

**“Lineamientos Operativos para la  
Atención a Personas con Intención  
y/o Intentos suicidas en  
Establecimientos del Ministerio de  
Salud Pública del Ecuador.”**

**Lineamientos  
2021**



Ministerio de Salud Pública del Ecuador, **Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador**, Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, 2021

### **Autoridades**

Dr. Rodolfo Enrique Farfán Jaime, Viceministro de Atención Integral en Salud. Encargado.

Dr. Carlos Jaramillo, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Dra. Narcisa Calahorrano, Directora Nacional del Primer Nivel de Atención.

Dr. Eduardo Puente, Director Nacional de Hospitales.

Dra. Elva Romero, Directora Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles. Encargada

Psic. María Ignacia Páez, responsable del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.

### **Edición general**

Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud

### **Equipo de redacción y autores**

MPH. Rebekka Gerstner, Especialista de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Mgs. Juan Diego Carpio, Especialista de la Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles

Dr. Vladimir Díaz, Especialista de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.

Psic. Cl. Maritza Troya, Especialista de Cuidado del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.

Med. Mario López, Especialista Dirección Nacional de Hospitales.

### **Equipo de revisores**

Psic. Carina Pavón, Especialista de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.

Psic. Cl. Gabriel Ordóñez, Especialista Zonal de Discapacidades - Coordinación Zonal 8

Psic. Cl. Freddy Azanza, Especialista Zonal de Discapacidades - Coordinación Zonal 7

Psic. Cl. Isabela Troya, PhD, Investigadora post-doctoral en la Fundación de Investigación Nacional sobre el Suicidio-Cork-Irlanda.



Registro de cambios en el documento				
Versión	Resumen del cambio	Titulo	Realizado por	Fecha
1.0	Creación	Lineamientos operativos para la prevención en autolesión/suicidio. Atención en caso de lesiones autoinfligidas e ideas suicidas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública	Subsecretaría de Provisión de servicios de Salud	Febrero 2016
2.0	Nueva versión	Lineamientos operativos para la atención en caso de lesiones autoinfligidas e ideas suicidas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública	Subsecretaría de Provisión de servicios de Salud	Diciembre 2020



## PRESENTACIÓN

Alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, con lo que se pierden más vidas por esta causa que por el saldo de guerras, homicidios, cáncer de mama y malaria (1). También en Ecuador el suicidio es un problema de salud pública importante, pues cada año más de mil ecuatorianos se quitan su propia vida, correspondiendo aproximadamente la mitad de los suicidios a jóvenes y adolescentes menores de 30 años, así, el Ecuador se encuentra entre los 10 países con mayor incidencia de muertes autoinfligidas en jóvenes a nivel mundial (2).

“El suicidio es un fenómeno en ascenso” (3), dado que los últimos treinta años se registra un constante aumento de los suicidios, especialmente, entre adolescentes y jóvenes de sexo masculino (4). Por cada suicidio se estiman alrededor 10 a 20 intentos autolíticos (5), cifra de suicidios que se ve reflejada en un incremento de autolesiones que requieren de atención especializada, evidenciada, especialmente en los establecimientos públicos, en su mayoría del Ministerio de Salud Pública, como el mayor prestador de servicios de salud de la población ecuatoriana. En este sentido, para prevenir las muertes autoinfligidas es fundamental mejorar la atención a personas con intención y/o intentos suicidas, por lo que este documento pretende aportar con acciones orientadas a mitigar esta situación, por lo que su implementación se transforma en obligatoria en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional.

**Dr. Rodolfo Enrique Farfán Jaime**

**Viceministro de Atención Integral de Salud**



## CONTENIDO

<b>1 ANTECEDENTES .....</b>	<b>1</b>
<b>2 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>3 BASE LEGAL .....</b>	<b>1</b>
<b>4 DEFINICIONES .....</b>	<b>2</b>
<b>5 OBJETIVO .....</b>	<b>2</b>
<b>6 ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>7 SITUACIÓN ACTUAL .....</b>	<b>3</b>
7.1. Muertes por Suicidio en Ecuador .....	3
7.2. Intentos Suicidas en Ecuador .....	7
7.3. Factores de riesgo para el suicidio y comportamientos suicidas .....	9
7.4. Factores protectores para el suicidio y comportamientos suicidas .....	13
7.5. Mitos y verdades.....	14
<b>8 ATENCIÓN DE PERSONAS CON INTENCIÓN Y/O INTENTOS SUICIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA..</b>	<b>15</b>
8.1. LINEAMIENTOS GENERALES.....	15
8.1.1. Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos.....	15
8.1.2. Pautas de comunicación y trato de una persona con riesgo suicida..	15
8.1.3. Evaluación de riesgo suicida .....	17
8.1.4. Plan de seguridad: .....	20
8.2. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS .....	20
8.2.1. Atención a personas con intención y/o intentos suicidas en la atención prehospitalaria .....	20
8.2.1. Atención a personas con intención y/o intento suicida en el primer nivel de atención en salud.....	- 24 -
8.2.2 Atención a personas con intención y/o intentos suicidas en el segundo o tercer nivel de atención en salud.....	- 29 -
<b>9 BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>35</b>
<b>10 ANEXOS .....</b>	<b>38</b>
Anexo 1. Escala de riesgo-rescate .....	38
Anexo 2. Auditoría del lineamiento de atención a persona con intención y/o intento suicida en el primer nivel de atención .....	40
Anexo 3. Auditoría del lineamiento de atención a persona con riesgo suicida en segundo y tercer nivel de atención.....	40
Anexo 4. Evaluación física/psíquica.....	41
Anexo 5. Principios de primeros auxilios psicológicos .....	43



### Índice de tablas

Tabla 1. Suicidios por sexo, área y grupos de edades. Ecuador 2018.....	4
Tabla 2. Número y tasas de suicidios por provincias y áreas.....	5
Tabla 3. Métodos usados para el suicidio.....	6
Tabla 4. Factores de riesgo para el suicidio.....	10
Tabla 5. Principios de Primeros Auxilios Psicológicos.....	16
Tabla 6. Pautas de comunicación.....	21

### Índice de figuras

Figura 1. Tasa de suicidios por sexo y año entre 1990 a 2019.....	3
Figura 2. Número de suicidios por sexo, 2018.....	4
Figura 3. Suicidios y envenenamientos intencionales por sexo y grupo de edad.....	8
Figura 4. Envenenamientos intencionales por cantón, 2019.....	8
Figura 5. Porcentaje de suicidios por etnia.....	11
Figura 6. Suicidios según en nivel de instrucción alcanzado.....	11
Figura 7. Porcentaje de suicidio por estado civil y sexo.....	12
Figura 8. Porcentaje de estado civil de los fallecidos por suicidio según grupos de edad y sexo.....	12
Figura 9. Factores protectores para el suicidio y comportamientos suicidas.....	13
Figura 10. Mitos y verdades sobre el suicidio.....	14
Figura 11. Flujograma y protocolo de atención a personas con intención/intento suicida para profesionales no especializados en salud mental.....	17
Figura 12. Evaluación de riesgo y toma de decisiones.....	19
Figura 13. Señales de alerta.....	- 28 -
Figura 14. Criterios para internación de pacientes con intención y/o intento suicida.....	-

29 -



## 1 ANTECEDENTES

El suicidio comprende uno de los problemas de salud pública más importantes en el Ecuador, pues fue responsable de 13.024 muertes entre el 2001 al 2015, lo que se traduce en 135.731 años de vida perdidos por mortalidad prematura durante este período (6). Los suicidios representan el 1,7% de las muertes que ocurren en el país anualmente (7).

La muerte autoinfligida entre el año 2015 y 2018 supera las cifras de muerte por agresión interpersonal y la mayoría de sus víctimas se encontraban entre 15 a 40 años (INEC, 2018). Especialmente alarmante es el suicidio en niños y niñas entre 10 y 14 años, que ha incrementado en 322% (niñas) a 480% (niños) entre los años 1990 y 2017 (4), convirtiendo al Ecuador en uno de los 10 países con las tasas más altas de suicidio a nivel mundial en este grupo de edad (9).

En tal sentido, la atención a personas con intención y/o intento suicida es cada vez más frecuente en los establecimientos de salud, por lo que es fundamental contar con un lineamiento sobre la detección, atención y seguimiento de estos casos.

En el presente documento se generan líneas generales sobre los puntos mencionados arriba, adicionales a una pequeña introducción sobre la situación actual del suicidio en el Ecuador.

## 2 JUSTIFICACIÓN

El incremento del suicidio en algunos grupos de edad, y su impacto social y económico en el Ecuador clama por una estrategia que aborde esta problemática desde varios ejes. Uno de los componentes más importantes para la prevención del suicidio comprende la atención oportuna de personas con intención y/o intentos suicidas, pues se conoce que el 50-80% de los suicidas tienen una historia de intento previo, siendo los intentos suicidas y las intenciones claras de cometer un suicidio el factor de riesgo más importante para una muerte por suicidio posterior (10). La evidencia muestra, además, que el seguimiento oportuno de estos casos puede ayudar a prevenir nuevos intentos de suicidio (que pueden derivar en suicidios completados) (11), por lo que tanto la atención prehospitalaria, en emergencias y hospitalaria, así como el abordaje desde el primer nivel de atención debe realizarse según una línea establecida de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

## 3 BASE LEGAL

La Constitución de la República del Ecuador establece:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención



prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (...). El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

### **Plan de Acción de Salud Mental 2015-2020 de la OPS**

El 03 de octubre del 2014 en el Consejo Directivo Nro. 54, la OMS/OPS resuelve: “Aprobar el Plan de acción sobre salud mental y su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país para responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud mental.”

2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional, a que:

(...)

“j) emprendan intervenciones específicas para la prevención del suicidio que incluyan el mejoramiento de los sistemas de información y vigilancia”

“47. (...) Resulta esencial la identificación de personas en riesgo, el monitoreo de aquellos con ideas y tentativas anteriores de suicidio y la atención inmediata de los que intentan suicidarse.”

La Ley Orgánica de Salud del Ecuador, determina lo siguiente relacionado a la salud mental:

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

### **Modelo de Atención con Enfoque Comunitario, Familiar e Intercultural. Ecuador 2011**

17. La salud mental y los riesgos ambientales son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social.

## **4 DEFINICIONES**

- **Suicidio:** Acto suicida con consecuencia de muerte.
- **Ideación suicida:** Deseos y pensamientos suicidas
- **Intención suicida:** Determinación, en grado variable, de cometer un acto suicida
- **Intento suicida o intento autolítico:** Acto suicida sin resultado de muerte
- **Plan suicida:** Planificación de un método suicida
- **Riego suicida:** Grado variable de cometer un acto suicida
- **Comportamiento/Conducta suicida:** Ideación, comunicación y actos suicidas

## **5 OBJETIVO**

Establecer lineamientos operativos para atención a personas con intención y/o intento suicida en establecimientos de diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador



## 6 ALCANCE

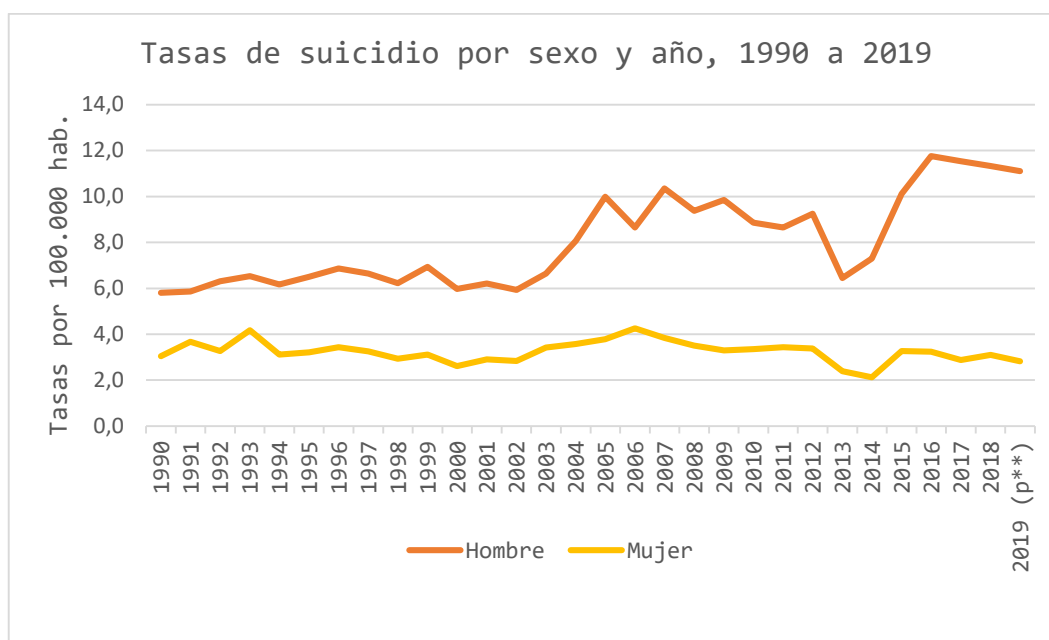
Los lineamientos aquí presentados son de aplicación obligatoria para el personal que labora en establecimientos de todos los niveles de atención de salud del Ministerio de Salud Pública.

