

Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida

Manual para profesionales de la salud



Alcaldía de Medellín

Medellín
todos por la vida



NUESTRA NUEVA MEDELLÍN

Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida

Manual para profesionales de la salud



Alcaldía de Medellín

Medellín
todos por la vida





Medellín
todos por la vida



Aníbal Gaviria Correa
Alcalde

Juan Carlos Giraldo Salinas
Vicealcalde de Salud, Inclusión Social y Familia

Equipo directivo

Gabriel Jaime Guarín Alzate
Secretario de Salud de Medellín

Clara Luz Trujillo Escobar
Subsecretaria de Salud Pública

Verónica María Lopera Velásquez
Directora Técnica de Planeación en Salud

Lida Teresita Herrera Salazar
Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Gloria Emilse Urrego Urrego
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Andrés Felipe Ochoa Valencia
Comunicaciones

Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia

Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Director

Autores

Gabriel Vargas Cuadros. Médico especialista en Psiquiatría, Máster en Intervención Social. Docente Universidad de Antioquia, asesor de la Secretaría de Salud de Medellín en la atención a personas con conducta suicida.

Claudia Fernanda Vásquez Arango. Psicóloga. Magister en lingüística. Docente Universidad de Antioquia y Universidad EAFIT, asesora de la Secretaría de Salud de Medellín en la atención a personas con conducta suicida.

Gloria María Soto Marín. Psicóloga, especialista en Intervenciones Psicosociales, Consultora en Sexualidad.

Liliana María Ramírez Jaramillo. Psicóloga, especialista en Intervenciones Psicosociales, Especialista en Psicología Jurídica, Docente Universidad de Envigado, Antioquia.

Revisores

Beatriz Guerrero Zuluaga. Psicóloga, especialista en Psicología Social, referente técnico equipo Salud mental de la Subsecretaría de Salud Pública, Secretaría de Salud de Medellín, docente y asesora en temas de salud mental

Luis Diego Galeano López. Médico especialista en farmacodependencia y salud mental. Líder de Programa, Subsecretaría de Participación Social y Planeación, Alcaldía de Medellín.

Joaquín Guillermo Gómez Dávila. Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología. Director, Nacer Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Silvia Elena Uribe Bravo. Enfermera, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, Coordinadora Técnica Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Colaborador

Juan Carlos Jaramillo Estrada. Psicólogo, Magíster en psicología, jefe de postgrados y Docente investigador, Facultad de Psicología Universidad CES, Medellín.

Agradecimientos:

Al equipo de asesoría, asistencia técnica y evaluación de la calidad, del proyecto "Así te ves salud" de la Secretaría de Salud de Medellín, por sus aportes y observaciones para mejorar este documento.

Edición:

Alonso Escobar Ospina

© Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud, 2015

ISBN: 978-958-8888-35-4

Hechos todos los depósitos legales conforme a la ley

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Alcaldía de Medellín.

Contenido

Presentación	9
1. Manual para la atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida.....	10
1.1 Introducción	11
1.2 Alcance del manual	12
1.3 Objetivo general	12
1.4 Objetivos específicos	12
2. Generalidades de la conducta suicida, definiciones y aspectos epidemiológicos	13
2.1 Definiciones	14
2.1.1 Conducta suicida	14
2.1.2 Ideación suicida	14
2.1.3 Intento de suicidio	15
2.1.4 Suicidio	15
2.2 Normativa nacional e internacional	15
2.3 Problemática	16
2.4 Comportamiento en el país	18
2.5 Comportamiento en Medellín.....	18
2.6 Descripción de factores asociados a la conducta suicida.....	19
2.6.1 Factores asociados al riesgo.....	19
2.6.2 Sociodemográficos	19
2.6.3 Clínicos.....	21
2.6.3.1 Factores asociados a la protección	21
3. Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida	23
3.1 ¿Cómo identificar pacientes con alto riesgo de conducta suicida?	24
3.2 Identificación de mitos y realidades.....	24

3.3	Evaluación de la persona con conducta suicida.....	26
3.3.1	Lineamientos generales	27
3.3.2	Evaluación general	29
3.3.3	Evaluación de pensamientos, planes y conductas suicidas.....	29
3.3.4	Evaluación y clasificación del riesgo de suicidio	29
3.4	Intervenciones para la atención con calidad	31
3.4.1	Primeros auxilios psicológicos	31
3.4.1.1	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos	31
3.4.1.2	Cómo intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos	32
3.4.2	Atención clínica según la clasificación del riesgo de suicidio.....	34
3.4.2.1	Paciente clasificado como en riesgo bajo.....	34
3.4.2.2	Paciente clasificado como en riesgo indeterminado.....	35
3.4.2.3	Paciente clasificado como en riesgo alto	35
3.4.2.4	Sedación, ansiólisis o inducción de sueño	35
3.4.2.5	Alta voluntaria	36
3.5	Red de apoyo social o familiar	36
3.6	Notificación al sistema de vigilancia en salud pública.....	37
4	Rutas de atención de las personas que presentan conducta suicida	39
4.1	Programas e iniciativas orientadas a la intervención de la conducta suicida con los cuales se puede articular el sector salud.....	43
4.2	Líneas de atención en Medellín	44
5	Bibliografía	46



Presentación

Este manual para la atención con calidad a las personas que presentan conductas suicidas contiene orientaciones técnicas dirigidas a los profesionales de la salud que laboran en instituciones, programas o proyectos de salud de la ciudad de Medellín. Contiene elementos útiles para la evaluación y atención integrales de las personas con conducta suicida, según la clasificación del riesgo.

El propósito es contribuir a mejorar la capacidad resolutive desde la atención primaria: fortalecer las capacidades del personal de salud en la atención a las personas que presentan conductas suicidas, sensibilizar frente al tema, motivar a conocer y apropiarse de los aspectos relacionados con la salud mental, optimizar el talento humano en nuestro sistema de salud y aportar a la salud de la población.

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

Este documento está estructurado en cuatro partes.

1. Aspectos básicos del manual.
2. Generalidades de la conducta suicida y aspectos epidemiológicos.
3. Valoración y atención integral de las personas que presentan conductas suicidas.
4. Rutas de atención.

Gabriel Jaime Guarín Alzate
Secretario de Salud de Medellín

1

Manual
para la atención con calidad
a las personas que presentan
conducta suicida



1.1 Introducción

La conducta suicida es considerada en la actualidad un problema de salud pública porque presenta alta prevalencia y puede prevenirse (1). Esta conducta se ha definido de varias maneras dependiendo del contexto histórico y del enfoque teórico. Actualmente la podemos definir como un continuo observable en diferentes grados, que van desde la ideación suicida y la tentativa de suicidio hasta el suicidio consumado. Es una conducta que puede ser influenciada por múltiples causas y precipitada por diversas situaciones que se convierten en eventos desencadenantes. Por esa multifactorialidad es un fenómeno de características borrosas y es difícil encontrar una definición que pueda abordarlo en su totalidad. En ese sentido, se hace necesario proponer marcos comprensivos comunes que permitan prevenir y atender de manera integral los casos de conducta suicida.

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

Así mismo, es importante considerar que no siempre es evidente el intento de suicidio o cuando este se hace evidente han sucedido una serie de situaciones que pudieron pasar desapercibidas para la familia y para los profesionales de salud, que posiblemente pudieron ser atendidas a tiempo y resueltas antes de convertirse en un intento de suicidio o llegar a un desenlace fatal. En ese sentido, el presente manual reviste especial importancia para los diferentes servicios de salud, desde urgencias a promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los entornos hogar y comunidad mediante diferentes estrategias de atención primaria, pues busca formar para la detección de dichas situaciones y prepara al personal de salud que trabaja en las instituciones de salud y en otros programas o proyectos de la ciudad de Medellín para abordar de manera adecuada a las personas, advertir cualquier situación que pudiera desencadenar en un acto suicida, brindar una atención integral con calidad, tendiente a resolver en el momento mismo de la atención situaciones relacionadas con su salud mental, que en muchas ocasiones pueden mejorarse con una escucha activa y orientación adecuada, humanizada y respetuosa.

1.2 Alcance del manual

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

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

1.3 Objetivo general

Brindar al personal de la salud fundamentos teóricos y herramientas para identificar y atender integral y oportunamente a las personas en riesgo o que presentan conducta suicida y a sus familias, de manera que se favorezca una atención con calidad.

