psicología (FBE.70), el cual además de los datos del paciente y el acudiente comprende ítems como: motivo de la consulta, descripción de la actividad y observaciones. Este formato se encuentra en el sistema de información de Bienestar Estudiantil o en físico.

5.6. SEGUIMIENTO

Para garantizar la eficacia de la intervención asistencial realizada en los estudiantes con ideación e intento suicida, se acordará con el paciente tres visitas (sesiones) al año siguiente terminado el tratamiento, con el profesional de psicología que realizó el tratamiento. Se remitirá a Trabajo Social el caso para que establezcan mecanismos o estrategias de apoyo y seguimiento.

5.7. ACCIONES A REALIZAR CUANDO UN PACIENTE NO ACUDE A LA SEGUNDA CONSULTA O ABANDONA EL TRATAMIENTO

Para minimizar la posibilidad de riesgo suicida cuando un paciente no acude a la psicoterapia, el profesional encargado de su atención se pondrá en contacto telefónico con el paciente o con el miembro de la red de apoyo a quien se le informó la problemática del paciente, para conocer sobre el estado emocional del mismo, motivar a acudir a tratamiento y conocer sobre las acciones que se están realizando para superar la problemática. Estas acciones se registran en la Historia Clínica. Si a pesar de buscar al paciente y reflexionar con él sobre la importancia de la ayuda terapéutica no asiste, se deja la responsabilidad de las consecuencias en manos del familiar responsable y/o el paciente mismo.

5.8. ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN A REALIZAR CON LOS PACIENTES

A los estudiantes beneficiarios del proceso de atención de paciente con ideación e intento suicida se les invitará a:

- Formar parte de una red de apoyo.
- Asistir con su familia a actividades de educación a la familia sobre la naturaleza y el manejo de la problemática.

- Participar de procesos de consejería integral y multidisciplinaria la cual se realizará a través de dos estrategias:
 - Taller psicoeducativo 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.

5.9. REHABILITACIÓN DE LAS SECUELAS

A aquellos pacientes que por los síntomas de la CS hayan abandonado sus actividades cotidianas y generado ruptura en sus vínculos afectivos, el terapeuta les orientará en acciones que permitan la reconstrucción de los vínculos, la adquisición de hábitos saludables y el establecimiento de dinámicas cotidianas más adecuadas.

En cuanto a lo académico, el psicólogo tratante buscará apoyar al estudiante para que continúe con sus estudios en el colegio respectivo de la FMHMDT, por ello lo remitirá a los profesionales que considere necesario y elaborará los informes para que se realice el trámite académico-administrativo que se crea pertinente. Con esta acción el profesional tratante suministrará a la institución los soportes que explican la inasistencia y bajo rendimiento.

6. ACCIONES DE PREVENCIÓN

6.1. CON FAMILIARES, AMIGOS, DOCENTES Y PERSONAS CERCANAS

En esta parte de la Guía se muestran algunas acciones de prevención de la CS dirigidas especialmente a los familiares, amigos, docentes y personas cercanas (compañeros de clase) de estudiantes o personas de la comunidad FMHMDT que se puedan encontrar en riesgo de atentar contra su propia vida y/o en alguna oportunidad hayan mostrado una CS intento y/o idea.

Los familiares, amigos, docentes y compañeros de clase son los que conviven día a día, minuto a minuto, con su ser querido, le ven sufrir, sienten su dolor, y en muchas ocasiones, se sienten indefensos y desprotegidos al no poder o no saber cómo ayudarles.

Con el objetivo de proporcionar información veraz y objetiva sobre la CS, ayudar a identificar cuáles son las señales de alerta y enseñar distintas habilidades de ayuda a familiares, amigos, docentes y personas cercanas, se buscará realizar con ellos talleres psicoeducativos en temas como: □ Mitos acerca del suicidio y la persona con idea suicida

- Factores de riesgo y factores protectores
- Señales de alerta
- Estrategias de prevención
- Mejorar las habilidades: preguntar y escucha
- Autocuidado de la familia y del entorno

6.2. CON TODA LA COMUNIDAD FMHMDT

- Promoción de la forma de acceso a los servicios.
- Divulgación de protocolos de reporte de casos de suicidio y rutas de atención.
- Identificación y detección temprana de personas en riesgo con o sin conducta suicida.
- Detección temprana de espectros de la conducta suicida en individuos, grupos o comunidades donde ya se encuentran instauradas las condiciones asociadas.
- Protección específica de individuos o grupos en los que un miembro se ha suicidado.
- Conformación de redes de apoyo.
- Educación a los “gatekeepers” o personas de primer contacto.
- Talleres de promoción y prevención en salud mental.
- Charlas sobre el reconocimiento del otro y cohesión social.
- Talleres sobre recursos protectores en individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones.

7. CAPTACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

La captación de los estudiantes con riesgos se realizará a través de cuatro formas:

- Examen de ingreso que se aplica a estudiantes de primer nivel.
- Solicitud voluntaria de consulta psicológica.
- Remisiones o derivaciones por parte de Medicina, Psiquiatría y Trabajo social.
- Jornadas de promoción y talleres.