## 7 SITUACIÓN ACTUAL

### 7.1. MUERTES POR SUICIDIO EN ECUADOR

En los últimos 30 años -entre 1990 y 2019- se ha registrado un incremento de 56% en las tasas de muerte por suicidio en el país, de 4,43 a 6,91 (12). Desagregando por sexo (véase Figura 1), se observa que, mientras las tasas de suicidio de mujeres se han mantenido relativamente estables (la diferencia entre 1990 a 2019 es de -7%), el incremento en hombres es notable (entre 1990 y 2019 se aumenta en 91%)<sup>1</sup>.

**Figura 1.** Tasa de suicidios por sexo y año entre 1990 a 2019



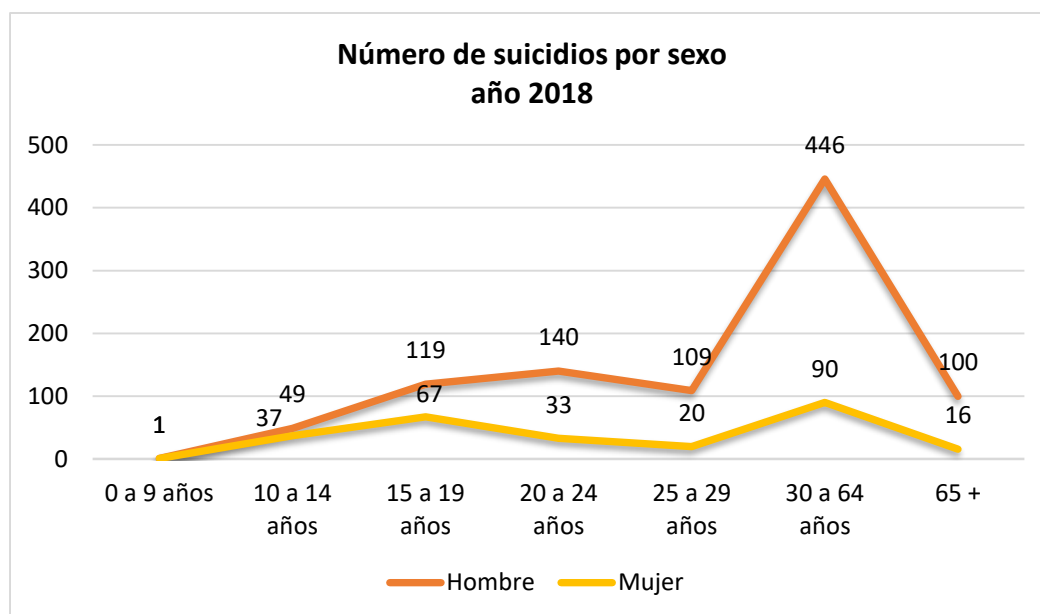
Fuente: (INEC, 2019)

Elaboración: Rebekka Gestner

Al realizar un análisis más detallado, se observa que en el 2018 se registraron 1.228 suicidios, de los cuales 576 (47%) corresponden a menores de 30 años.

En la figura 2 se puede observar que los hombres superan a las mujeres en todos los grupos de edades, pero la brecha es especialmente grande a partir de los 30 años

<sup>1</sup> Las cifras publicadas por el INEC correspondientes al 2019 son preliminares, por lo que para los análisis siguientes se utilizará los correspondientes al 2018.


**Figura 2.** Número de suicidios por sexo, 2018


Fuente: (7)

Elaboración: Rebekka Gestner

A su vez se detalla en tabla 1, que en el área urbana los suicidios suelen corresponder en un mayor porcentaje a grupos de edades mayores de 25 años, mientras que en el área rural se concentra en grupos de edades menores. Especialmente en las mujeres, el 52% de los suicidios correspondientes al área rural, recaen en niñas y adolescentes entre 9 a 19 años, mientras que en el área urbana solamente 27% de los suicidios en mujeres corresponden a ese grupo de edad. En los hombres, en el área urbana, solamente el 14% de los suicidios ocurre entre los 9 a 19 años, siendo en área rural el 34%.

**Tabla 1.** Suicidios por sexo, área y grupos de edades. Ecuador 2018

	Hombre				Mujer			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Niños (9 años)	0	0%	1	0%	0	0%	1	1%
Preadolescentes (10 a 14 años)	36	5%	13	5%	23	13%	14	16%
Adolescentes (15 a 19 años)	63	9%	56	22%	37	21%	30	35%
Jóvenes (20 a 24 años)	105	15%	35	13%	22	12%	11	13%
Adulto joven (25 a 34 años)	154	22%	51	20%	32	18%	9	11%

Adultos (35 a 64 años)	269	38%	81	31%	54	30%	15	18%
Adulto mayor (>64 años)	77	11%	23	9%	11	6%	5	6%
Total	<b>704</b>	<b>100%</b>	<b>260</b>	<b>100%</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

Fuente: (7)

Elaboración: Rebekka Gestner

En el Ecuador, la tasa de mortalidad por suicidio presenta muchas variaciones en dependencia de provincias y regiones naturales. Así, se puede observar que en las provincias que corresponden a la Sierra y la Amazonía, las tasas son las más altas, en especial en el área urbana, en los que Bolívar, Pastaza y Tungurahua presentan tasas de 18 por 100.000 habitantes y más. En el área rural, la tasa más alta corresponde a Orellana y Cañar con 12 y 11 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Las cinco provincias con menores tasas de suicidio son: Galápagos, Manabí, Guayas, El Oro y Esmeraldas, todas pertenecientes a la Región Insular y la Costa. En promedio, las regiones geográficas Sierra y Amazonía tienen tasas casi doblemente más altas que la región costera e insular.

**Tabla 2.** Número y tasas de suicidios por provincias y áreas

	Urbano		Rural	
	Número	Tasa por 100.000 hab	Número	Tasa por 100.000 hab
<b>Región Sierra</b>				
<b>BOLÍVAR</b>	17	26,1	6	4,2
<b>TUNGURAHUA</b>	41	18,1	28	8
<b>COTOPAXI</b>	24	15,4	11	3,4
<b>CAÑAR</b>	16	12,5	16	11,1
<b>CHIMBORAZO</b>	27	12,4	24	8,1
<b>PICHINCHA</b>	198	9,9	59	5,3
<b>AZUAY</b>	45	9,6	50	13
<b>CARCHI</b>	9	9,3	4	4,6
<b>LOJA</b>	28	8,7	10	5,3
<b>IMBABURA</b>	14	5,5	13	6,2
<b>Suma/Promedio</b>	<b>419</b>	<b>12,8</b>	<b>221</b>	<b>6,9</b>
<b>Región Costa</b>				
<b>LOS RÍOS</b>	51	10,1	16	4,1
<b>MANABÍ</b>	91	9,9	23	3,7

<b>SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS</b>	27	8,1	4	3,7
<b>EL ORO</b>	41	7,5	13	8,4
<b>SANTA ELENA</b>	14	6,7	5	2,8
<b>GUAYAS</b>	174	4,8	12	1,8
<b>ESMERALDAS</b>	11	2,9	9	3,7
<b>Suma/Promedio</b>	<b>409</b>	<b>7,1</b>	<b>82</b>	<b>4,0</b>
<b>Región Amazonía</b>				
<b>PASTAZA</b>	10	20,8	4	6,6
<b>ZAMORA CHINCHIPE</b>	9	18,0	6	9,2
<b>MORONA SANTIAGO</b>	11	17,3	7	5,6
<b>SUCUMBÍOS</b>	12	12,5	10	8
<b>NAPO</b>	5	10,9	6	7,3
<b>ORELLANA</b>	6	7,2	9	12,2
<b>Suma/Promedio</b>	<b>53</b>	<b>14,5</b>	<b>42</b>	<b>8,2</b>
<b>Región insular</b>				
<b>GALAPAGOS</b>	1	5,2	0	0

Fuente: (7)

Elaboración: Rebekka Gestner

En cuanto a los métodos utilizados en el país para cometer suicidio, en Tabla 3. Métodos usados para el suicidio se detalla que el 72% de los suicidios corresponde a ahorcamientos, seguido del 17% por plaguicidas y otros químicos, 5% por armas de fuego, 3% por saltos de lugares elevados y 2% por cortes.

Desagregando la base de datos por sexo se observa algunas diferencias entre los métodos que utilizan para el suicidio. En las mujeres el 67% corresponde a ahorcamientos y en los hombres el 73%. De la misma manera, el 15% de los suicidios en los hombres fue provocado por sustancias químicas, mientras que en las mujeres es casi cada tercer suicidio (27%). Las muertes autoinfligidas por arma de fuego a su vez son más común en los hombres, representando 6%, mientras que en las mujeres no corresponde a más que 0,8%.

**Tabla 3.** Métodos usados para el suicidio

	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
X70: Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	884	72%
X69: Otros productos químicos y sustancias nocivas	112	9%
X68: Exposición a plaguicidas	92	8%

X74: Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	51	4%
X80: Saltar desde un lugar elevado	33	3%
X78: Objeto cortante	20	2%
X64: Otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas	9	1%
X71: Ahogamiento y sumersión	7	1%
X72: Disparo de arma corta	5	0,4%
X73: Disparo de rifle, escopeta y arma larga	3	0,2%
X84: Medios no especificados	3	0,2%
X61: Drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas	2	0,2%
X60: Analgésicos no narcóticos, antipiréticos	1	0,1%
X62: narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos]	1	0,1%
X66: Disolventes orgánicos e hidrocarburos halogena	1	0,1%
X67: Exposición a otros gases y vapores	1	0,1%
X75: Material explosivo	1	0,1%
X79: Objeto romo o sin filo	1	0,1%
X83: Otros medios especificados	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>1228</b>	<b>100,0</b>

Fuente: (7)

Elaboración: Rebekka Gestner

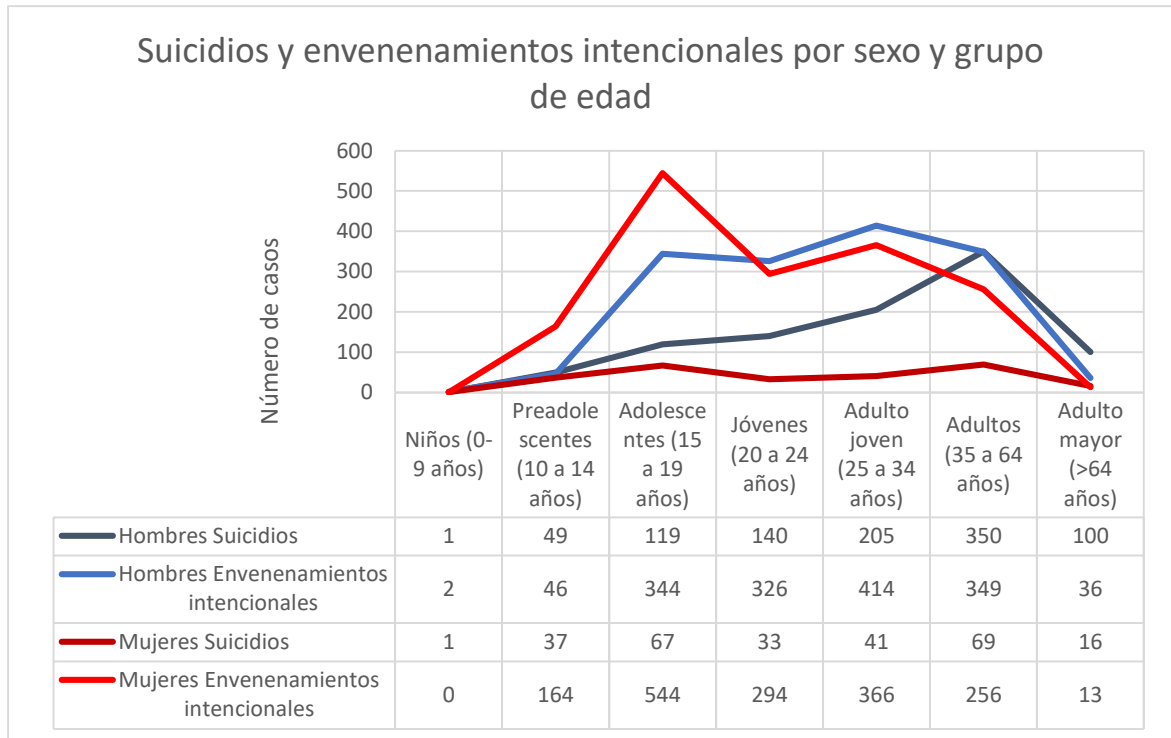
## 7.2. INTENTOS SUICIDAS EN ECUADOR

Los registros de intentos suicidas en Ecuador son muy deficientes, pues los médicos frecuentemente no reportan las causas de ingresos a las emergencias u hospitalizaciones como “lesión autoinfligida”, sino indicando la causa directa, como envenenamiento, salto de alturas, cortes, entre otros. Sin embargo, existe una estadística que muestra una pequeña parte de la realidad, tratándose del registro del Centro de Intoxicaciones (CIATOX), el cual consiste en una cabina anclada al ECU-911, desde el que profesionales con formación toxicóloga dan orientación a personas (privadas o profesionales de la salud) que presentan algún tipo de envenenamiento. Registran minuciosamente el caso, en conjunto con el motivo del envenenamiento para dar seguimiento. Para el año 2018, este sistema reportó 3.447 intoxicaciones intencionales, y en el 2019 se registraron 3154, de los cuales el 4% (127) falleció. Pese a que las estadísticas de intentos suicidas en este sentido son incompletos (no toda persona intoxicada llama y existen otros métodos para intentos suicidas), el registro da información importante.