1.4 Objetivos específicos

- Revisar los aspectos teóricos más relevantes respecto a la conducta suicida y contextualizarlos a la ciudad de Medellín.
- Estandarizar definiciones, factores asociados, identificación de personas en riesgo e intervenciones en los casos de intento de suicidio detectados.
- Brindar elementos técnicos que permitan evaluar y clasificar el riesgo de suicidio, así como la intervención desde el hogar hasta los servicios de salud, considerando la salud mental como un proceso transversal a la atención en salud.
- Propiciar herramientas teóricas que permitan a los profesionales de medicina general, área psicosocial, enfermería y otros realizar una atención inicial adecuada y remitir a otros profesionales o niveles de atención según sea pertinente.
- Sensibilizar en el reporte adecuado de los casos y la remisión a otros niveles y servicios por parte del personal de las diferentes instituciones de atención en salud.

2

Generalidades
de la **conducta suicida**
definiciones y aspectos
epidemiológicos

2.1 Definiciones

En su obra "Religio medici", sir Thomas Browne (1642) acuñó por primera vez la palabra "suicidio", basándose en los términos del latín "sui" (sí mismo) y "caedere" (matar). La nueva palabra fue utilizada por la necesidad, en el ámbito judicial, de distinguir entre el "homicidio de uno mismo" y el asesinato de otro, lo que imprimió desde su propia nominación un carácter punitivo o castigador al nuevo concepto.

A partir de entonces, el suicidio ha sido tema central de diversos autores, entre ellos, E. Stengel (2), Jean Baechler (3). Sin embargo, la definición de suicidio más reconocida es la del sociólogo francés Émile Durkheim: "se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado"(4).

Así mismo, múltiples disciplinas organizaciones e instituciones han analizado este fenómeno, entre ellas la OMS, que define "el acto suicida" como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. Este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional o como consecuencia a diversas causas (5). Este concepto aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.

Bajo esta lógica, y con el fin de homogenizar el fenómeno y estandarizar intervenciones, para el presente manual se pueden definir:

2.1.1 Conducta suicida

La conducta suicida es un proceso continuo, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. Dentro de esta definición incluiremos específicamente la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio, evitando términos como "gesto suicida", "parasuicidio", los cuales en definitiva pueden ser incluidos en intentos de suicidio.

2.1.2 Ideación suicida

Es el pensamiento, la idea, el deseo de quitarse la vida; los pensamientos varían desde el deseo de muerte hasta la planeación completa del intento. El espectro de la ideación suicida abarca típicamente cuestionamientos existenciales que progresan sucesivamente a ideas de muerte, ideas de suicidio hasta planes de suicidio.



2.1.3 Intento de suicidio

Es el acto contra la integridad de una persona, iniciado por ella misma, que no termina en la muerte. Diremos que cualquier intento de suicidio, por leve que parezca (tomarse un frasco de vitaminas) reviste suma gravedad.

2.1.4 Suicidio

Es el resultado fatal de una conducta contra una persona, iniciada por ella misma.

Para efectos operativos de este manual, se tendrá en cuenta personas con estas conductas que además presenten trastornos mentales, emocionales o comportamentales que las expliquen y sean susceptibles de evaluar e intervenir en el sistema de salud, en el contexto de Medellín.

2.2 Normativa nacional e internacional

En el ámbito internacional la OMS ha incluido el suicidio como una de las problemáticas relevantes. Es así como en su Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 señala: "La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes" y se ha incluido en el objetivo 3: "Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental", con una meta estipulada para el año 2020: "Meta mundial 3.2: se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países" (1).

En el ámbito Nacional son varias las normativas relacionadas con el comportamiento suicida:

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el eje salud mental y convivencia, cuenta con un componente denominado "Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia". Incluye un objetivo en el que se propone: "Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos" (6).

Dentro del plan decenal una de las metas para evaluar la dimensión de salud mental y convivencia social es, para el año 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes.

En la ley 1616 de 2013 o Ley de Salud mental se hace referencia directa a la atención del comportamiento suicida: Artículo 8°:

El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de

la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras (7).

La Resolución 5521 de 2013 incluye la atención en salud mental de una manera explícita en el capítulo VI, donde brinda todas las condiciones para la atención inicial de urgencias, ambulatoria y con internación. En este marco cabe el derecho a una atención con calidad a las personas que presentan intento de suicidio, dentro del plan obligatorio de salud (8).

2.3 Problemática

La conducta suicida es un problema de salud pública importante y evitable. Según la Organización Mundial de la Salud el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años y estima que para 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes (1). Por otra parte, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento, ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (9).

En Colombia, según el informe Forensis de 2011 del Instituto Nacional de Medicina Legal, se encontró que el mayor número de suicidios ocurrió en el grupo etario de 15 a 34 años de edad, lo cual correspondió al 51,8% de los casos, siendo esta la cuarta causa de muerte violenta. El departamento de Antioquia registró una tasa de suicidios de 5,09 por 100.000 habitantes. Por su parte, la ciudad de Medellín registró una tasa de 4,86 por 100.000 habitantes (10).

De acuerdo con los estimativos de la OMS, el suicidio está entre las diez causas mayores de muerte en cada país, y es una de las tres causas principales de muerte en la franja de edad entre 15 y 35 años. El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos a otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas.

La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de ingresos bajos. Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios, casi el doble de la carga por diabetes e igual a la carga por asfixia en el nacimiento y trauma.

No obstante la magnitud del problema, existen numerosas dificultades al ofrecer una adecuada atención, con el fin de disminuir sus índices de incidencia o prevalencia. Entre otros, pueden señalarse los siguientes (tabla 1).



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

Limitados marcos conceptuales y de intervención: en este aspecto se cuenta con marcos teóricos explicativos que por lo general se basan en una única perspectiva y que, además, se limitan a hacer descripciones generales de aquello que puede considerarse un factor de riesgo o factor protector. Es imprescindible que el abordaje teórico sea complementado con aspectos de tipo práctico, aplicado, que orienten la acción, además de contextualizados a las realidades y necesidades de nuestro medio.

Aspectos contextuales: entre ellos pueden considerarse el estigma relacionado con el suicidio: lleva a que muchas personas con ideación suicida no se atrevan a consultar al sistema de salud e incluso, en muchas ocasiones, a acudir a las redes de apoyo más cercanas, por temor a ser rechazadas o estigmatizadas.

Otro aspecto contextual, es aquel relativo a las condiciones de oportunidad que el sistema de salud ofrece, en tanto estas se convierten en una barrera para la atención adecuada. Es necesario que ante la presencia de ideación suicida o intento de suicidio se ofrezca una red de atención que le brinde continuidad a la misma, especialmente durante el lapso de la crisis, pues ello no solamente evita el riesgo de muerte sino que, además, facilita una resolución positiva de la misma evitando posibles recaídas futuras.

Aspectos personales: en tanto se cuenta con información y formación limitada y ante la ausencia de guías prácticas que orienten la atención, son los aspectos personales de los tratantes los que, en definitiva, orientan las acciones en la atención en salud. Ello es especialmente delicado en tanto allí entran en juego gran cantidad de elementos subjetivos que de no ser cuidadosamente considerados, pueden impactar negativamente la atención. La creencia en los mitos relacionados con el fenómeno del suicidio, los aspectos relativos a la muerte no elaborados (la propia muerte, la muerte de personas cercanas, los duelos), limitaciones en la capacidad de escucha y en la capacidad empática, lo cual conduce a intervenciones que no se orientan al bienestar de la persona sino a la resolución o bloqueo de los propios conflictos. En una investigación realizada en Antioquia en 2008 (11), encontraron que la atención depende en gran medida de la interpretación que hagan los profesionales sobre el Intento de Suicidio, para los investigadores hay cuatro categorías de actitudes: enjuiciadoras, compasivas, fatalistas y solidarias.

Prácticas inadecuadas: todo lo anterior, puede conducir a prácticas como minimizar el problema de la persona, no llevar a cabo el protocolo para la atención de conducta suicida, no realizar una atención integral, no remitir al profesional indicado, no proponer o derivar a un tratamiento psicológico o psiquiátrico, entre otros.

La falta de una nomenclatura común y de procedimientos que clasifiquen los actos suicidas, con definiciones operacionales confiables y eficaces que permitan establecer un consenso sobre estos conceptos, genera una dificultad para el diagnóstico, la evaluación, el manejo y la prevención de la conducta suicida.

Tabla 1. Dificultades para ofrecer atención de calidad frente a conductas suicidas

2.4 Comportamiento en el país

Desde el año 2006, el fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado una tendencia al aumento según el registro del Sistema Médico Forense Colombiano, con una proporción que ha oscilado entre 0,21 y 3,9% por año (12).