8. INSUMOS REQUERIDOS

- Test psicológicos.
- Autoregistros.
- Bibliografía. Libros y Folletos informativos y educativos sobre conducta suicida, intento e ideación suicida.
- Formato Historia Clínica.
- Elementos de oficina.
- Elementos para el desarrollo de estrategias.
- Medios didácticos y educativos para terapia y psicoeducación de grupos y de familias grupos.
- Consultorio o sala de trabajo grupal.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA NODAL C. Glosario cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas. Rev Hosp Psiqu La Habana, 1983:220-3.
- ALEJO, Henry. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS. Guía Operativa. Área de Vigilancia de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud Pública, Bogotá D.C. 2011. Consultado en http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/c1/GO_SISVECOS.pdf

- AMARO GONZÁLEZ G. El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes. Rev Hosp Psiq La Habana 1981; 22(3):412-3.
- ANCINAS Ancinas, M.P. y Muñoz Prieto, F.A. (2008). Gestión de emergencias por intento de suicidio. Enrique Parada Torres (Ed.). Psicología y emergencias: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- BERNSTEIN, D. & Nietzel M. (1994). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mac Graw Hill.
- BLUMENTHAL SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Norteam 1988; 4:999-1036.
- CALZADILLA Fierro L. Valoración del riesgo suicida en el paciente deprimido. Rev Hosp Psiq La Habana 1983; 24(2):292-3.
- CASTANEDO, C; Brenes, A; Jensen, H; Lucke, H; Rodríguez, G; Thomas, P. (1999). Seis Enfoques Psicoterapéuticos. México: Manual Moderno
- FORTES Álvarez JI, Ramos Fuentes MI. El suicidio y sus circunstancias. Jano, Med Hum 1999; 56(1296):28-34.
- FREEDMAN A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial CientíficoTécnica, 1982; t.3:1956.
- GARCÍA Allande, J.; Gallego Pérez J.F.; Pérez Delgado, E.; (2007). Depresión, desesperanza, neurosis y suicidio. Interpsiquis. <http://www.psiquiatria.com>
- GARCÍA Ullán, L; Pérez Rodríguez, J; Paniagua Calzón, G; Sánchez Iglesias, S. Protocolo de atención al paciente con ideación suicida. Publicado en Medicine. 2007;09:5497-9. - vol.09 núm 85.
- LEGIDO, Teresa. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Tesis Doctoral, 2012. Universidad de Alcalá. Consultado en http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1
- LOZANO Ramírez, Diana Alcira. Suicidio en Colombia. Generalidades y Acciones desde el sector salud. Minsalud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida.
- MACANA N. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensig.; 2011.
- MARTÍNEZ Carlos y Novas Sandra. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. 2012
- PACHECO, A. E. (1996). Flujograma y tareas en el proceso de intervención clínica en salud mental comunitaria [Flowchart and tasks in the clinical intervention process in community mental health]. Revista Dominicana de Psiquiatría, 8(2), 18-23.
- PÉREZ Barrero, Sergio A. El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Edit. Oriente. 1997.
- PÉREZ Barrero, Sergio A. (2002). La adolescencia y el comportamiento suicida. La Habana. Ediciones Bayano.
- PÉREZ Barrero, Sergio A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría, 3, 386-394.
- PÉREZ Barrero, Sergio A. y Mosquera, D. (2002). El suicidio, prevención y manejo. Madrid. Pléyades.
- RENSOLI L, Lourdes. Historia de la filosofía. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 1988; 29(2):175.
- ROSNER, María y otros. Lineamientos Para La Atención Del Intento De Suicidio En Adolescentes. Consultado en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/infoequipos/pdf/2012-1031_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf

- SARRÍ, Blanca. y De La Cruz, Cristina. Los suicidios. Ediciones Martínez Roca, Barcelona. 1991: 304. Así vamos en salud. Seguimiento al Sector Salud en Colombia. Tasa de Mortalidad por Suicidio y Lesiones Auto infligidas en Colombia. Consultado en <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/56>
- Condiciones de salud y sus tendencias. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 2. Salud en las Américas, 2007.
- Informe epidemiológico sobre el suicidio en Granma. Sectorial de la Salud, 1985.
- Informe estadístico. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana, Cuba. MINSAP, 1988.
- La adolescencia: una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia 2011, UNICEF. <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado en: <http://190.26.195.115/saludpublica/saludmental/memorias/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20e%20Intervenci%C3%B3n%20de%20la%20Conducta%20Suicida.pdf>
- Programa de Prevención de la conducta suicida. Ciudad de La Habana 1988. Consultado en <http://www.feafes.org/publicaciones/DeteccionPrevencionConductaSuicidaPersonasEnfermedadMental.pdf>
- GUÍA DE PRACTICA CLINICA. Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Sistema General de Seguridad social en Salud – Colombia. Guía completa 2017. Guía No 60.
- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Américas. Epidemiología mundial de suicidio y de los intentos de suicidio.
- Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para orientar las intervenciones de salud mental en las Américas de 2015 a 2020.
- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, En asocio con el Instituto Nacional de Salud – INS se desarrolló el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica del Intento de Suicidio, el cual fue incorporado a los eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA a partir del 1º de enero de 2016.

DOCUMENTO EXCLUSIVO PARA EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA FMHMDT



MDT

DOCUM