En cuanto a la edad, podemos observar que entre los 10 a 14 años son muy frecuentes los envenenamientos intencionales en las mujeres, aunque mueren más hombres por suicidios consumados en este grupo de edad. El mismo patrón se observa en los adolescentes, en los que se registra más de medio millar de chicas que han ingerido sustancias tóxicas, mientras que en las muertes también existe una mayor incidencia en los hombres. A partir de la edad adulta los hombres superan a las mujeres, tanto en suicidios consumados, como en envenenamientos intencionales.



**Figura 3.** Suicidios y envenenamientos intencionales por sexo y grupo de edad



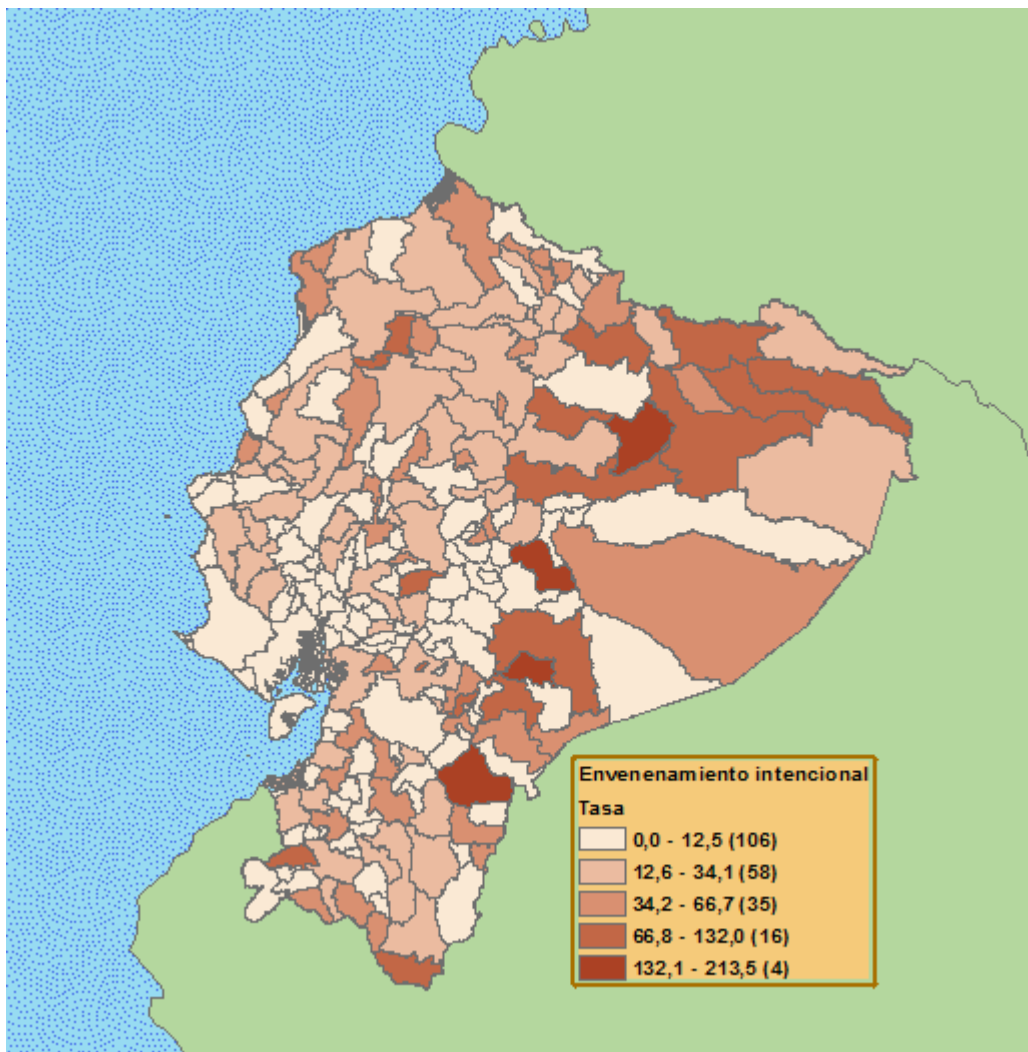
Fuente: (INEC, 2018, CIATOX, 2019)

Elaboración: Rebekka Gestner

Los envenenamientos intencionales varían mucho entre las regiones naturales y provincias. En

Figura 4 se puede observar que las tasas más elevadas de intoxicaciones intencionales se encuentran en cantones de la Amazonía y la Sierra, aunque existen algunos cantones de la provincia Esmeraldas (Costa), en los que también se registra una tasa relativamente elevada para esta región.

**Figura 4.** Envenenamientos intencionales por cantón, 2019



Fuente: CIATOX-MSP, 2020  
Elaboración: Rebekka Gestner

Además del costo psicológico y social, el Ministerio de Salud Pública (2018), calcula un impacto económico por el tratamiento de intentos de suicidio en al menos USD 5'215.590 anualmente, el cual podría triplicarse si se tomara en cuenta que cada internación por intoxicaciones agudas con paraquat (un plaguicida usado frecuentemente para el suicidio), implica alrededor de USD 10.000.

### 7.3. FACTORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

El suicidio y los comportamientos suicidas es un fenómeno multicausal. La Organización Mundial de la Salud (OMS (Organización Mundial de la Salud), 2014) resalta que los factores de riesgo existen en diferentes niveles: individuales, interpersonales, comunitarios, de la sociedad y de los sistemas sanitarios.

Para evaluar el riesgo suicida de una persona, es importante tomar en cuenta los factores enlistados en Tabla 4. Cuantos más de estos factores persisten en una persona (y a su vez pocos factores protectores), el riesgo de suicidio de una persona puede ser estimado más elevado.

**Tabla 4.** Factores de riesgo para el suicidio

<b>Factor de riesgo</b>	<b>Detalle</b>
<b>Hombres</b>	Los hombres fallecen con mayor frecuencia por suicidio y suelen utilizar métodos más letales en los intentos suicidas (2)
<b>Edad</b>	Los suicidios generalmente ocurren entre los 25 a 65 años en hombres y entre 15 a 19 años en mujeres (2)
<b>Orientación sexual</b>	Personas LGTBI tienen los riesgos más elevados para el suicidio (1)
<b>Nivel de instrucción</b>	La mayoría de las personas que se suicidaron en Ecuador tienen un nivel de educación bajo (Primaria o Educación Básica) (2)
<b>Estado civil</b>	El mayor porcentaje de suicidios ocurre entre solteros (hasta los 34 años) y casados (1,2)
<b>Trastornos mentales</b>	Son uno de los factores de riesgo más importantes. Resaltan los siguientes: -Depresión mayor -Trastorno bipolar -Alcoholismo y adicción a sustancias -Trastorno límite de personalidad (1)
<b>Intentos de suicidio previos</b>	Especialmente los intentos con alta intencionalidad de morir representan un factor de riesgo para la repetición (1)
<b>Acontecimientos vitales estresantes</b>	Resaltan: -Abuso sexual -Maltrato/violencia -Problemas de pareja -Problemas familiares -Abortos -Pérdida de empleo -Desadaptación escolar o laboral -Pérdida de un ser querido, etc. (1)
<b>Estados mentales y rasgos de personalidad</b>	-Desesperanza -Dolor psíquico -Impulsividad -Falta de propósito de vida (1)
<b>Enfermedad física o discapacidad</b>	Especialmente aquellas asociadas a dolores crónicos (1)

Fuente: ((1)Anseán, 2014, (2) INEC, 2018)

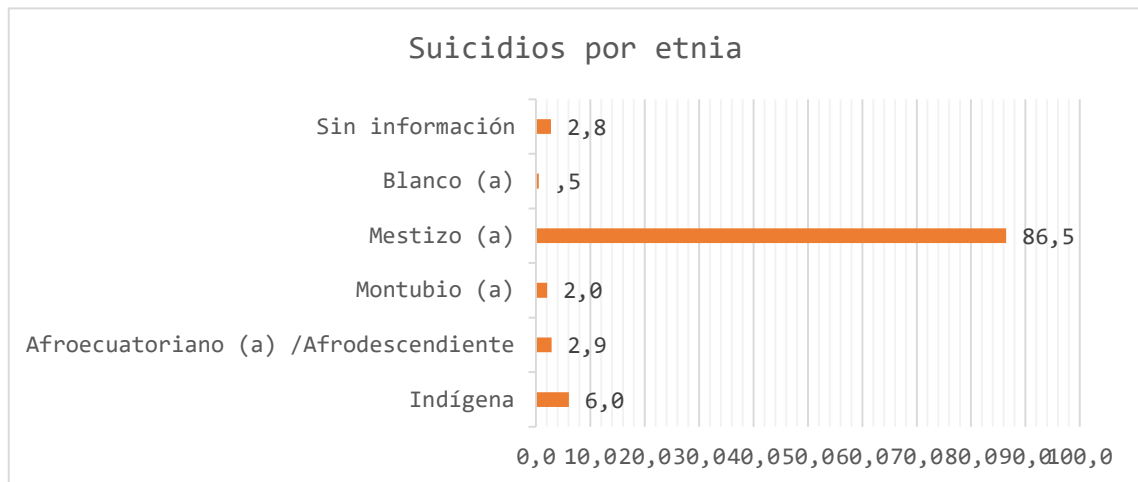
Elaboración: Rebekka Gestner





Así, realizando un análisis de los datos del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), se observan las siguientes características de las personas que se han suicidado durante el año 2018 en Ecuador. En cuanto a la etnia, la mayoría corresponde a mestizos, mientras que la proporción de afroecuatorianos e indígenas corresponde a la proporción de la población de esta etnia en la población general. Sin embargo, se ha observado que existen poblaciones indígenas específicas, con tasas de envenenamiento intencional muy elevadas, entre ellos los Waoranis y Shuar (CIATOX, 2019).

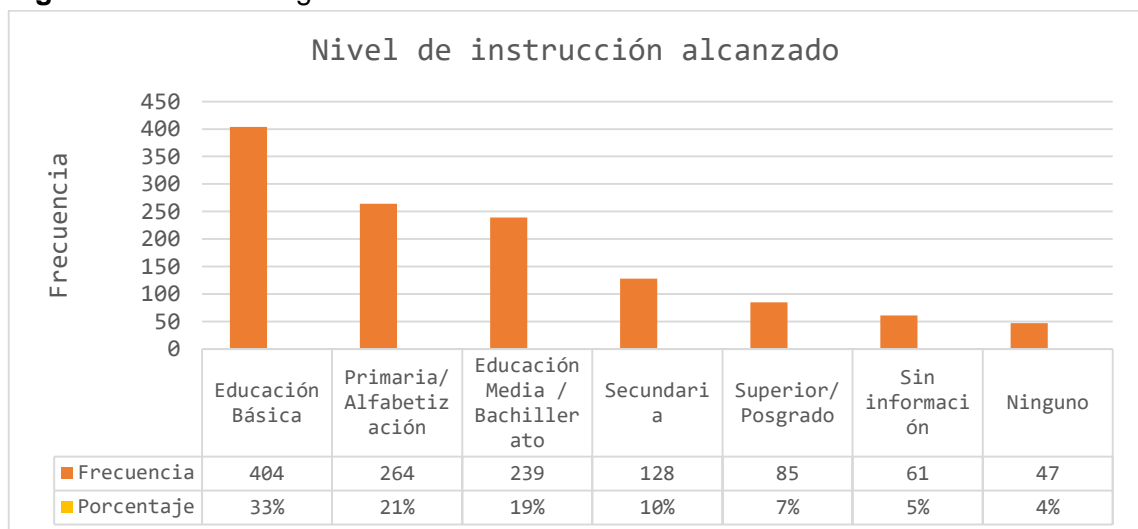
**Figura 5.** Porcentaje de suicidios por etnia



Fuente: (7)  
Elaboración: Rebekka Gestner

En los siguientes gráficos se puede apreciar que la gran mayoría de las personas que se suicidaron en el 2018 solamente contaban con educación básica y primaria, mientras que solamente un 7% contaba con un posgrado.

**Figura 6.** Suicidios según en nivel de instrucción alcanzado

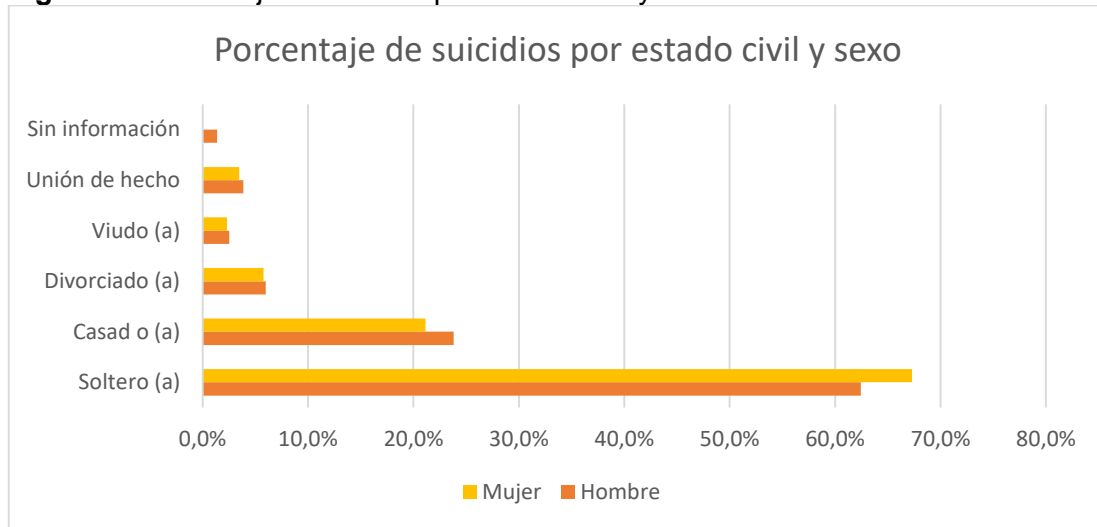


Fuente: (7)  
Elaboración: Rebekka Gestner



Además, la gran mayoría de las personas que se quitaron la vida durante el 2018 fueron solteros, de ambos géneros. Los divorciados solamente forman una parte pequeña, mientras que el 20% aproximadamente estuvo casado/a.