Según el informe Forensis de 2011 del Instituto Nacional de Medicina Legal, durante el año 2011 este fenómeno representó el 7% de las muertes violentas en Colombia con 1.889 casos, (tasa de 4,10 suicidios por 100.000 habitantes). Hubo un incremento de 1,3% con respecto al año 2010. El mayor número de suicidios ocurrió en el grupo etario de 15 a 34 años de edad, el 51,8% de los casos correspondió a la población de adolescentes y adultos jóvenes, un grupo de población altamente activo desde todo punto de vista: familiar, social y económico. Así mismo, se registró un incremento en la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en la población de más de 80 años de edad, al pasar de 5,73 en 2010 a 6,04 en 2011 (12).

A continuación se discrimina por sexo y por mecanismo causal las muertes por suicidio en Colombia, según el informe Forensis 2011 (12).

Informe Forensis 2011 - Instituto Nacional de Medicina Legal		
Sexo	Hombres	1.523 casos para 80,62%
	Mujeres	366 casos para 19,38%
Mecanismo causal	Hombres	Ahorcamiento (44,98%) Proyectil de arma de fuego (16,87%) Intoxicación (16,61%)
	Mujeres	Intoxicación (37,70%) Ahorcamiento (35,24%)

Tabla 2. Muertes por suicidio en Colombia según Informe Forensis 2011

2.5 Comportamiento en Medellín

Respecto a la prevalencia de ideación suicida, el Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012 presentó que el 3,59% de la población informó haber pensado en la posibilidad de suicidarse. Para el sexo femenino esta proporción fue 3,94%, mientras que para el masculino fue de 3,01%, y el grupo de 13 a 18 años reportó la prevalencia más alta, con 6,92%, en contraste con el grupo de 45 a 65 años, que arrojó la más baja, con 1,97% (9). Para indicadores de prevalencia de planeación suicida, este mismo estudio reportó que el 1,26% de la población informó haber presentado planeación de suicidio. Los grupos de más alto riesgo durante la vida son los de 13 a 18 años, con 5,22%, y el de 30 a 44 años, con 5,94%. El intento de suicidio presentó una prevalencia de vida de 0,78% con IC-95% entre 0,5% y 1,0%, mayor para el sexo femenino; se presenta el mayor riesgo para los grupos de 30 a 44 años con 5,83% y el de 13 a 18 años con 5,79% (9).

La situación de mortalidad por suicidio en Medellín, en Antioquia y en Colombia se puede observar en el siguiente gráfico. La ciudad de Medellín y el departamento



de Antioquia presentan tasas variables y superiores a las del País. En la ciudad de Medellín se han presentado 1.105 casos de suicidio en los últimos 9 años, para un promedio anual de 122 muertes, siendo el 2012 el año con más casos (149) y el 2014 el año con menor número de suicidios (105).

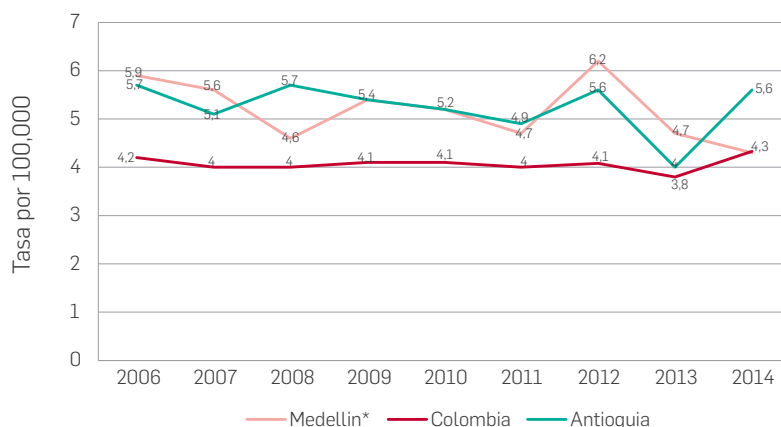


Gráfico 1. Tendencia de la tasa de suicidio en Medellín, en el departamento de Antioquia y en Colombia. 2006-2014.

Fuente: Datos Medellín, Secretaría de Salud de Medellín y datos Colombia y Antioquia, Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses. Revista Forensis.

2.6 Descripción de factores asociados a la conducta suicida

La conducta suicida, entendida en una perspectiva multidimensional, es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Aunque la mayoría de factores asociados a la conducta suicida han mostrado ser constantes en las diferentes regiones del mundo, la influencia de cada factor es específica a las diferentes comunidades o poblaciones. Dentro de estos podemos citar factores asociados al riesgo y factores asociados a la protección o contención.

2.6.1 Factores asociados al riesgo

Estos factores se han asociado a la conducta suicida como predisponentes o de riesgo y en ellos se han basado las intervenciones de prevención del riesgo. La evidencia científica los ha dividido en diferentes categorías dependiendo de la perspectiva teórica. Es importante conocerlos para evaluar el riesgo. En la tabla 3 (siguiente página), se listan los principales factores mencionados.

2.6.2 Sociodemográficos

En Medellín, la distribución porcentual de las defunciones por suicidio del año 2010 muestra prevalencia en el grupo poblacional de los 25 a los 34 años para los hombres, mientras que en las mujeres está entre los 18 y los 24 años y entre los 45 y los 59 años (9).

Factores asociados al riesgo		
Plan de suicidio	De forma impulsiva ¹	86,3%
	Hombres	0,49%
	Mujeres	1,71%
Intento de suicidio	Mayor para el sexo femenino	Por cada hombre casi 3 mujeres lo informaron.
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 en Medellín	1) Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en vivienda 2) Envenenamiento 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)	
	Esquizofrenia (al inicio de la enfermedad y luego de hospitalizaciones)	
	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)	
	Historia familiar de conducta suicida (suicidios e intentos), enfermedad mental (especialmente en la madre) u hospitalizaciones psiquiátricas	
Traumas 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 LGBTI ² Menor con medida de protección	

Tabla 3. factores asociados al riesgo de conducta suicida

Fuentes: (9,13-16).

¹ Tanto hombres como mujeres.

² Lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersexuales.



2.6.3 Clínicos

Mediante la aplicación de autopsias psicológicas, se ha determinado que entre el 60 y el 90% de las personas fallecidas por suicidio han sufrido un trastorno psiquiátrico al momento de la muerte. La mayoría habían comentado sus síntomas depresivos e ideación de muerte a familiares o personas cercanas, incluso, gran parte (40% y 60%) había asistido a consulta médica o psicológica pocos meses antes de la muerte (9).

Los problemas por abuso o dependencia de sustancias también aumentan el riesgo de conductas suicidas: la mitad de las muertes por suicidio revelaban un estado de embriaguez al momento de la muerte (por alcohol u otras sustancias), hasta un 18% de los alcohólicos muere por suicidio. Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son:

- Iniciación temprana del alcoholismo
- Largo historial de bebida
- Alto nivel de dependencia
- Humor depresivo
- Salud física deficiente
- Desempeño laboral pobre
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante.

Los eventos estresantes se han descrito como disparadores de la conducta suicida en personas vulnerables (17).

2.6.3.1 Factores asociados a la protección

Los factores protectores son componentes que evitan la aparición o el desarrollo de una condición mórbida, en el caso del suicidio son todos aquellos que intervienen, bloquean, atenúan o disminuyen la posibilidad de que se presente este evento (18); por lo tanto, los factores protectores se convierten en una oportunidad para orientar la intervención integral de estos casos.

De acuerdo con la literatura científica se clasifican en individuales, familiares y sociales.

Factores protectores personales

Entre ellos se cuentan: poseer confianza en sí mismo, tener autoestima, buena autoimagen, tener habilidades sociales para la toma de decisiones y para resolver problemas, desarrollar habilidades para aprender a perseverar o a renunciar cuando sea necesario, ser receptivo a las experiencias ajenas y a las soluciones exitosas, evitar el consumo de sustancias adictivas, tener una visión positiva del futuro personal, poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre y participar en actividades espirituales o tener filiación religiosa (19-23).

Factores protectores familiares

Una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos, embarazo deseado, en mujeres, e hijos menores de dos años, tener amistades estables, no disponer de armas en la casa, hacer parte de una educación como hijo o como padre basada en la tolerancia y aceptación de los retos que implica la vida, valores sólidos, participar de tradiciones que fomenten los vínculos con las redes sociales y tener un sentido trascendente de la vida (19,24-26).

Factores protectores sociales

Implican tener acceso a los sectores e instituciones que garantizan los aspectos básicos para tener calidad de vida: acceso a la salud, a servicios y asistencia de salud mental —a la utilización de las fuentes de salud mental existentes en la comunidad, como consultas de consejería, de psicología, psiquiatría, unidades de intervención en crisis, servicios médicos de urgencia, médicos de la familia—; acceso al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la recreación y al deporte (27-34).