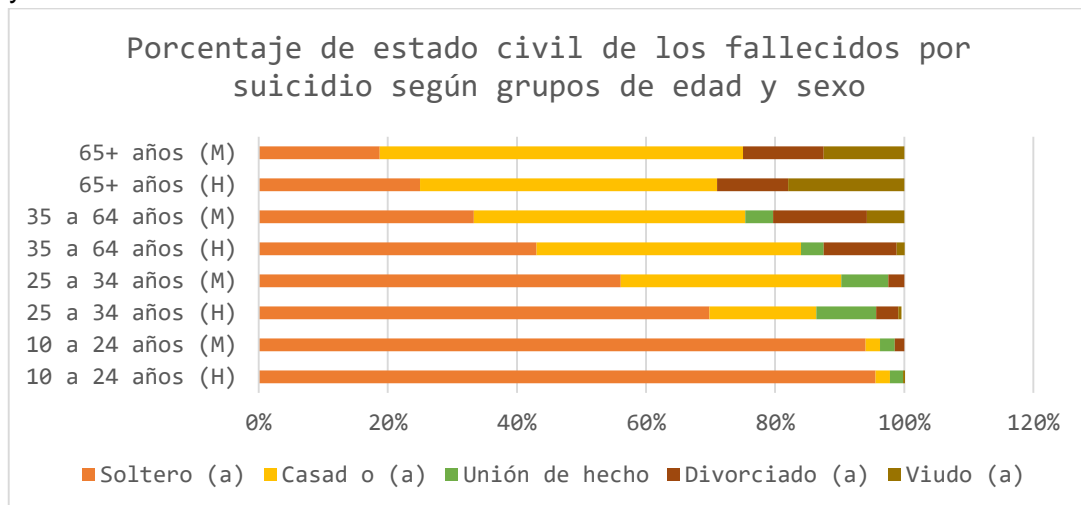
**Figura 7.** Porcentaje de suicidio por estado civil y sexo



Fuente: (7)  
Elaboración: Rebekka Gestner

A su vez, en la **Figura 8** se puede observar que la distribución del estado civil en los fallecidos por suicidio no muestra una diferencia muy marcada entre hombres y mujeres, y estas probablemente puedan ser explicadas por variables sociodemográficas. Sin embargo, queda por resaltar que el grupo de edad de 25 a 34 y 35 a 64 años, en los hombres predominan el grupo de los solteros, mientras que en las mujeres el porcentaje de aquellas que estuvieron casadas cuando se suicidaron, se acerca al de las solteras, en mayor proporción que en los varones.

**Figura 8.** Porcentaje de estado civil de los fallecidos por suicidio según grupos de edad y sexo

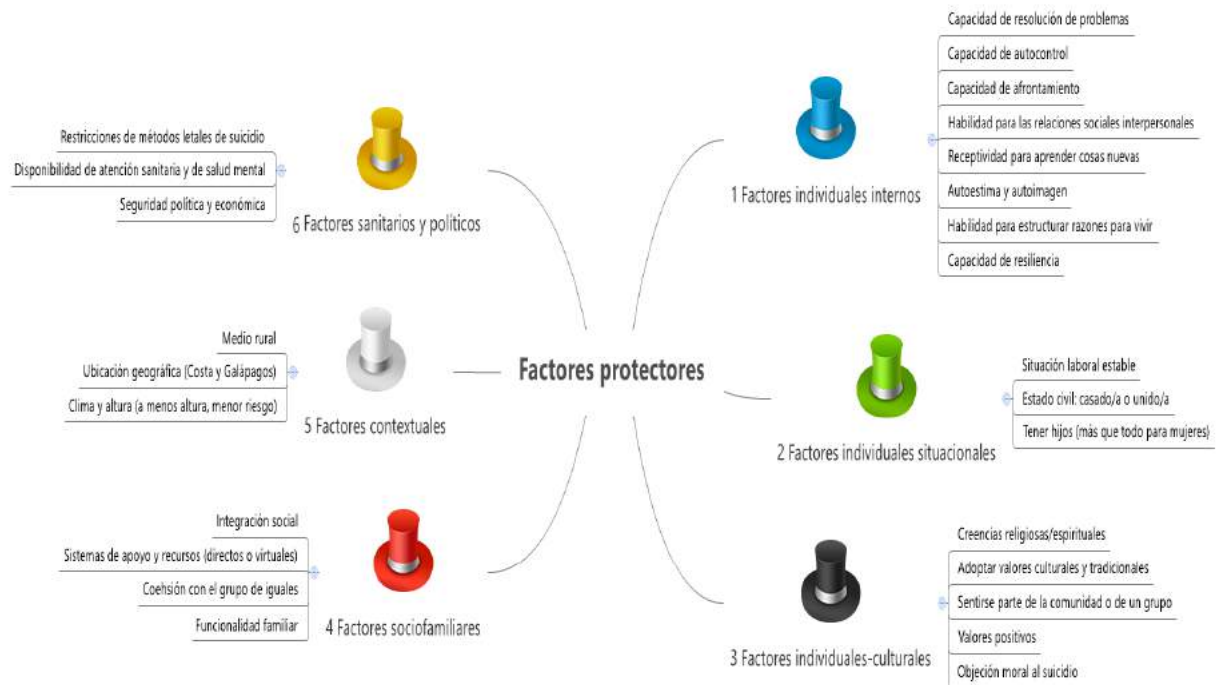


Fuente: (7)  
 Elaboración: Rebekka Gestner

Con este antecedente se puede concluir que el suicidio, además de representar un problema de salud pública en su esencia es un fenómeno sociocultural, y debe ser abordado desde varias instancias del Estado, además de la sociedad civil, academia y desde la comunidad. En este sentido, la atención oportuna de personas con intención y/o intento suicida constituyen solamente un componente específico para la prevención del suicidio en el Ecuador.

## 7.4. FACTORES PROTECTORES PARA EL SUICIDIO Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

**Figura 9.** Factores protectores para el suicidio y comportamientos suicidas



Fuentes: (Anseán, 2014)  
 Elaboración: Rebekka Gestner

Los factores de riesgo para el suicidio solamente explican en parte por qué tantas personas se quitan la vida. El suicidio no es un hecho fácilmente predecible; la gran mayoría de personas con múltiples factores de riesgo, como problemas de salud mental, enfermedades físicas y problemas interpersonales, no se suicidan. Esto se suele explicar por los factores protectores, que para la evaluación del riesgo suicida son de igual relevancia que los factores de riesgo. Entre ellos resaltan los factores psicológicos internos, como la capacidad de resiliencia, es decir la capacidad de sobrellevar dificultades, la habilidad de encontrar razones para vivir y encontrar un sentido de vida, la capacidad de enfrentar problemas, y las habilidades para las relaciones sociales interpersonales, pero también factores culturales, religiosos, laborales y finalmente los recursos sanitarios existentes.



## 7.5. MITOS Y VERDADES

Existen varios mitos alrededor del suicidio, que se han perpetuado en la sociedad. Para prevenir el suicidio, es importante detectar y aclararlos. Entre los más importantes están los siguientes:

**Figura 10.** Mitos y verdades sobre el suicidio



Fuente: (13,14)

Elaboración: Rebekka Gestner



## 8 ATENCIÓN DE PERSONAS CON INTENCIÓN Y/O INTENTOS SUICIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

### 8.1. LINEAMIENTOS GENERALES

#### 8.1.1. Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos

Cuando los profesionales de la salud evalúan a un paciente con signos de intento suicida, es imperioso realizar en primer lugar un cuidadoso examen físico, en el que se debe transmitir confianza y tranquilidad al paciente, al igual que atenderlo sin prejuicios. En segundo lugar no se debe descuidar la evaluación biopsicosocial, que dará las primeras pautas sobre un eventual trastorno psiquiátrico o alteración neurológica que puede requerir un tratamiento urgente.

La información más importante que debe conocerse sobre el paciente es la siguiente:

- Historia familiar, personal y social
- Antecedentes psicológicos o psiquiátricos
- Historia médica y medicación actual
- Historia forense (antecedentes penales u otros)
- Factores de riesgo
- Factores protectores

Además, como parte de una evaluación completa para asegurar un diagnóstico correcto es de ayuda tomar en consideración los aspectos psíquicos y físicos detallados en el Anexo 4.

#### 8.1.2. Pautas de comunicación y trato de una persona con riesgo suicida

La primera comunicación del personal de salud con la persona que acaba de atentar contra su propia vida es decisiva para el tratamiento consiguiente. Si el personal se comunica empáticamente, el paciente aceptará con mayor facilidad las decisiones terapéuticas a ser tomadas y se fortalece la adherencia al tratamiento posterior. En este sentido, las siguientes pautas pueden ser aplicadas en cualquier nivel de atención e incluso en una intervención extramural, por los profesionales de la salud.

##### ***Lo que debe hacer el profesional de salud:***

- Trate a los usuarios con respeto y dignidad.
- Desarrolle habilidades de empatía y escucha activa
- Proteja la confidencialidad.
- Garantice la privacidad.
- Brinde siempre acceso a la información y explique con lenguaje adaptado al contexto.
- Explique la importancia de recibir atención psicológica
- Considere que pueden existir factores psicosociales (ej. Violencia doméstica, inseguridad en la vivienda, pobreza extrema) que pueden afectar al paciente.
- Brinde asesoría sobre las señales de alerta identificadas



- Enfatizar en la importancia de contar con redes de apoyo familiares, amigos o miembros de la comunidad que apoyen en el proceso de fortalecimiento y atención
- Crear un plan de seguridad conjuntamente con el paciente y su red de apoyo (familia cercana) para evitar futuros intentos suicidas

**Lo que no debe hacer el profesional de salud:**

- Discriminar, revictimizar.
- Pasar por alto las prioridades o los deseos de los usuarios.
- Tomar decisiones acerca, en nombre, o en vez de los usuarios.
- Usar un lenguaje excesivamente técnico al explicar.
- Transferir la información que los usuarios comparten en un ámbito confidencial con los profesionales.

**Principios de la comunicación en el primer abordaje dirigido a personas en situaciones de crisis y eventos adversos (13).**

**Tabla 5.** Principios de Primeros Auxilios Psicológicos

PRINCIPIOS	ACCIONES
Prepararse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infórmese sobre el suceso crítico,</li> <li>- Infórmese sobre los servicios y sistemas de apoyo disponibles,</li> <li>- Infórmese sobre los aspectos de seguridad.</li> </ul>
Observar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compruebe la seguridad,</li> <li>- Compruebe si hay personas con necesidades básicas urgentes,</li> <li>- Compruebe si hay personas con reacciones de angustia breve.</li> </ul>
Escuchar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acérquese a las personas que puedan necesitar ayuda</li> <li>- Pregunte qué necesitan y qué les preocupa</li> <li>- Escuche a las personas y ayúdela a tranquilizarse</li> </ul>
Conectar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayude a las personas a hacer frente a sus problemas,</li> <li>- Proporcione información,</li> <li>- Conecte a las personas con sus seres queridos y con redes de apoyo social.</li> </ul>

Fuente: Guía de Intervención Humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC: OPS, 2016.

Elaborado: Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación De Adicciones y Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. 2018.

En el anexo 5 se encuentra los principios de Primeros Auxilios Psicológicos con mayor detalle, para su revisión y aplicación.

### 8.1.3. Evaluación de riesgo suicida

Antes de tomar decisiones para contrareferir al paciente al primer nivel, o referirlo a un hospital, se debe realizar una buena evaluación del riesgo. Entre estos factores se encuentran los mencionados en Tabla 4, y que deben ser analizados con cuidado.