3

**Valoración
y atención integral
de la persona que presenta
conducta suicida**

3.1 ¿Cómo identificar pacientes con alto riesgo de conducta suicida?

Como ha sido descrito previamente, un número de factores individuales y sociodemográficos están asociados a la conducta suicida. Es importante conocerlos para la atención clínica. Éstos se resumen en la tabla 5.

Factores asociados al riesgo alto de conducta suicida	
Médicos-psiquiátricos	Trastornos psiquiátricos o de personalidad
	Consumo de alcohol o psicofármacos
	Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, VIH/SIDA)
	Intentos suicidas previos
	Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/o otros trastornos psiquiátricos
Sociodemográficos	Estatus de divorcio, viudez o soltería
	Vivir solo (aislado socialmente)
	Desempleo o retiro
Acontecimientos estresantes	Separación de pareja
	Pérdida sensible
	Problemas familiares
	Cambio en el estatus ocupacional o financiero
	Rechazo por parte de una persona importante
Si la persona está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es mayor	Aquellos que han sido dados de alta del hospital recientemente
	Aquellos que han realizado intentos de suicidio previamente

Tabla 5. Factores asociados al riesgo alto de conducta suicida

Existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio por medio de encuestas, pero son menos útiles que una buena entrevista clínica para identificar si la persona está en riesgo inminente de conducta suicida.

3.2 Identificación de mitos y realidades

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

Siguiendo a Pérez (18) se presentan algunos de los mitos más extendidos y la interpretación científica (ver tabla 6).



Mitos	Realidades
"Pacientes que hablan sobre suicidio raramente se suicidan".	Falso. Los pacientes que mueren por suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano.
"Preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar conductas suicidas" o "Hablar de suicidio con una persona en este riesgo la puede incitar a que lo realice".	Falso. Preguntar sobre el suicidio puede con frecuencia reducir la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona puede sentirse liberada y mejor comprendida.
"El que se quiere matar no lo dice".	Falso. Por lo general las personas que están considerando quitarse la vida lo dicen de muchas maneras y en muchos espacios.
"Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde".	Falso. No debe considerarse como alarde o "simple llamado de atención" (en el sentido de una "pataleta") un intento de suicidio. Este es un acto serio que en realidad puede llegar a cobrar una vida.
"Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren".	Falso. Todo intento de suicidio, independientemente del método utilizado, es igual de serio y así debe considerarse.
"Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida".	Falso. En la medida que reciba una atención adecuada y oportuna el riesgo de suicidio podrá ser controlado eficazmente en el futuro.
"El que se suicida es un enfermo mental."	Falso. Si bien en algunos casos se puede asociar el suicidio a algún tipo de psicopatología, en muchísimos casos ello no ocurre y es imposible asociarlas, explicándose el intento por razones de tipo existencial u otros factores.
"Todo el que se suicida está deprimido".	Falso. Aunque en algunos casos de suicidio e intento de suicidio puede asociarse la depresión como uno de sus factores predisponentes, en un alto porcentaje de los casos ello no es así.
"El que intenta el suicidio es un cobarde o es un valiente."	Falso. No debe entenderse a quien intenta suicidarse como un cobarde que escapa de los problemas de la vida o un valiente que es capaz de matarse. No debe convertírsele en héroe o villano, pues es un ser humano con problemas y que a través del acto está pidiendo ayuda para resolverlos.
"Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio".	Falso. Pueden contribuir a su prevención evitando "el amarillismo" y siendo muy responsables con la información brindada. Para el caso ver el manual de la OMS (35).
"El suicidio se hereda".	Falso. El suicidio no se hereda y no debe estigmatizarse por ello a los familiares de un suicida.

Tabla 6. Mitos y realidades relacionados con el comportamiento suicida

"Acercarse a una persona en crisis suicida, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde tiempo para su abordaje adecuado".	Falso. En muchas ocasiones acercarse a una persona en crisis suicida con la mejor intención de escucharla y contenerla puede ayudar a evitar el paso al acto. Se incluye en el proceso el estar atento a la emisión oportuna a personal especializado.
"El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso".	Falso. En tanto los suicidas generalmente avisan acerca de sus intenciones con mucha antelación, si se escucha activamente, este puede ser prevenido.
"Sólo los pobres o sólo los ricos se suicidan".	Falso. Cualquier persona puede suicidarse y su condición económica no determina de manera exclusiva este potencial suicida.
"Si se reta a un suicida éste no lo intenta".	Falso. Una de las intervenciones contraindicadas con una persona con ideación o intento suicida es retarla.
"Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio".	Falso. Este es, precisamente, el momento de mayor riesgo suicida: cuando la persona está mejorando de su depresión.
"Los niños no se suicidan".	Falso. No solamente se suicidan, sino que, como ya se ha ilustrado, el número de suicidios de niños y adolescentes va en aumento.
"Los que intentan suicidarse y los que se suicidan son personas peligrosas, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás".	Falso. Las personas que intentan suicidarse tienen el mismo nivel de peligrosidad que cualquier otra persona.

Tabla 6. Mitos y realidades relacionados con el comportamiento suicida

3.3 Evaluación de la persona con conducta suicida

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

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la posibilidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si la persona tiene un inadecuado apoyo social. En la ciudad de Medellín se cuenta con *La Línea Amiga de Ayuda y Orientación en Salud Mental y Farmacodependencia*,



teléfono: 444 44 48, a la cual puede llamar cualquier persona, para recibir orientación y soporte especialmente en momentos de crisis.

Los posibles escenarios para la evaluación de la conducta suicida son: *el servicio de urgencias*, cuando se realizó un intento de suicidio; *los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad* durante la atención a población general o personas, con historia de trastorno mental o que manifiesten síntomas depresivos e ideación de muerte o suicidio; finalmente, en consulta externa, aunque la persona consulte por otra causa.

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

3.3.1 Lineamientos generales

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

Escuche respetuosamente: ante una crisis emocional la persona necesita de alguien que la escuche con respeto; es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando. Valga recordar que cuando una persona está en crisis generalmente no tiene la claridad suficiente para expresar lo que le está sucediendo, lo que realmente le molesta. No es recomendable desgastar energía y esfuerzo rebatiendo la decisión de la persona; es más importante hacerle saber que es entendida y que su sufrimiento tiene un valor y una razón de ser. También, es necesario hacerle saber que es muy probable que buscando una ayuda complementaria, la cual pueda ser orientada por el mismo profesional, pueda salir adelante sin necesitar recurrir a un acto autodestructivo, como puede ser el intento suicida.

Tómelo con seriedad: siempre que una persona exprese ideas o pensamientos depresivos o suicidas es necesario prestarle atención. En muchas ocasiones una persona puede disimular lo mal que se siente y debajo de su aparente calma puede esconderse un conflicto que encierre profundos sentimientos de angustia.

No tema preguntar si la persona muestra depresión o ha abrigado pensamientos de suicidio: el que la persona pueda expresar abiertamente sus sentimientos o sus intenciones suicidas ha demostrado, en nuestra experiencia, que disminuye la probabilidad de que un evento se agrave o se lleve a cabo. Con frecuencia la persona agradece la oportunidad de hablar

abiertamente sobre el tema y sabe que cuenta con alguien dispuesto a escucharla y a tomarla en serio.

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

Sea positivo y solidario: es importante ofrecer fortaleza y un vínculo fuerte a la persona afligida. Es necesario hacerle saber que se está procediendo de la manera adecuada y que se hará todo lo posible para darle el apoyo y la ayuda que necesita.

Evalúe los recursos disponibles: haga una exploración de reconocimiento de los recursos con los que cuenta la persona; es posible que cuente con elementos internos como mecanismos de racionalización, entendimiento, imitación y otros, que deben ser fortalecidos y sostenidos. Tome en cuenta también recursos externos como amigos, familiares, psicorrientadores, docentes, entre otros.

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

La Sociedad Americana de Psiquiatría sugiere realizar una evaluación que va de lo general a lo específico, como se aprecia en el gráfico 2.



Gráfico 2. Desarrollo de evaluación a personas en crisis susceptible de desencadenar suicidio.



3.3.2 Evaluación general

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

3.3.3 Evaluación de pensamientos, planes y conductas suicidas

- Determine la presencia o ausencia de ideación suicida.
- Determine la presencia o ausencia de plan suicida.
- Evalúe el riesgo de suicidio

3.3.4 Evaluación y clasificación del riesgo de suicidio

Se determina mediante la evaluación conjunta de los siguientes puntos:

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

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

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

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

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

Tabla 7. Clasificación del riesgo de suicidio

En la tabla 8 se citan algunas preguntas útiles para la evaluación de pacientes con conducta suicida (modificado de la Sociedad Americana de Psiquiatría).