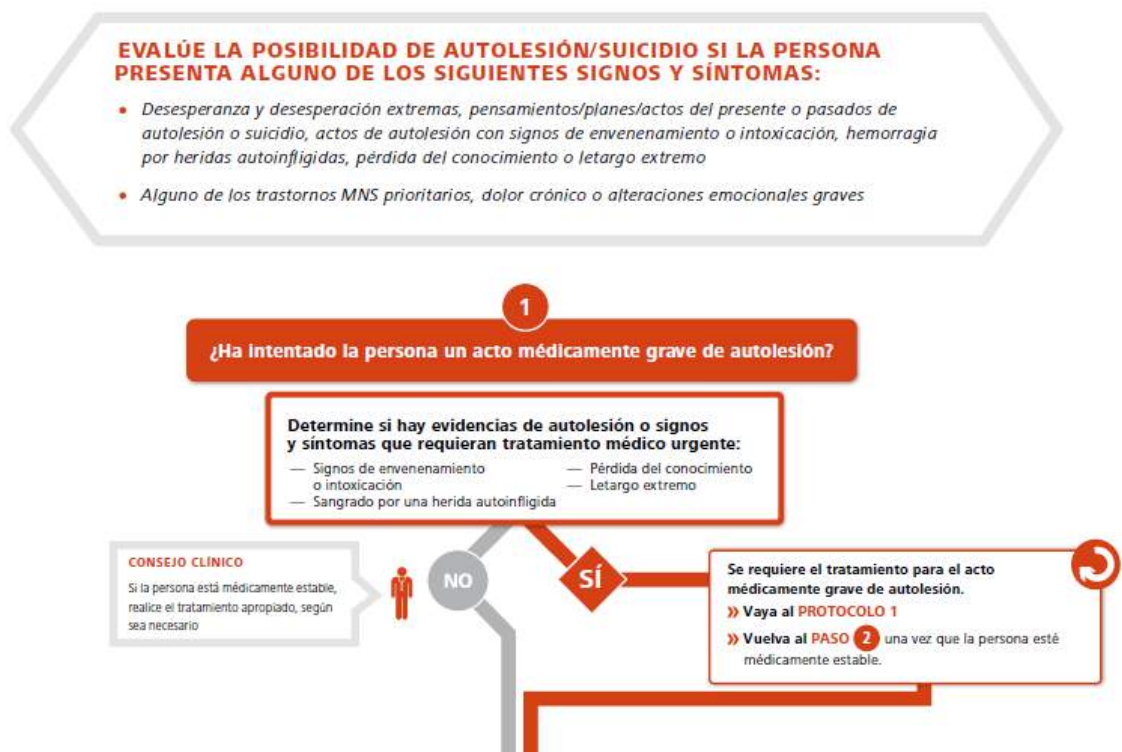
En cuanto a la evaluación de riesgo, hay que subrayar, que no existe ninguna escala que ha probado ser precisa para predecir un suicidio o autolesión posterior (16). Así, una revisión sistemática sobre escalas de riesgos muestra que la mitad de las personas que fallecen por suicidio habían obtenido puntos bajos en estas escalas y que solamente el 5% de aquellos pacientes con “alto riesgo” en las escalas fallecen finalmente por suicidio (17). En este sentido no se recomienda utilizar la escala de evaluación de riesgo para tomar decisiones finales sobre el paciente, pues **no pueden reemplazar la entrevista dirigida por un profesional capacitado en salud mental** (18).

Como herramienta de apoyo para la evaluación de riesgo se adjunta el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), que evalúa síntomas depresivos y contiene un ítem sobre ideación suicida. Este cuestionario, aunque sus valores predictivos no son altos, en comparación con otros instrumentos parece ser de mayor utilidad (19), además de constituir una escala adaptada al lenguaje español.

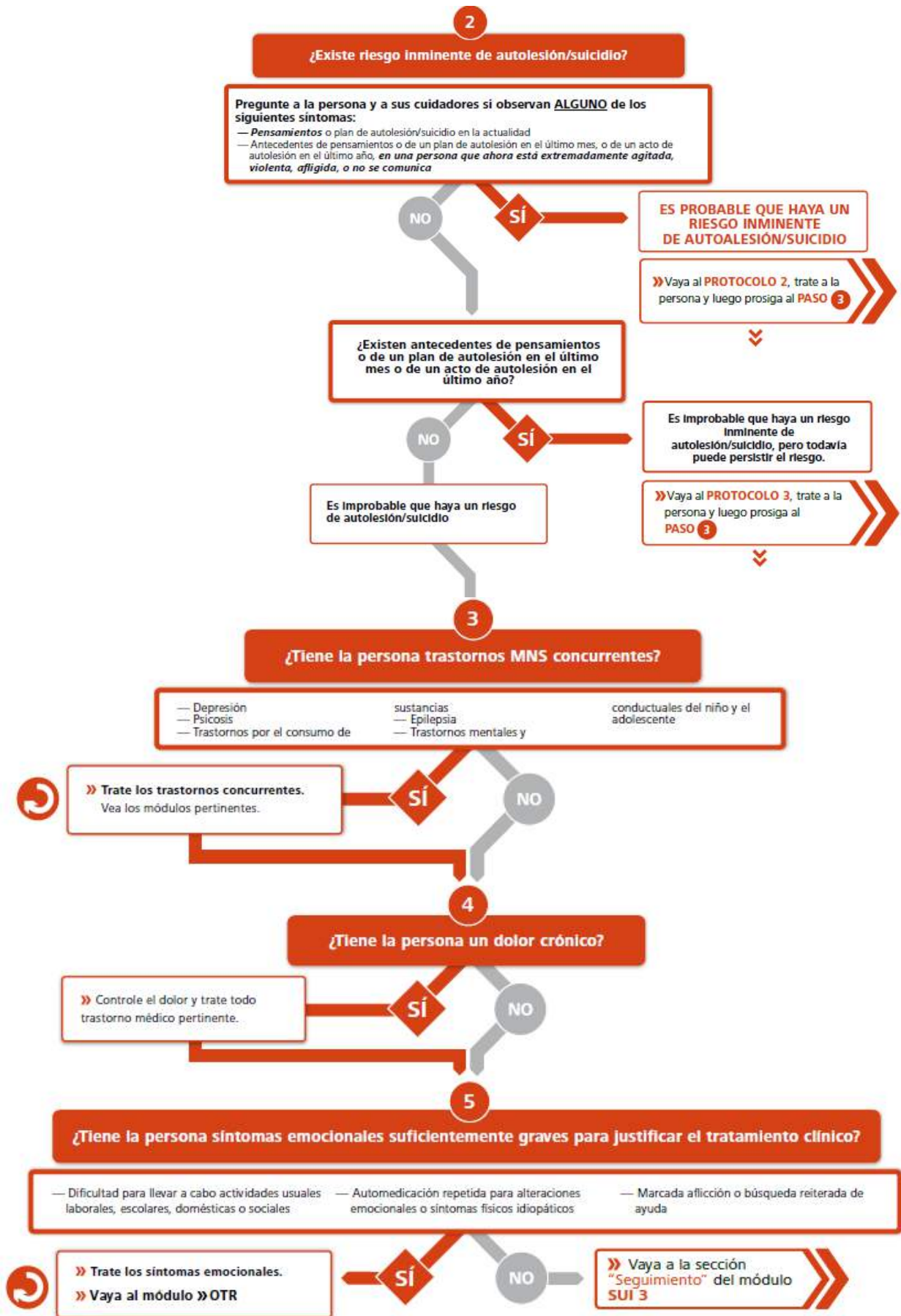
La toma de decisiones sobre hospitalización del paciente se puede tomar a través del proceso indicado a continuación. Sin embargo, es importante resaltar que el **criterio clínico es más importante que los flujos** indicados, y que siempre se deben tomar en cuenta también los factores protectores con los que cuenta el paciente.

#### a) Evaluación del riesgo suicida para profesionales no especializados en salud mental

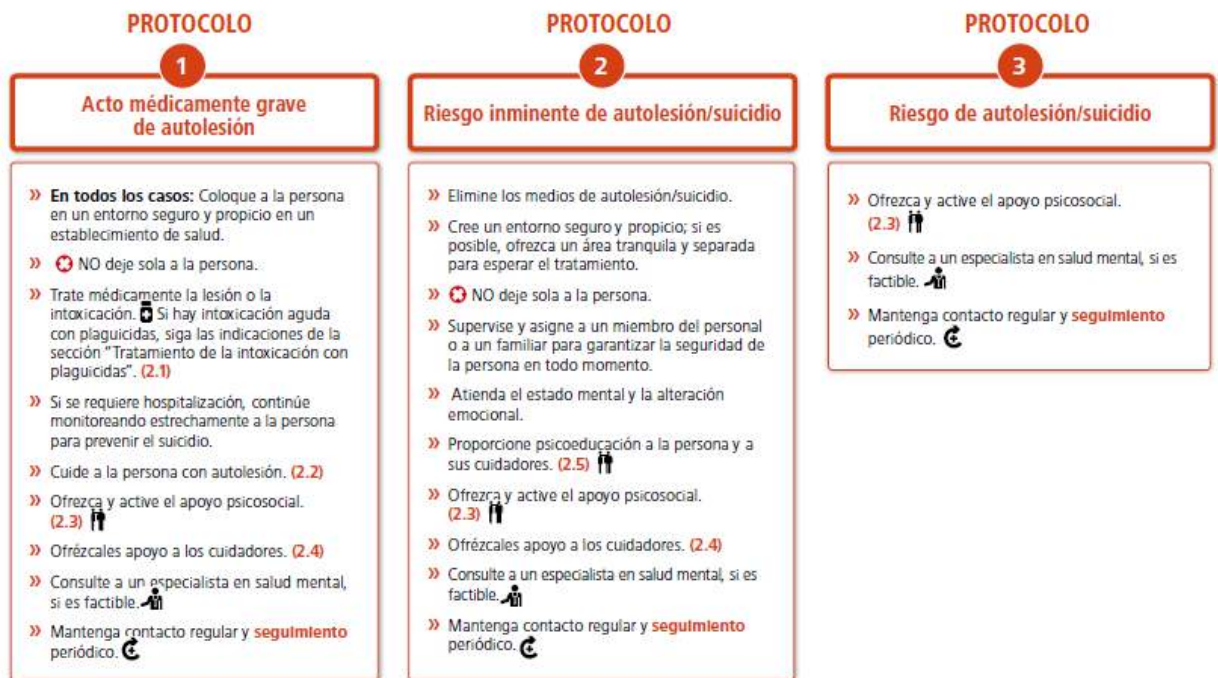
**Figura 11.** Flujograma y protocolo de atención a personas con intención/intento suicida para profesionales no especializados en salud mental











Fuente y evaluación: (20)

Nota: para mayor detalle, consultar guía mhGAP: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

b) Evaluación del riesgo suicida para profesionales capacitados en salud mental

Según el protocolo generado por la Organización Mundial de la Salud, citado en la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en adultos del MSP Ecuador, la conducta y el riesgo suicida puede ser entendida en una escala que ha sido resumida en la siguiente figura:

Figura 12. Evaluación de riesgo

Descripción	Riesgo
Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño No hay intención evidente	LEVE
La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica	
Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales.	MODERADO
Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.	GRAVE
Hay una preparación concreta para hacerse un daño.	
Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.	
Varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la autoagresión.	EXTREMO



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en adultos, 2017

#### 8.1.4. Plan de seguridad:

Tras haber realizado la evaluación física y psíquica (o biopsicosocial), es importante que juntamente con el paciente y su red de apoyo (familia cercana), se realice un plan de seguridad para el paciente. Cada plan de seguridad es individual y personalizado al paciente, no existen dos planes de seguridad iguales ya que los mismos utilizan las herramientas e información específica del paciente para crearlo. Tomar en cuenta los riesgos del paciente que enfrenta y estresores que podrían hacer que nuevamente tenga intención suicida o atente contra su vida. Identificarlos en conjunto con el paciente y realizar un plan de acción sobre qué hacer para que el paciente salga adelante. Es importante identificar factores protectores y red de apoyo del paciente.

El plan de seguridad debe incluir:

1. Nivel actual de riesgo del paciente con información que lo justifique tal como: grado del intento suicidio, método utilizado, circunstancias del evento, consecuencias
2. Previa historia de intentos suicidas o conductas autolíticas que debe incluir: plan de atención previa que obtuvo el paciente, tiempo transcurrido desde el último intento suicida, resultado del previo intento (ej. Internación en hospital o referido a la comunidad), plan de seguridad que fue realizado en esa ocasión, detalles sobre problemas familiares/sociales y cómo los mismos fueron resueltos.
3. Detalles sobre factores protectores, de riesgo, y señales de advertencia
4. El grado de intención suicida (evaluar qué pensó que iba a pasar o hubiera deseado que pase), esto incluye el pensamiento/sentimiento y reacción del paciente tras la conducta suicida (ej. alivio, lamento).
5. Evidencia de potencial incremento en letalidad de intento suicida. Documentar si la persona ha empezado a considerar un plan o utilizar métodos más letales (ej. de cortarse a ahorcamiento)
6. Similitud de las circunstancias actuales del paciente a la de otras personas alrededor con intentos suicidas
7. Historia de intentos suicidas o suicidios completados por parte de familiares y/o amigos. Incluir fechas de aniversario de muertes por suicidio si es que estas existen.

## 8.2. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS

### 8.2.1. Atención a personas con intención y/o intentos suicidas en la atención prehospitalaria

La atención prehospitalaria a personas con intenciones o intentos suicidas es sumamente compleja, porque las acciones u omisiones concretas durante la intervención son determinantes para salvar a una persona que ha decidido quitarse la vida. Por ello es importante que cada profesional en el equipo se sujete a su rol asignado. En tal virtud, conforme a los protocolos internacionales se ha determinado que los profesionales de la salud intervienen una vez que los bomberos o policías hayan asegurado el lugar, determinando que no existe peligro inminente para el interventor u otras personas



externas. El personal de la salud que atiende en atención prehospitalaria a una persona con intención o intentos suicidas, tras asegurar que este haya recibido la atención médica necesaria, debe seguir las siguientes pautas de comunicación:

**Tabla 6. Pautas de comunicación**

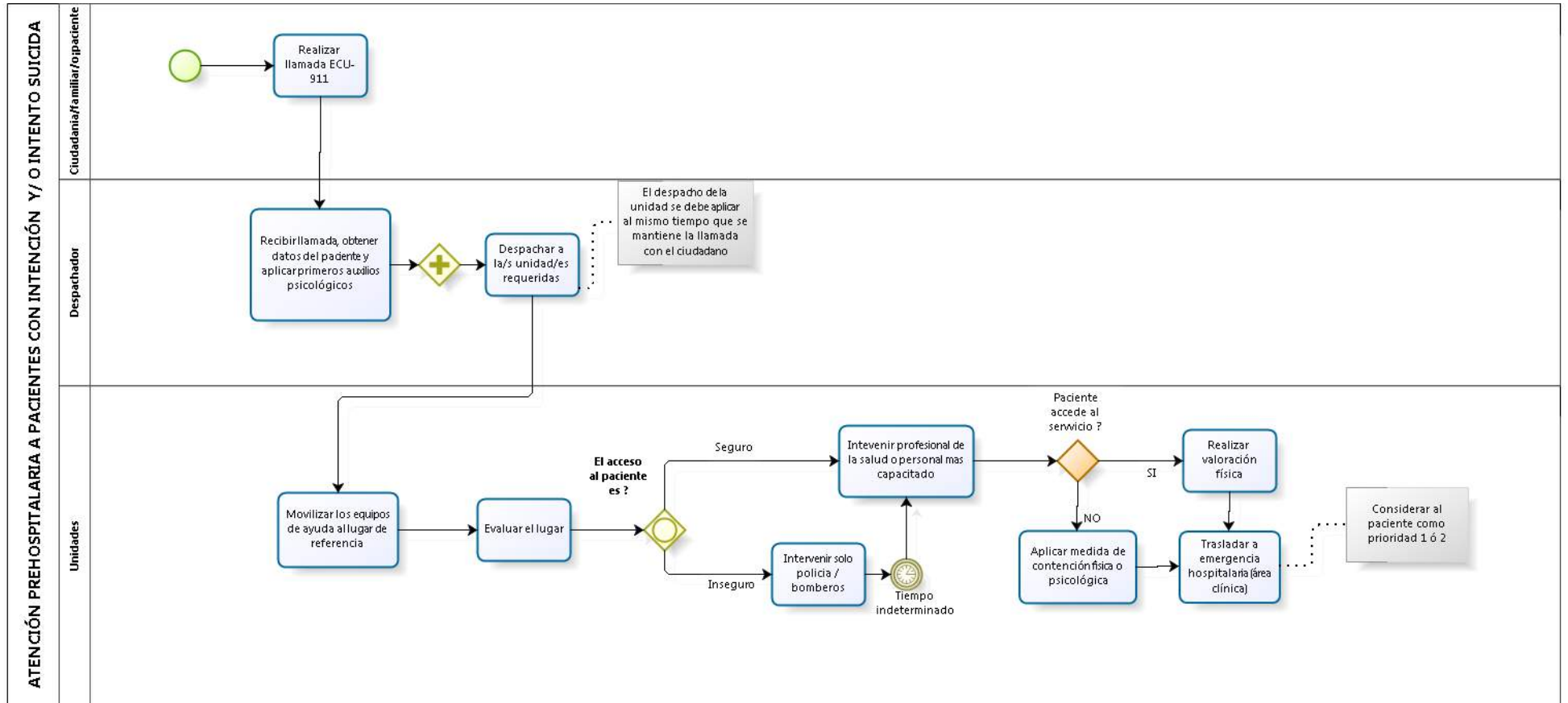
Pauta de comunicación con una persona con riesgo suicida	
1	Inicie el contacto presentándose. Pregunte por su nombre. Trátele por su nombre e invítelo a hablar, pidiendo permiso: “¿Quiere contarme lo que le ha pasado?” La clave es permitir que hable para retrasar el acto y permitir que el equipo de rescate active su estrategia. Hablar puede disuadir la ejecución del acto suicida
2	Escuche activamente, con calidez, afecto y transmitiendo tranquilidad. No emite juicios morales o de valor, eso es fundamental para que el paciente pueda sentirse comprendido. Procure mantenerse a un nivel con el paciente (sentado o parado) y controle su lenguaje no verbal. Sus gestos o tu mirada pueden tener mayor influencia en el curso de la conversación, que lo que cree. Utilice la técnica del parafraseo o convierta en pregunta sus afirmaciones.
3	Si es posible, lleve al paciente a un lugar tranquilo. Asegúrese de contar con el permiso de los familiares. Si considera que exista un referente importante para esta persona (especialmente cuando se trata de un adolescente o niño), podría pedir el acompañamiento de esta persona. Además, vele por sus objetos personales, pidiendo permiso, si debe moverlos.
4	Recuerde mantener informado a los familiares o personas cercanas, de ser posible. Ellos también requieren de apoyo o contención.
5	Según el estado del paciente debe diferenciar su actitud: cuando el intento suicida tuvo baja letalidad o existe riesgo suicida sin intento realizado, adopte una actitud facilitadora, si la letalidad es alta, debe ser más directivo
6	Recabe la información necesaria del paciente para asegurar un seguimiento. Hable con personas cercanas para intercambiar información. Siempre recuerde que debes pedir permiso al paciente, antes de contactar a sus familiares o personas cercanas.

Elaboración: Rebekka Gestner

Una vez que una persona con intención/ intento suicida ha sido rescatada, debe ser referida a un establecimiento de salud con suficiente capacidad resolutive (preferiblemente que cuente con unidad de salud mental hospitalaria), según lo define el flujograma de atención prehospitalaria a continuación:



**Flujograma 1. DIAGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**



Elaboración: Dirección Nacional de Procesos



Aunque el/la paciente no presente lesiones o daños físicos, se recomienda fuertemente la pertinencia de ingresarlo a un establecimiento de segundo o tercer nivel, para observación por mínimo 48 horas. Debido a que no existe normativa legal que permita ingresar a una persona en contra de su voluntad a un establecimiento hospitalario, se debe trabajar con la familia y el/la paciente, para indicar la importancia de contar con esta observación por 48 horas en un ambiente seguro.

En caso de decidir ingresar al servicio de emergencia al paciente a un establecimiento de salud, esto se hará según los criterios de Manchester Modificado.

Ingresaría como **Prioridad 1** con las siguientes condiciones posiblemente relacionadas a un intento/intención suicida

1. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
2. Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
3. Suicidio frustrado.
4. Intento suicida.
5. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

Ingresaría como **Prioridad 2** con las siguientes condiciones posiblemente relacionadas a un intento/intención suicida:

1. Paciente con trastornos en el sensorio.
2. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria
3. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
4. Pacientes con ideación suicida.
5. Pacientes con crisis de ansiedad.
6. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
7. Cuadro de demencia con conducta psicótica.

En este contexto es importante tener en cuenta el Art. 5 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, que cita: *“Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. (...).”*

Y en el Art. 6.-: *“Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.*

En este sentido, el paciente que no se encuentra en una situación crítica de salud, puede rechazar ser hospitalizado, y a no recibir seguimiento médico o psicológico.

En caso de que el/la paciente se niegue a ser ingresado en un establecimiento a pesar de todos los esfuerzos realizados o en caso de no contar con algún establecimiento de salud disponible o cercano, se debe dar las siguientes instrucciones a los familiares, pareja o amigos de la persona (previo contar con el consentimiento del paciente y respetando plenamente la confidencialidad de la información recibida durante la intervención):

- Persiste un riesgo muy elevado en las personas que ha tenido un intento o una intención clara de suicidarse, de volver a intentarlo, especialmente en el primer año. Por lo que en especial durante este tiempo se debe tener mucha precaución, sobre todo con lo siguiente:
  - Alejar los medios para el suicidio (en especial aquellos con los que ya ha intentado previamente la autolesión (armas, pesticidas, medicamentos, entre otros).
  - En especial durante las primeras semanas tras el intento suicida es recomendable no dejar a la persona sola, por lo que se deben crear reglas claras para protegerle de sus propios impulsos autodestructivos. Estas reglas deben contemplar que durante este período de tiempo no duerma solo/a, y, en caso de aflicción severa o comportamientos agresivos o inaccesibilidad comunicacional también se tome medidas de seguridad durante el aseo personal (por ejemplo, dejar la puerta abierta o utilizar una cortina en vez de una puerta en el baño).
  - Se requiere un estricto control del uso de alcohol y otras drogas. Si una persona en riesgo inminente se encuentra alcoholizada o bajo el efecto de drogas, **NO SE DEBE DEJARLO SOLO NI POR UN MINUTO**. ¡Aproximadamente el 20% de las personas que se suicidaron en Ecuador durante los últimos tres años han estado bajo los efectos de alcohol!
- De requerir apoyo de un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra) se podría realizar una llamada a la línea 171 opción 1 para agendamiento de cita y opción 6 para atención en crisis y solicitar atención psicológica. Opcional también existe disponibilidad de psicólogos de emergencia en el número 911.
- En caso de sospechar de una intoxicación se deberá llamar al CIATOX (911 o 1800 VENENO), para obtener asesoría toxicológica especializada.

## **8.2.1. Atención a personas con intención y/o intento suicida en el primer nivel de atención en salud**

### **8.2.1.1. Atención a personas con intentos suicidas en emergencias o demanda espontánea de primer nivel**

La diferencia de la atención en emergencias en el segundo/tercer nivel y el primer nivel radica en que en el último no existe la posibilidad de internar a los pacientes inmediatamente, por lo que la decisión de referirlos a un segundo o tercer nivel, por



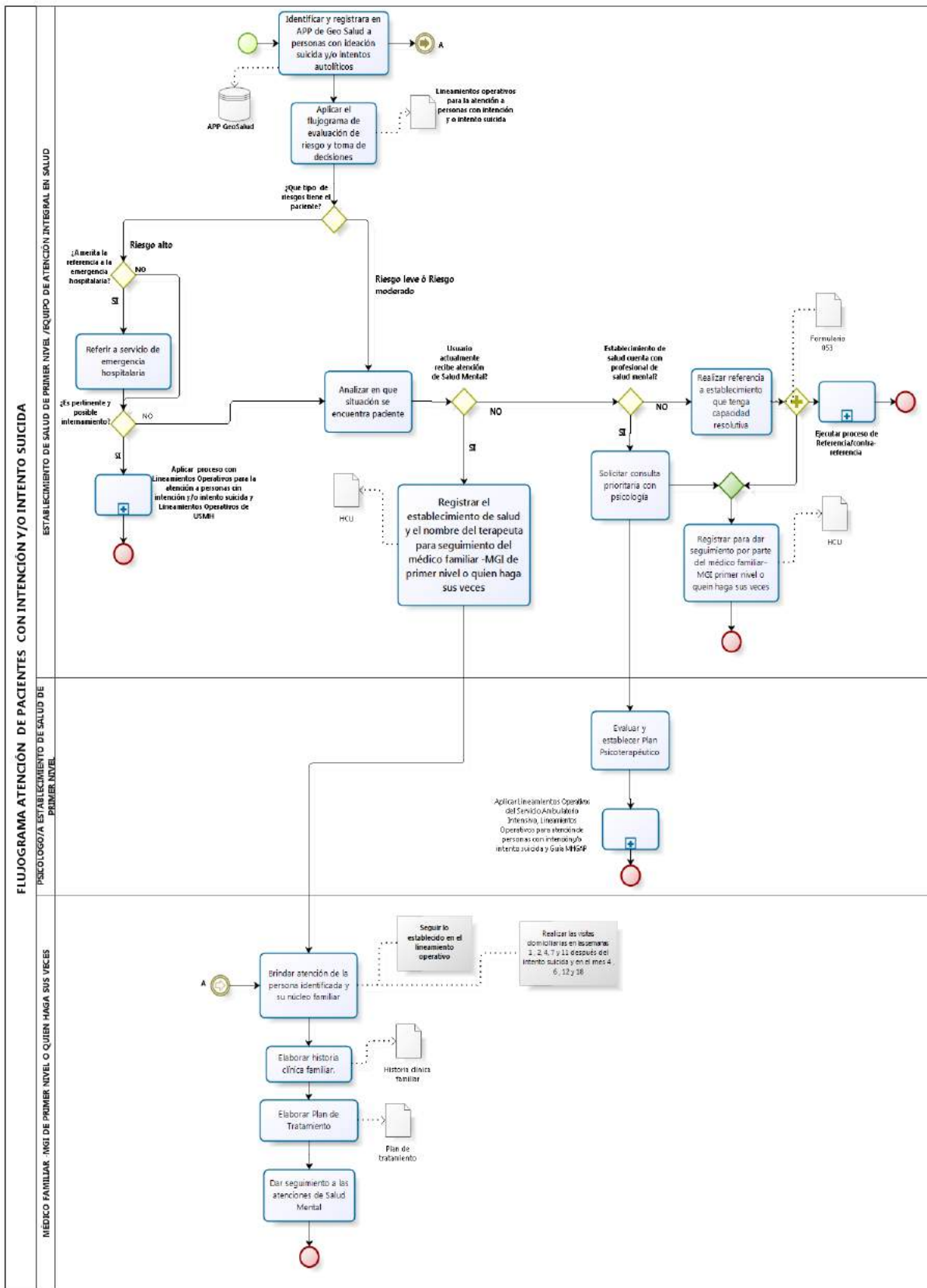


motivos explícitamente psicológicos/psiquiátricos (alto riesgo suicida), es más compleja, porque requiere de recursos (ambulancia de transporte secundario u otros) e implica un esfuerzo adicional para los familiares, los cuales en algunos casos no visualizan la urgencia de un internamiento. Por ello la evaluación de un paciente con intención y/o intentos suicidas que ingresa a un establecimiento del primer nivel, debe ser realizada con mucho cuidado para contar con la justificación de realizar esta acción.