Preguntas específicas para evaluar la conducta suicida
<p>1. Comience con los pensamientos sobre la vida ¿Ha sentido que no merece seguir viviendo? ¿Ha deseado poderse dormir y no despertar más?</p>
<p>2. Continúe con ideas de daño, de muerte o suicidas ¿Ha pensado en la muerte o morir recientemente? ¿Las cosas alguna vez han llegado al punto en que ha pensado en hacerse daño o morir?</p>
<p>3. Para personas que tienen ideas de daño, muerte o suicidio: ¿Cuándo aparecieron esas ideas? ¿Qué lo llevó a tener esas ideas? ¿Con qué frecuencia y qué tanto controla esas ideas? ¿Qué de lo que le sucede le aumenta esas ideas? ¿Cree que en futuro pueda llevar las ideas al acto? ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño, pero se ha detenido a último momento? ¿Qué cree que ocurriría si llegara usted a morir? ¿Ha pensado algún plan para hacerse daño o morir? (si es así, ¿cuál es el plan?) ¿Tiene algún tipo de armas (armas de fuego, venenos, entre otras)? ¿Ha hecho algún preparativo para morir (escribir una nota o un testamento, hacer arreglos financieros, entre otros)? ¿Ha hablado con alguien sobre lo que piensa? ¿Cómo ve su futuro o cómo se ve en tres meses? ¿Qué cosas podrían hacerlo sentir más esperanzado en su futuro? ¿Qué cosas en su vida podrían llevarlo a querer morir? ¿Qué cosas en su vida lo hacen querer seguir viviendo? ¿Si tuviera ideas de daño o muerte, qué haría?</p>
<p>4. Para personas con intentos de suicidio ¿Podría describir qué ocurrió (circunstancias, precipitantes, uso de alcohol o sustancias, método, propósito, gravedad de la lesión)? ¿Qué ideas tenía que lo llevaron al intento? ¿Qué pensaba que ocurriría con lo que hizo? ¿Había planeado ser descubierto o lo encontraron por casualidad? ¿Cómo se sintió después con lo que hizo (alivio o pesar de estar vivo)? ¿Recibió tratamiento y cuál (médico versus psiquiátrico, en urgencias versus hospitalizado versus consulta externa)? ¿Su pensamiento ha cambiado o algo es diferente para usted desde el intento? ¿En el pasado intentó dañarse (o morir) usted mismo?</p>
<p>5. Para personas con ideas suicidas o intentos recurrentes ¿Cuántas veces ha intentado hacerse daño (o matarse)? ¿Cuándo fue la más reciente? ¿Cuándo fue su intento más serio y qué pensaba en ese momento? ¿Qué lo llevó a hacerlo y qué le ocurrió después?</p>
<p>6. Considere evaluar el riesgo de la persona de causar daño a otros ¿Cree que alguien es responsable de lo que le pasa? ¿Hay otras personas con quienes querría morir? ¿Hay otras personas que piensa no serían capaz de continuar sin usted?</p>

Tabla 8. Evaluación de pacientes con conducta suicida



3.4 Intervenciones para la atención con calidad

A continuación se presentan unos lineamientos generales para la intervención de las personas con conducta suicida que permitirán una atención sincronizada y adecuada de la persona.

3.4.1 Primeros auxilios psicológicos

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

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

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

3.4.1.1 Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos

Realización del contacto: El primer paso es invitar a la persona para que hable sobre los hechos —si es necesario—, que exprese sus sentimientos con el objetivo de que se sienta comprendida, aceptada, apoyada con el fin de minimizar el aturdimiento emocional por el que pasa.

Examen de las dimensiones del problema: La indagación se enfoca en tres áreas:

- El pasado inmediato nos lleva a identificar cuáles fueron los eventos que llevaron a desatar la crisis que vive.
- El presente implica las preguntas ¿quién, qué, dónde, cuándo, cómo?, que permiten identificar la situación actual.
- El futuro inmediato se debe encaminar a las posibles salidas, los factores protectores y las redes de apoyo, de tal manera que la persona vea diferentes perspectivas. Es importante que la persona con conducta suicida entienda que aun los familiares más cercanos y los amigos

más queridos podrían no comprender la magnitud de su dolor; pero que finalmente superará esos sentimientos de culpa y la sensación de impotencia que siente en ese momento.

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

Asistir en la ejecución de pasos concretos: tienen que ver con la ayuda que se le da a la persona para facilitarle los procesos a los que se enfrenta después del evento traumático; es ser directivos, cuando la finalidad es ayudar a la persona en la búsqueda de rutas interinstitucionales que le faciliten continuar con el proceso de atención después de la crisis.

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

3.4.1.2 Cómo intervenir en una crisis mediante primeros auxilios psicológicos

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



Características	1ra. Instancia	2da. instancia
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Por parte de quién?	Protectores: padres de familia, médicos, abogados, trabajadores sociales, maestros etc.	Psicoterapeutas y orientadores terapeutas, con formación en salud mental: psicólogos, psiquiatras, enfermería etc.
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, líneas telefónicas de urgencias, escuelas.	Ambientes para terapia: hospitales, centros de salud, clínicas.
¿Cuáles son las metas?	Restablecer el enfrentamiento inmediato, dar apoyo de contención, reducir la mortalidad, enlazar con recursos profesionales.	Resolver la crisis, reelaborar el incidente de crisis, integrar el incidente y el trauma, disposición para enfrentar el futuro.
¿Cuál es el procedimiento?	Los primeros auxilios psicológicos.	Terapia.

Tabla 9. Intervenciones en primera y segunda instancia (35)

Elementos para tener en cuenta cuando se prestan primeros auxilios psicológicos

- **Oportunidad:** las posibilidades de recuperación emocional son mayores cuando inmediatamente sucedido el evento traumático, la persona tiene la posibilidad de recibir la ayuda y el apoyo que tanto necesita.
- **Metas:** ayudar a la víctima a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis.
- **Valoración:** es importante que la valoración abarque tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas implicados en la crisis para poder orientar o direccionar a la persona de la mejor manera. En la atención se debe ayudar a la persona a que encuentre alternativas personales que le aporten y ayuden a superar el evento.
- **Finalidad:** es lograr que la persona afectada, en la medida de sus capacidades, tenga la posibilidad de recuperar el funcionamiento que tenía antes de que el evento sucediera y que logre superar lo que está viviendo. Todo esto se desarrolla dentro de las alternativas y mecanismos emocionales, personales, sociales con los que cuenta, al mismo tiempo con su red social y familiar de apoyo.

Tabla 10. Recomendaciones para prestar primeros auxilios psicológicos

Reglas	<ul style="list-style-type: none"> • No ofrezca algo que no se pueda cumplir. • No le tenga miedo al silencio, ofrezca tiempo para pensar y sentir. • No se sienta inútil o frustrado, usted es importante y lo que está haciendo vale la pena. • No muestre ansiedad, ya que ésta puede ser fácilmente transmitida. • No ofrezca respuesta; más bien facilite la reflexión. • No permita que el enojo o la hostilidad de la persona lo afecte. • No presione; respete las creencias religiosas. • No tenga miedo de admitir que el afectado necesita más ayuda de la que usted le puede brindar; puede referirlo a un profesional especializado, psicólogo o psiquiatra. • No permita que la persona se concentre únicamente en los aspectos negativos. • No muestre lástima, paternalismo, pero tampoco se exprese de manera autoritaria o impositiva. • No espere que la persona funcione normalmente. • No confronte, la persona se puede sentir amenazada. • No insista con preguntas más allá de los temas que la persona desea tratar. • No haga juicios de valor, no moralice la situación. • No haga caso omiso de las amenazas de suicidio.
Evitar	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir, reñir, dogmatizar, generalizar, desvalorar, minimizar, moralizar monologar, huir del problema de la persona, racionalizar, proyectar, identificarse, fijarse en un punto, asumir un papel consolador, abstraer, ser inquisitivo, ser superficial, desvirtuar el relato, magnificar, transferir.

Tabla 10. Recomendaciones para prestar primeros auxilios psicológicos

3.4.2 Atención clínica según la clasificación del riesgo de suicidio

3.4.2.1 Paciente clasificado como en riesgo bajo

- Brindar los primeros auxilios psicológicos y activar las rutas de atención para los pacientes con esta clasificación de riesgo. La atención es ambulatoria.
- Evaluar y descartar trastorno psiquiátrico; esta evaluación debe ser realizada por el psicólogo o médico general, con capacitación en el tema de conducta suicida,³ y referir a psiquiatría, si se considera pertinente.

³ Se sugiere leer todo el capítulo de valoración y atención integral de la conducta suicida de este manual, y remitirse a otros documentos especializados en el tema, como el modelo y protocolo que propone el departamento de Antioquia.

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

3.4.2.2 Paciente clasificado como en riesgo indeterminado

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

3.4.2.3 Paciente clasificado como en riesgo alto

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

3.4.2.4 Sedación, ansiolisis o inducción de sueño

Para la sedación, ansiolisis o inducción de sueño, se indica utilizar una benzodiacepina, por parte del personal médico. Se podrá ofrecer inicialmente medicación oral. Las benzodiacepinas disponibles en el Plan Obligatorio de Salud (POS) se enumeran en la tabla 11.

Medicamento	Presentación	Dosis
Clonazepam	Gotas 2,5mg/ml (6 gotas: 0,5 mg)	0,5 a 2 mg cada 8 u 12 horas
	Tabletas: 0,5mg y 2mg	
Lorazepam	Tabletas: 1mg y 2mg	1 a 2 mg cada 6 u 8 horas
Alprazolam	Tabletas: 0,25mg; 0,5mg y 1mg	0,25 a 1 mg cada 6 horas

Tabla 11. Medicamentos recomendados para sedación, ansiolisis o inducción de sueño

Las benzodiazepinas no deben suministrarse en personas que ingieran otro tipo de depresores del sistema nervioso central. Se debe tener precaución en pacientes con signos de intoxicación por alcohol, trauma encéfalo craneano (TEC), cuando la historia médica sea desconocida, o si se sospecha intoxicación pero se desconoce el agente, dado que podría presentarse depresión respiratoria.

Otra opción de tratamiento vía intramuscular es el midazolam (presentación ampollas de 5mg), hasta 3 dosis con intervalo de 30 minutos a 6 horas.

3.4.2.5 Alta voluntaria

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

3.5 Red de apoyo social o familiar

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



3.6 Notificación al sistema de vigilancia en salud pública

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

Resumen de la valoración y atención:

Aspectos por considerar	Valoración y lineamientos	
Lineamientos generales	<p>Escuche respetuosamente. Tómelo con seriedad. No tema preguntar. Sea positivo y solidario. Evalúe los recursos disponibles. Actúe con eficacia.</p>	
Paso 1: A quién evaluar	Personas con intento de suicidio.	
	Personas con antecedente de cualquier trastorno mental (depresión, trastorno bipolar, ansiedad, esquizofrenia, etc.) o conducta suicida previa.	
	Personas que manifiesten síntomas depresivos, ideas de muerte o ideas de suicidio.	
Paso 2: Cómo evaluar	Evaluación general.	Historia completa; Factores de riesgo y protectores; eventos desencadenantes.
	Evaluación de la conducta suicida.	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas de muerte. • Ideas de suicidio. • Planes de suicidio. • Intentos de suicidio.
Paso 3: Cómo clasificar el riesgo	<p>Clasificar de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia, magnitud, y persistencia de la ideación suicida. • La presencia y estructuración de un plan suicida y la disponibilidad de medios para concretarlo. • Los intentos suicidas previos y la letalidad de los métodos utilizados. 	<p><i>Bajo:</i> ideas de muerte; sin plan, y con factores protectores y red de apoyo. <i>Alto:</i> ideas de muerte y suicidas, plan estructurado y medios para concretarlo. Cuando las ideas de muerte y suicidio ocurren en una depresión bipolar. <i>Indeterminado.</i></p>
Paso 4: Manejo según el riesgo	<p><i>Bajo:</i> Manejo ambulatorio con remisión prioritaria a psiquiatría, activar las rutas. <i>Alto:</i> Manejo Hospitalario con remisión urgente a psiquiatría, vigilancia estrecha. <i>Indeterminado:</i> Observar 6 – 12 horas y re-evaluar.</p>	Siempre explicar a la persona y la familia las conductas e indicaciones a seguir y aclarar, a la familia, el posible riesgo de una futura conducta suicida.
Paso 5: Notificación	<p>Diligenciar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intentos de suicidio por Intoxicaciones</i>, formulario INS: 365 • <i>Intentos de suicidio diferente a intoxicación</i>, formulario de DATOS BÁSICOS. FOR-R02.0000-001 V:04 AÑO 2015. 	Permite la visita de la secretaría de salud de Medellín y la remisión a la EPS.

Tabla 12. Resumen de la valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida

4

Rutas de atención
de las **personas** que
que presentan conducta suicida

Las rutas de atención deben ser definidas y contextualizadas en cada institución. A continuación se describe la ruta de atención general para intervenir a personas, familias y comunidades en las que se presentan conductas suicidas.

Se sugiere el trabajo en articulación con profesionales de diferentes disciplinas con los que cuente la institución de salud: médicos generales y especialistas, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, pedagogos, personal administrativo y auxiliares, promotores de salud y promotores de saneamiento, nutricionistas, químicos de farmacia, entre otros.

- Remisión a psiquiatría si la valoración clínica lo señala necesario y contra-remisión para garantizar el seguimiento del paciente.
- Remisión y contra-remisión a proyectos de salud mental que operen en la ciudad, para generar o fortalecer redes sociales, especialmente cuando los pacientes son del régimen subsidiado.
- En caso de que la institución no cuente con psicólogo se debe hacer remisión al psicólogo de la EAPB, de la comisaría de familia u otra institución que permita la intervención psicológica oportuna.
- Si llega una persona con un intento de suicidio por urgencias clínicas, la institución debe remitir a la IPS primaria si el seguimiento que requiere el paciente es de primer nivel y a la EAPB si es de segundo nivel. La EAPB se encargaría de dirigir al paciente al lugar donde preste la atención que requiere y después se haría el seguimiento respectivo por la IPS primaria.
- Cabe destacar que cualquier profesional con disponibilidad para escuchar a la persona con el evento emergente puede hacer una contención inicial y asegurar su continuidad hacia un proceso integral. Ocasionalmente hay trabajadores sociales, terapeutas, profesionales de enfermería y otro personal de salud y del área social con formación para psicoterapia individual, grupal, familiar, comunitaria.
- Todo caso de suicidio o intento de suicidio amerita la notificación al Sivigila. A partir de este registro la Secretaría de Salud realiza visita domiciliaria a las personas que fueron atendidas y hace el seguimiento frente al cumplimiento de las instancias en salud (EAPB, IPS).