Es fundamental seguir las pautas mencionadas en la tabla 6 para asegurar un contacto positivo con el paciente y los familiares, así como lo establecido en la evaluación del paciente con riesgo suicida por el MhGAP (apartado 8.1.3 Evaluación de riesgo suicida).

El flujo operativo para la atención a personas con intención y/o intento autolítico en el primer nivel se muestra a continuación:

### **Flujograma 2. Diagrama de atención en el primer nivel**



Elaboración: Dirección Nacional de Procesos



- En caso de no contar con psicólogos para realizar la evaluación inmediata, se debe referir al paciente al médico familiar, médico general integral o quien haga sus veces para garantizar que este realice una visita domiciliaria a pocos días tras el evento.
- Cabe indicar que en caso de que el establecimiento no cuente con médico familiar o médico general integral, el personal con mayor experiencia en el manejo de pacientes con problemas de salud mental será el encargado de realizar el plan de tratamiento y seguimiento del paciente.
- En cuanto a la gestión de psicofármacos en el primer nivel de atención se recomienda revisar los *Lineamientos Operativos a fin de favorecer el acceso a medicamentos y dispositivos médicos para la atención integral a personas con trastornos mentales y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública del 2016.*) lo puede solicitar al responsable de salud mental distrital o zonal.
- Es necesario aclarar que en la evaluación del riesgo suicida (figura 12) los niveles de **grave y extremo** corresponden a riesgo **alto** dentro del flujo

#### 8.2.1.2. Atención a personas con intención y/o intentos suicidas durante el trabajo extramural del primer nivel de atención en salud

Existen algunos mecanismos a través del cual se detecta a una persona con intención y/o intento suicida en el primer nivel: el primero es el detallado en el flujograma, es decir al ingreso del paciente a emergencias o demanda espontánea tras un intento suicida y/o intención suicida. La otra manera es la detección de pacientes que han realizado un intento leve que no requería de la atención médica o que no acudió a un establecimiento de salud del MSP a realizar el tratamiento. En ambos casos sigue siendo imperioso realizar tratamiento y seguimiento a la persona, pues independientemente de la gravedad del intento, este es considerado un factor de riesgo importante para una repetición en el futuro, e indicador para un posible problema de salud mental. En tal sentido, se detallan las acciones de detección, atención y seguimiento a realizar durante el trabajo extramural en el primer nivel de atención en salud:

Las personas que han tenido un intento suicida tienen un riesgo 65 veces más alto de volver a cometer suicidio que la población general.

El Médico familiar, Médico General Integral o quien haga sus veces **no** es el experto en salud mental, pero siendo el nexo entre las personas más vulnerables en la comunidad y los servicios especializados, es el responsable de que este reciba el seguimiento necesario. Para esto debe:

Acompañar a través de visitas domiciliarias regulares asegurándose de que:

- No tenga acceso a medios letales en su casa (armas, veneno, pesticidas, gran cantidad de medicamentos)
- No esté solo (especialmente en las primeras semanas tras el intento suicida)
- Supervisar medicación (antidepresivos, ansiolíticos y otros) recetada por el psiquiatra (o por el médico de primer nivel sujetándose a guía MhGAP)
- Insistir en la adherencia a terapia psicológica

**Período de tiempo para seguimiento:** Semana 1, 2, 4, 7 y 11 después del intento suicida y en el 4to, 6to, 12vo y 18vo mes tras el intento.

En la guía MhGAP encuentra más lineamientos sobre prevención de suicidio para profesionales no especializados en salud mental (página. 131): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

Comuníquese con los psicólogos de sus distritos para acordar una línea de acción para estos casos.

Durante el seguimiento a una persona con previa intención o intento suicida, se debe estar pendiente de las siguientes señales de alerta, que pueden ser indicativas para un nuevo intento, y sobre los que se deben actuar de inmediato.

Estas señales pueden ser las siguientes (10):

**Figura 13.** Señales de alerta



Fuente: (10,22)  
Elaboración: Rebekka Gestner



## 8.2.2 Atención a personas con intención y/o intentos suicidas en el segundo o tercer nivel de atención en salud

### 8.2.2.1. Atención a personas con intención y/o intento suicida en emergencias de segundo o tercer nivel de atención en salud

Cuando ingresa un paciente a emergencias del hospital con lesiones características de una intención y/o intento suicida como cortes en el brazo o piernas, signos de ahorcamiento, intoxicaciones, un otros, inmediatamente se procederá a la evaluación y atención médica.

Una vez que el paciente se encuentra estabilizado físicamente, el psicólogo o psiquiatra debe realizar la evaluación en salud mental de manera obligatoria. En caso de que el paciente ingresa en un horario o día en el que no se encuentra ningún profesional de la salud mental, se deberá esperar con el alta o encontrar un mecanismo (como teleconsulta) con el psiquiatra para tomar la decisión de internar/referir al paciente o dar de alta.

Durante el tiempo en el que el paciente se encuentra en emergencias, es fundamental que el personal de salud mantenga una actitud amable y libre de juicio de valor. Si muestra el deseo de hablar con alguna enfermera, auxiliar o médico, es recomendable que estos busquen el tiempo para escuchar. Es fundamental que se respeten los principios de confidencialidad entre médico y paciente; sin embargo, puede ser necesario el intercambio de información con el profesional de la salud mental, para la toma correcta de decisiones correcta.

**Figura 14.** Criterios para internación de pacientes con intención y/o intento suicida en unidades de salud mental hospitalarias o unidades psiquiátricas

INTERNACION A UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA U HOSPITAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL	REFERENCIA URGENTE A SERVICIO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intentos previos, presencia de planes de suicidio elaborados o ideación persistente</li> <li>• Intento suicida violento, premeditado y letal. Tomó precauciones para no ser descubierto</li> <li>• Trastorno mental grave como psicosis o dependencia severa a sustancias.</li> <li>• Necesidad de tratamiento o estudio médico de la conducta suicida</li> <li>• Ausencia de adecuado soporte psicosocial</li> <li>• No aparece sensación de alivio tras la entrevista o de haber sobrevivido</li> <li>• Falta de aceptación de tratamiento o medidas pactadas</li> <li>• Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de ayuda</li> <li>• En hombres mayores de 45 con reciente inicio de la sintomatología de salud mental, puede ser más urgente la internación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen apoyo familiar o social</li> <li>• Situación vital estable</li> <li>• Ideación y/o conducta suicida crónica sin intentos previos graves</li> <li>• Conducta suicida fue reacción de eventos precipitantes (cortar con la pareja, pelea familiar)</li> <li>• Sensación de alivio tras la entrevista.</li> <li>• Creer que el intento suicida puede influir en otros</li> <li>• Perspectiva realista del futuro después de la conducta suicida</li> <li>• Aceptación de tratamiento o medidas pactadas</li> <li>• Existe la posibilidad de que reciba los cuidados psicológicos y/o psiquiátricos necesarios en tratamiento ambulatorio</li> <li>• Capacidad del paciente y/o de la familia de seguir las recomendaciones dadas.</li> </ul>

Fuente: (22)