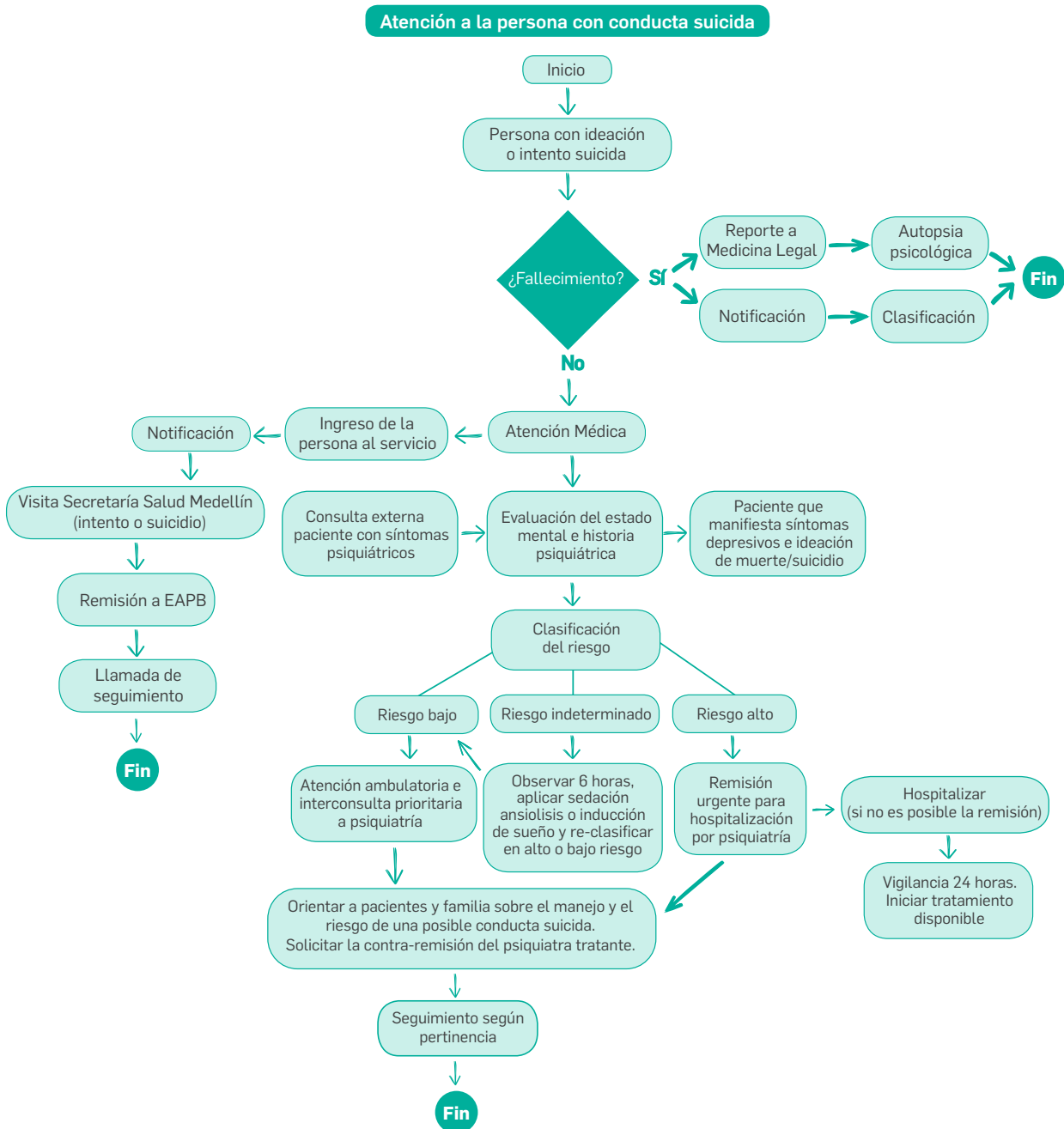


Gráfico 3. Ruta de atención médica para personas con conducta suicida

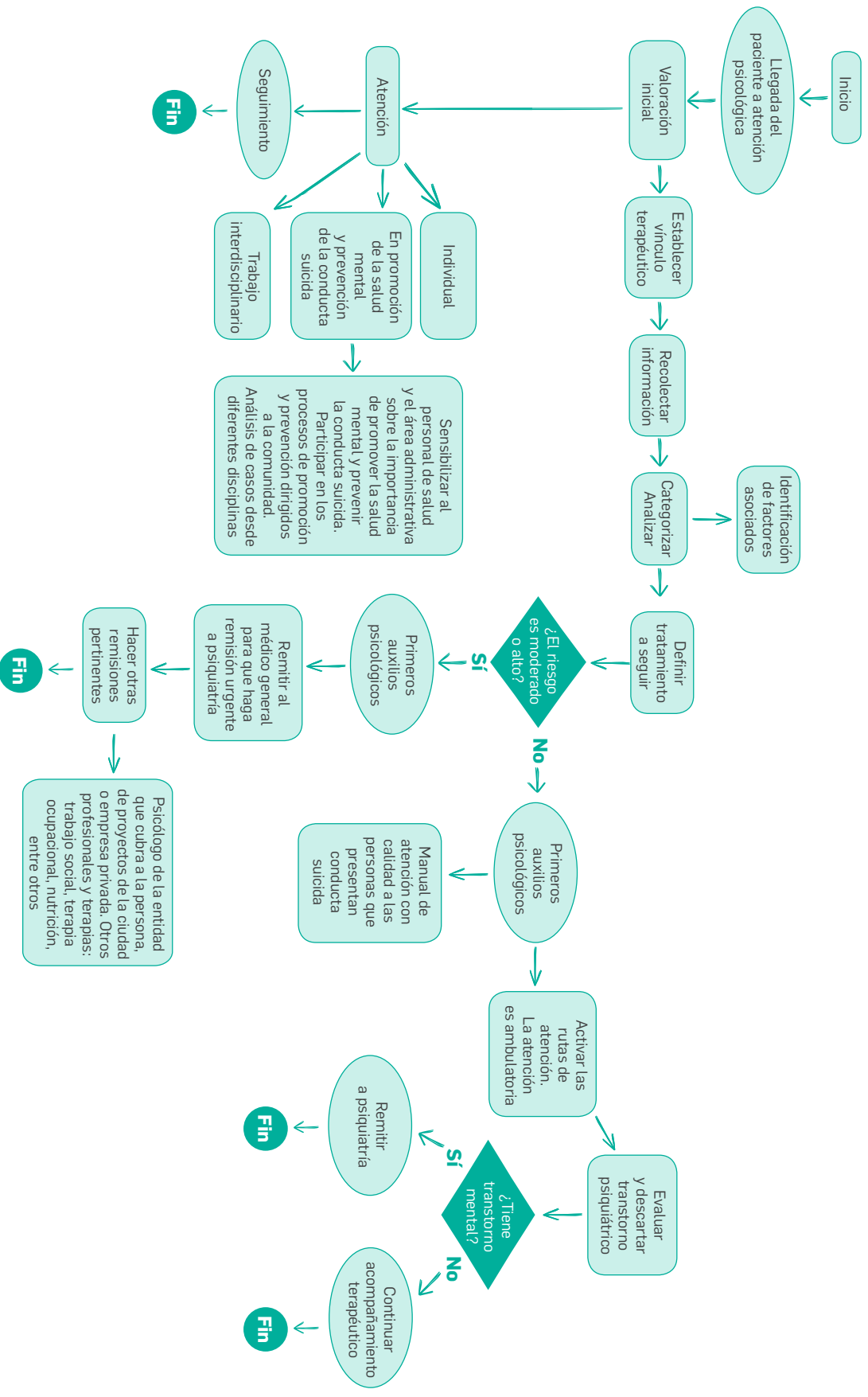


Gráfico 4. Atención psicológica a personas con conducta suicida.



4.1 Programas e iniciativas orientadas a la intervención de la conducta suicida con los cuales se puede articular el sector salud

En cuanto a los manuales e iniciativas orientadas a la intervención de la conducta suicida cabe mencionar los siguientes:

La OMS cuenta con una estrategia denominada SUPRE, la cual incluye diversos manuales orientadores de la acción. Estos pueden consultarse en http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/

El programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) es una iniciativa de la OMS, con la participación de gobiernos, organizaciones internacionales y otros sectores interesados para mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OMS, 2008). Este programa prioriza las conductas suicidas junto a otros eventos y trastornos mentales. Busca vencer la falta de atención a estos eventos, mediante el fortalecimiento de competencias de los distintos actores y el desarrollo de guías de intervención basadas en evidencia científica e implementa intervenciones psicosociales. Enlace http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

El programa *Public Health Action for the Prevention of Suicide* definido desde el 2012 brinda recomendaciones a los gobiernos para la creación e implementación de estrategias para la prevención e intervención de las conductas suicidas. Enlace http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/

Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Ref. tipo: seriado (libro, monografía).

Se conoce también la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02

Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. Caja Costarricense de Seguro Social. 2005 (36).

Específicamente en Antioquia se cuenta con dos textos recientes que contienen lineamientos para la atención de la conducta suicida, que complementan los señalados en este apartado:

El protocolo de atención para pacientes con ideación e intento suicida. Código S. Liderado por el doctor Cristian Vargas Upegui (2014) Medellín: Gobernación de Antioquia. 54 pp.

Y el Manual de detección, evaluación del riesgo e intervención de la conducta suicida. (2012) liderado por la doctora Ángela Patricia Rodríguez Betancur. Medellín: Gobernación de Antioquia. 52 pp (37).

4.2 Líneas de atención en Medellín

Medellín cuenta con varias líneas que apoyan situaciones de urgencia o procesos de acompañamiento que no exigen inmediatez. Así:

Línea de apoyo psicosocial. A través del **1 2 3** Medellín, la ciudadanía accede a un sistema articulado de entidades que prestan los siguientes servicios orientados a violencia intrafamiliar, dificultades familiares, anciano vulnerable, problemas comportamentales, problemas personales y/o emocionales, atención de habitante de calle enfermos, violencia sexual en adultos, discapacidad física, mental y sensorial, información y atención para desplazados, información sobre sexualidad, plan retorno (desplazamiento para personas en situación de vulnerabilidad que proceden de otras regiones), servicio de alimentación para personas vulnerables cuando es necesario (desplazados, habitantes de calle, entre otros). Su respuesta es rápida y se utiliza en casos urgentes. Una vez se hace el contacto la línea envía una patrulla de policía. El policía que llegue al sitio procura estabilizar la situación de crisis, mientras se toma la decisión más pertinente.

Línea Amiga de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín. Esta línea presta asesoría y orientación psicosocial en casos relacionados con salud mental y farmacodependencia. Cuenta con profesionales de diferentes áreas que procuran orientar a las personas de acuerdo con sus características y las opciones de ciudad. Así, por ejemplo, pueden escuchar a una persona que atraviesa una situación difícil, indicar cuál es el lugar de atención más cercano y acorde con su seguridad social y necesidades, entre otros. Por lo anterior, su nivel de resolución es importante en la orientación telefónica, escuchan a la persona, pero no está diseñada para resolver casos de urgencia. Su línea es **4 44 44 48**.

Teléfono de la Esperanza es una entidad que promueve la salud mental en países hispanohablantes. En Medellín se cuenta con sus servicios desde hace doce años. Entre sus actividades, brindan orientación telefónica en casos de crisis. Los orientadores de esta línea cuentan con una formación de tres años aproximadamente en el tema de atención en crisis. El número telefónico es **4 48 29 45**; atienden de lunes a sábado de 8:00 A.M a 6:00 P.M. A través de su página Web se puede ampliar la información <http://www.telefonodelaesperanza.org/>

Proyecto Buen vivir en familia de la ciudad de Medellín. Brinda atención psicológica individual y familiar, en diferentes zonas de la ciudad. Requisitos:



Tener Sisben 0, 1, 2 ó 3 de Medellín. La línea para las citas es **2 91 33 44**. Esta línea es una posibilidad para iniciar procesos terapéuticos. No es la primera elección en un caso de urgencia, sino en caso de requerir psicoterapia individual o familiar.

Finalmente, cabe señalar que se han expuesto las iniciativas de mayor reconocimiento o accesibilidad en nuestro contexto. No obstante, la lista presentada no es exhaustiva; existen otros modelos y programas que se lideran en diferentes sectores para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y eventos emergentes, como la conducta suicida, a nivel nacional e internacional, que pueden ser de gran valor para articular acciones y sectores. En ese sentido, es clave que cada institución tenga su directorio contextualizado y actualizado.

Líneas de apoyo para la población de la ciudad de Medellín



Línea de apoyo psicosocial

1 2 3



Línea amiga

4 44 44 48



Teléfono de la Esperanza

4 48 29 45



Proyecto Buen vivir en familia

2 91 33 44

5

Bibliografía



Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. 50 p.
2. Stengel E. Suicide and attempted suicide. London: Penguin Books; 1966. 300 p.
3. Baechler J. Les suicides. Paris: Calman Levy; 1975. 664 p.
4. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. Crisis. 2006;27(1):4-15.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio : un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001. 31 p.
6. Colombia Ministerio de la Protección Social. Resolución 00001841 de 2013: por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial. 2013;CXLIX(48811):9-10.
7. Colombia Presidencia de la República. Ley 1616 de 2013: por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. 2013;CXLVIII(48680):1-8.
8. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 005521 de 2013: por el cual se define y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Diario Oficial. 2013;CXLIX(49019):1-97.
9. Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. Medellín: Secretaría de Salud; 2012. 351 p.
10. Almanza R, Montes F, Lopera V, Grajales I, Hoyos E, Salas C, et al. Salud mental. Revista Salud Pública de Medellín. 2011;5(Sup. 2):89-97.
11. Schnitter M, Patiño C, Salazar C, Vargas G, Vásquez C, Londoño R, et al. Un modelo de intervención/investigación clínico-social sobre el intento de suicidio en municipios de Antioquia, Colombia. En: XXV Congreso Mundial Prevención de Suicidio. Montevideo; 2009. p. 2.
12. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Forensis. 2012;13(1):243-65.
13. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. Lancet. 2002;360(9340):1126-30.
14. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. Am J Psychiatry. 2004;161(3):562-3.
15. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(4):427-32.
16. Zapata S. Informe epidemiológico de conducta suicida y trastornos desde RIPS. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín; 2014.

17. Work Group on Suicidal Behaviors. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60.
18. Pérez Barrero SA. Manual para la prevención del suicidio. [s.e.]; 57 p.
19. Greco C. Emociones positivas: herramientas psicológicas para la promoción de la salud mental infantil en contextos de vulnerabilidad social. San Luis - Argentina: Universidad Nacional de San Luis; 2006.
20. Mansilla Izquierdo F. La prevención de la conducta suicida: una necesidad. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2012 Mar;32(113):123-4.
21. Vásquez R, Gómez D. Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). *Acta Medica Colomb*. 1993;18(2):113-8.
22. Villalobos-Galvis F. Validez y fiabilidad del Inventario de ideación suicida positiva y negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Univ Psychol*. 2010;9(2):509-20.
23. Weare K, Gray G, Centro de Investigación y Documentación Educativa (Espanya), Comissió de les Comunitats Europees, Organització Mundial de la Salut. Promoción de la salud mental y emocional : en la Red europea de escuelas promotoras de salud : manual de formación para profesores y otros formadores de jóvenes. Madrid: CIDE; 1998.
24. Córdoba L, Soto G. Familia y discapacidad: intervención en crisis desde el modelo ecológico. *Psicol Conductual*. 2007;15(3):525-41.
25. Pineda J, Otero L. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales. Rev Estud Soc*. 2004;17:19-31.
26. Rueda G, Rangel A, Castro V, Camacho A. Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39(4):683-92.
27. Ardila S. La transformación de la atención psiquiátrica en el contexto de las reformas sanitarias pro-mercado: estudio de caso-Bogotá. *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*; 2010.
28. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD persons scale: A longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(6).
29. Calviño M. La acción comunitaria en salud mental: multiplicadores y multiplicandos. La Habana: Universidad de La Habana; 2002.
30. Contreras F. Acciones de atención primaria en salud en la relación de redes sociales y suicidio en Colombia. *Investig en Segur Soc y salud*. 2007;9:123-39.
31. Eslava-Castañeda JC. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Revista Salud Pública*. 2006;8(Supl 2):106-15.
32. García Valencia J, Palacio Acosta CA, Vargas G, Arias S, Ocampo MV, Aguirre B, et al. Validación del "inventario de razones para vivir" (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(1):66-84.



33. Mitjans A. La escuela: un espacio de promoción de salud. *Psicol Esc e Educ.* 1996;1(1):19–24.
34. Villalobos-Galvis F, Arévalo Ojeda C, Rojas Rivera F. Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2012;31(3):233–9.
35. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio un instrumento para los profesionales de los medios de comunicación.* Ginebra: OMS; 2000. 12 p.
36. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes.* San José: Seguro Social; 2005. 47 p.
37. Álvarez Piedrahita KV. *Indicadores de salud mental y los dominios del riesgo de suicidio, en los adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín.* [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2008.

Recomendación bibliográfica

Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud. Plan de salud municipal 2012 - 2015 "Medellín, ciudad saludable." *Revista Salud Pública de Medellín.* 2012;5(1):1–123.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Bogotá D.C.: Editorial Médica Panamericana; 2014. 1100 p.

Camus A. *El mito de Sísifo.* Buenos Aires: Losada; 1985.

Colombia Ministerio de la Protección Social. *Estudio nacional de salud mental: Colombia 2003.* Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2005. 57 p.

DANE. *Población y demografía* [Internet]. DANE. 2014 [citada 2014 Ene 29]. p. 2. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>

De Zubiría Samper M. *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes.* Bogotá D.C.: Aguilar; 2007. 200 p.

Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(9):1017–24.

Freemann A, Reinecke MA. *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida.* México D.F.: DESCLEE; 1995.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064–74.

Morin E. *Introducción al pensamiento complejo.* Madrid: Trotta; 2007. 84 p.

Pascual Pascual P, Villena, Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira JM, López García C. *El paciente suicida.* Guías Clínicas. 2005;5(38).

Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. Rev Salud Pública. 2007;9(2):230–40.

Rodríguez Betancur ÁP, Cardona Ríos GC, Gallego Hoyos WA. Detección, evaluación del riesgo e intervención de la conducta suicida: una propuesta dirigida al personal médico. Medellín (ANT): Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; 2012. 52 p.

Vygotsky L. Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2010. 240 p.

Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida

Manual para profesionales de la salud

Detrás de la conducta suicida hay un rostro humano, por lo tanto, el reto del profesional de la salud es acompañar a una persona que atraviesa una crisis, ofreciéndole no solamente todas las herramientas técnico científicas necesarias para superarla; sino también brindándole una atención con calidad: mirarle a los ojos, escucharle, estar ahí, tenderle una mano... La diferencia entre atender un caso y brindar atención con calidad está en "el ser".



Alcaldía de Medellín

Medellín
todos por la vida