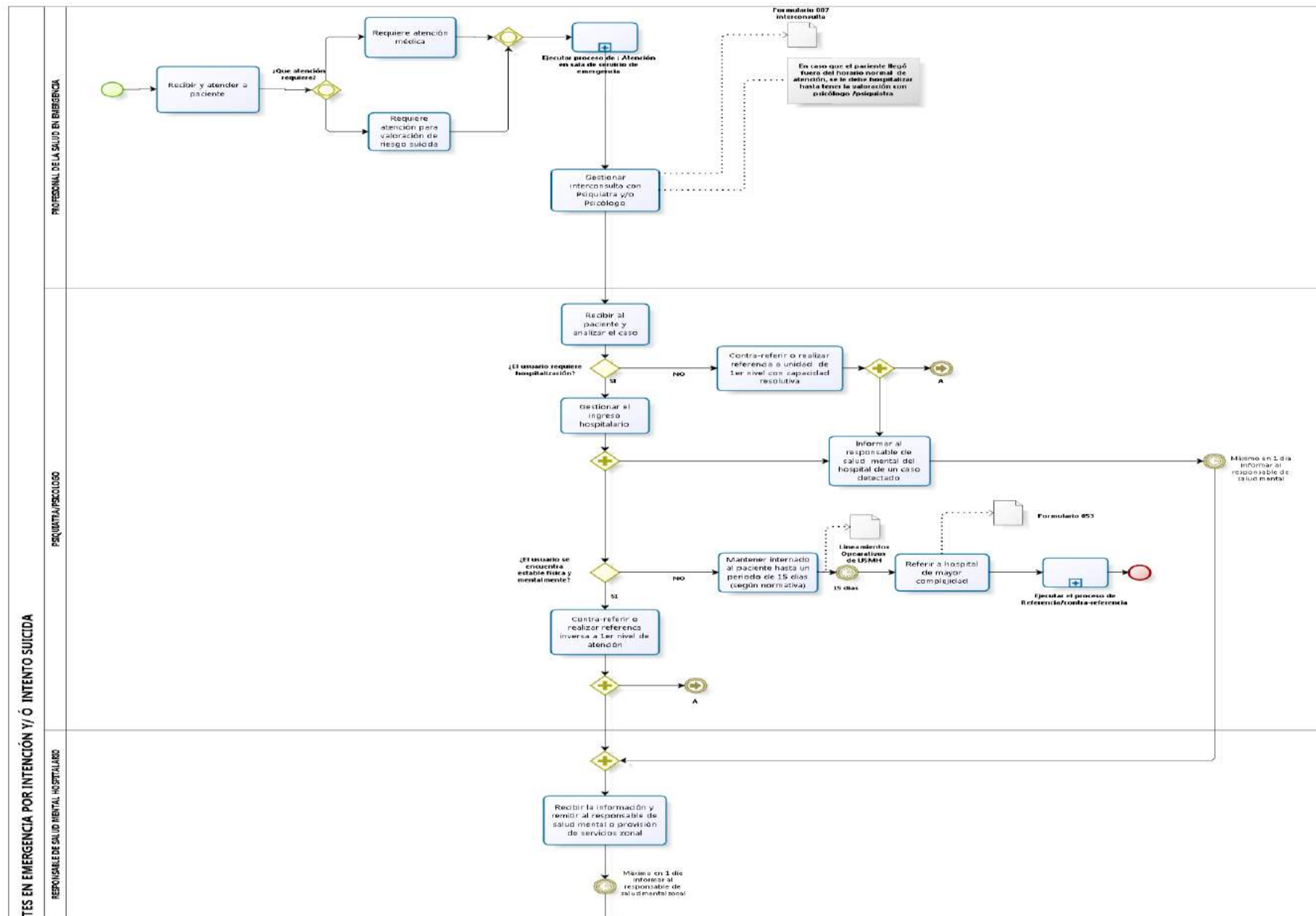


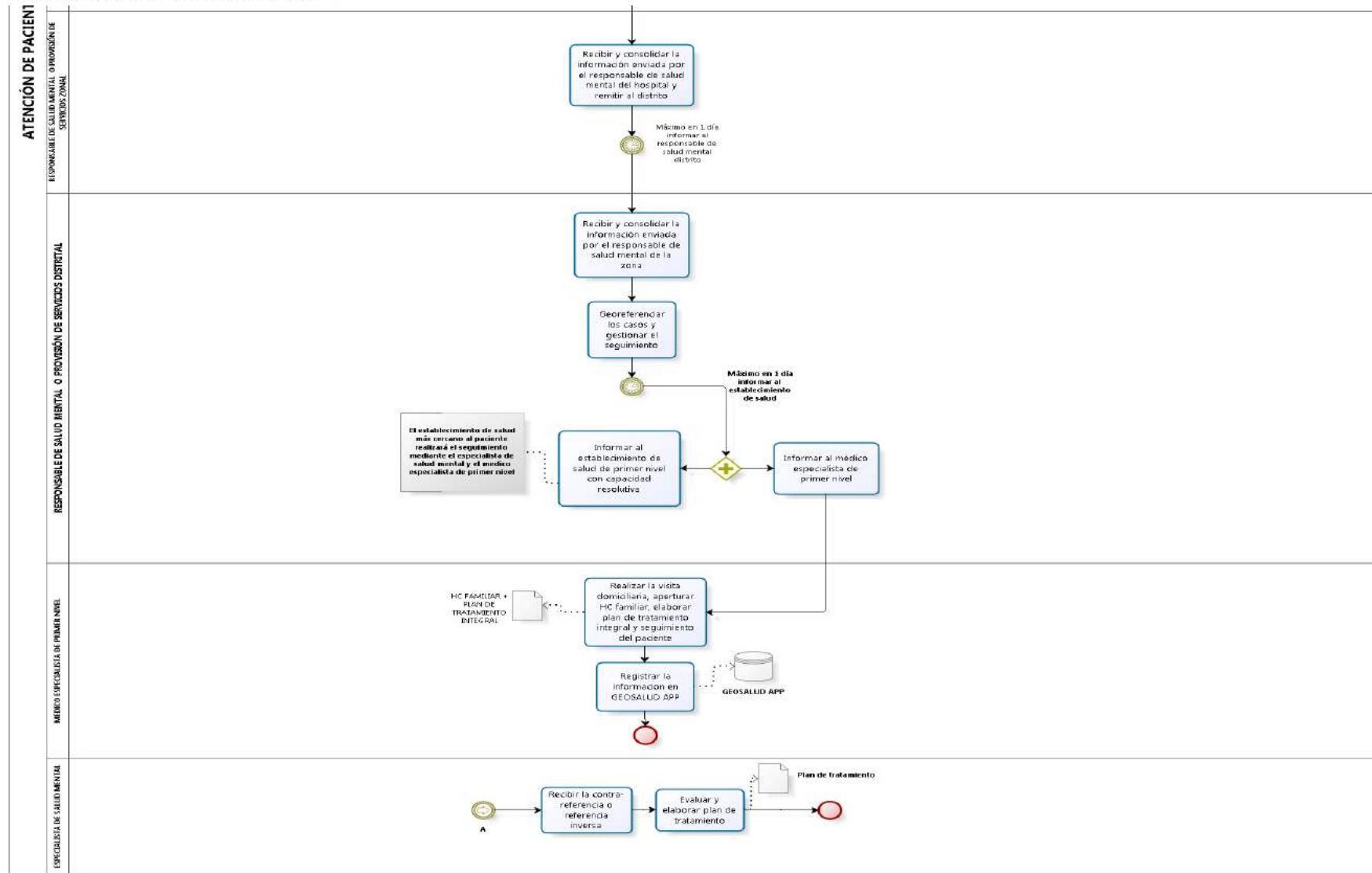
Elaboración: Rebekka Gestner

#### 8.2.2.2. Atención a personas con intención y/o intento suicida unidades de salud mental hospitalarias o en hospitales especializados en salud mental

Una vez tomada la decisión de internar al paciente en una unidad de salud mental hospitalaria, es posible observar su evolución física, psíquica y psicológica. En el flujograma a continuación se detalla el proceso a seguir para cada uno de los profesionales involucrados.

#### **Flujograma 3. Diagrama de atención en el segundo o tercer nivel**





Elaboración: Dirección Nacional de Procesos



Además, en la unidad de salud mental hospitalaria o el hospital especializado en salud mental es fundamental, vigilar permanentemente por el cumplimiento de las siguientes medidas:

### **8.2.2.3. Medidas de seguridad a tomar en hospitales en los que se tiene bajo observación personas tras un intento suicida o con intención suicida.**

Independientemente del riesgo que se perciba deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- Solicitar la presencia de un familiar las 24 al día, el cual deberá recibir psicoeducación para asegurar que actuará de manera correcta.
- Debe haber un/a enfermera/o por turno asignado a los pacientes con riesgo suicida (en caso de no contar con familiares), el que debe dar seguimiento cada 15 o 30 minutos y registrar cualquier observación relacionado al estado de ánimo o comportamiento de estos.
- No deben permitir la salida del paciente, hasta que el psiquiatra o psicólogo a cargo determine el alta con la referencia o contra referencia del paciente.
- En caso de elevado riesgo de autoagresión o agresión dirigida hacia familiares, pacientes o personal, analizar la posibilidad de la sujeción mecánica (véase más detallado en los *Lineamientos Operativos para las Unidades de Intervención en Crisis* del MSP)
- Dar la medicación a través de vía intravenosa o de forma triturada al paciente, según criterio del psiquiatra o médico a cargo.

**Antes del ingreso se debe revisar si el paciente lleva consigo los siguientes objetos:**

- Armas de fuego
- Cuchillos y otras armas blancas
- Medicamentos
- Cuchillas para afeitar
- Tijeras, etc.

**Hay que asegurar que en todo el piso se tenga bajo llave los siguientes objetos:**

- Medicamentos
- Bisturís y otros instrumentos médicos que puedan ser usados para lastimarse
- Vendas

**La habitación para un paciente con riesgo suicida debe tener las siguientes características:**

- Estar lo más cercano posible al despacho de Enfermería, preferiblemente en frente.
- Las camas deben contar con lencería ignífuga.
- No tener acceso al techo, escaleras altas u otros lugares de lo que se podría precipitar
- Ventanas deben estar reforzados y granulados o contar con otros mecanismos que imposibiliten que el paciente pueda salir.



- Ventanas no deben tener cortinas, sino contar con un mecanismo diferente para cerrarlas.
- La ducha del baño no debe tener cortinas, pues estas podrían ser utilizadas para comportamientos suicidas. Se sugiere puerta plástica o de aluminio.
- Durante el tiempo de más alto riesgo se debe vigilar el tiempo en el que el paciente se encuentra en el baño. Esta medida debe tomarse con mucho cuidado y respeto, pero firmemente.
- No debe tener una única cama, de no contar con familiares que acompañan al paciente, se debe ubicar a mínimo dos pacientes por habitación. El segundo paciente debe estar lúcido, con capacidad de reaccionar y avisar al personal en caso de presentarse alguna emergencia.

Para mayor detalle, se deberá revisar el Lineamiento Operativo para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias.

#### 8.2.2.4. Psicofármacos para personas con riesgo suicida

Los *Lineamientos Operativos a fin de favorecer el acceso a medicamentos y dispositivos médicos para la atención integral a personas con trastornos mentales y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública del 2016* establecen directrices para la gestión del suministro de estos, en cada nivel de atención, en relación a la capacidad resolutoria del establecimiento y la cartera de servicios.

Sin embargo, debe tomar en cuenta que la medicación psiquiátrica siempre debe ir acompañada de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales para ser eficaces (23). No toda intervención farmacológica ha mostrado ser eficaz para reducir conductas suicidas y en la comunidad científica existen posiciones muy controversas sobre la influencia de los psicofármacos en el riesgo suicida.

#### 8.2.2.5. Puntos importantes para tomar en cuenta previo el alta

**NUNCA SE DEBE DAR DE ALTA A UN PACIENTE, SIN EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL O SIN ASEGURAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

- ➔ Muchas personas repiten el intento suicida, especialmente durante las primeras semanas tras el último intento.
- ➔ Uno de cada cinco personas que fallecen por suicidio durante el año previo a su muerte habían realizado un intento suicida que fue atendido en algún hospital. ¡El seguimiento adecuado a estas personas es crucial!
- ➔ Si tras la evaluación física y psicológica se decide dejar ir al paciente, se debe asegurar que en su hogar no tenga a su disposición medios letales (químicos, armas, sogas, entre otros).
- ➔ Previo a dar el alta médica, también debe asegurarse que el paciente durante las primeras semanas contará con acompañamiento permanentemente de algún familiar, pareja o amigo, ¡no debe estar solo!
- ➔ Garantizar el seguimiento por parte del equipo de salud mental del hospital general, básico y /o especializado, para asegurar que el usuario se encuentra bajo seguimiento del primer nivel de atención.
- ➔ La familia debe estar consciente de que, aunque se ha dado el alta médica al paciente, persiste un riesgo de que se repita el intento suicida, por ello se debe asegurar el seguimiento por parte de los profesionales de salud más cercano





## 9 BIBLIOGRAFÍA.

1. World Health Organization. Suicide in the world. Global Health Estimates. CC BY-NC-S. Washington D.C.; 2019.
2. Kairi K, Leo D De. Regions with the Highest Suicide Rates for Children and Adolescents—Some Observations. *J Child Adolesc* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 16]; Available from: <http://esciencecentral.org/journals/regions-with-the-highest-suicide-rates-for-children-and-adolescents-some-observations-jcalb.1000e104.pdf>
3. Betancourt A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso (Tema central). 2008;
4. Gerstner RM, Lara Lara F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. *An Sist Sanit Navar*. 2019 Apr;42(1):9–18.
5. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Geneva; 2014 [cited 2017 Sep 4]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)
6. Ortiz-Prado E, Simbaña K, Gómez L, Henríquez-Trujillo AR, Cornejo-Leon F, Vasconez E, et al. The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001–2015). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017;17(1):342. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1502-0>
7. INEC. Defunciones Generales [Internet]. 2018. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)
8. INEC. Defunciones Generales [Internet]. 2016. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)
9. Kolves K, De Leo D. Regions with the Highest Suicide Rates for Children and Adolescents – Some Observations. *J Child Adolesc Behav*. 2014;2(2):1000e104.
10. Anseán A (Ed). Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental España; 2014.
11. Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide prevention and follow-up services: a narrative review. *Glob J Health Sci*. 2016;8(5):145.
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Defunciones Generales 2019 [Internet]. 2019. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)
13. Barrero SAP. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(3):386–94.
14. OPS-Uruguay. Mitos acerca del suicidio [Internet]. 2020. Available from:

[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1309:mitos-acerca-del-suicidio&Itemid=310](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1309:mitos-acerca-del-suicidio&Itemid=310)

15. Argentina M de S. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. 2018.
16. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PLoS One [Internet]. 2017 Jul 19;12(7):e0180292. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
17. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. Medwave. 2018 Sep;18(5):e7246.
18. Large MM, Ryan CJ, Carter G, Kapur N. Can we usefully stratify patients according to suicide risk? Bmj. 2017;359:j4627.
19. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PLoS One. 2017 Jul;12(7):e0180292.
20. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. [Internet]. Versión 2. Washington D.C.; 2017. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
21. Organización Mundial de la Salud. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA PROFESIONALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION [Internet]. 2000 [cited 2017 Oct 18]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf)
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.; 2012.
23. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur psychiatry. 2012;27(2):129–41.
24. Weisman A, Worden J. Risk-Rescue rating in suicide assessment. In: Beck AT, Resnik L, editors. The prediction of suicide in comp. Bowie Maryland: Charles Press; 1974. p. 193–213.



**CUADRO DE SUMILLAS**

NOMBRE		CARGO	SUMILLA
<b>Aprobado por</b>	Dr. Carlos Jaramillo Van Denzen	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.	
<b>Revisado por:</b>	Dr. Eduardo Puente	Director Nacional de Hospitales.	
	Dra. Narcisa Calahorrano	Directora Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud	
	Dra. Elva Romero	Directora Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles, Encargada	
	Psic. Cl. María Ignacia Páez	Responsable del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.	
<b>Elaborado por:</b>	MPH Rebekka Gerstner	Especialista de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	
	Mgs. Juan Diego Carpio	Especialista de la Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles	
	Dr. Vladimir Díaz	Especialista de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.	
	Psic. Cl. Maritza Troya	Especialista de Cuidado del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.	
	Dr. Mario López	Especialista de la Dirección Nacional de Hospitales.	



## 10 ANEXOS

### ANEXO 1. Escala de riesgo-rescate

Esta escala puede ser aplicada por profesionales de la salud que laboran en los servicios de emergencias. Su objetivo es evaluar la letalidad del intento suicida, midiendo factores de riesgo y factores de rescate. Cada ítem tiene tres opciones que deben ser puntuadas del 1 al 3.

Subescala	Puntos por cada ítem	Puntos obtenidos
<b>Factores de riesgo</b>		
<b>1. Método utilizado</b>		
a. Ingestión de sustancias, cortes, apuñalamiento	1	
b. Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento	2	
c. Precipitación (saltos), disparo	3	
<b>2. Alteración de la conciencia</b>		
d. No evidencia	1	
e. Confusión, semicoma	2	
f. Coma, coma profundo	3	
<b>3. Lesiones/Gravedad</b>		
g. Leve	1	
h. Moderado	2	
i. Severo	3	
<b>4. Reversibilidad</b>		
j. Buena. Expectativa de completa recuperación	1	
k. Favorable. Expectativa de recuperación con el tiempo	2	
l. Mala. Expectativa de secuelas si se recupera	3	
<b>5. Tratamiento requerido</b>		
m. Primeros auxilios en emergencias	1	
n. Cuidados intensivos, tratamientos especiales	2	
<b>TOTAL SUBESCALA FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>Factores de rescate</b>		
<b>1. Lugar</b>		
a. Familiar	1	
b. Familiar, no lejano	2	



c. Lejano del hogar	3	
<b>2. Persona que inicia el rescate</b>		
d. Persona clave (familiar, vecino/a, amigo/a, etc)	1	
e. Profesional	2	
f. Transeúnte	3	
<b>3. Probabilidad de ser descubierto por un „salvador“</b>		
g. Alta, casi segura	1	
h. Descubrimiento incierto	2	
i. Descubrimiento accidental	3	
<b>4. Facilitación del rescate</b>		
j. Pide ayuda	1	
k. Deja pistas	2	
l. No pide ayudas	3	
<b>5. Tratamiento requerido</b>		
m. Primeros auxilios en emergencias	1	
n. Cuidados intensivos, tratamientos especiales	2	
TOTAL SUBESCALA FACTORES DE RESCATE		

Fuente:(24)

Adaptación: Rebekka Gerstner

**Interpretación:** El resultado refleja el riesgo de repetición del intento suicida

**Puntuación en factores de riesgo:**

5-15: Riesgo moderado.

13-15: Riesgo alto.

**Puntuación en factores de rescate:**

5-7: Menos rescatable.

9-15: Más rescatable.

- Autorrescate: puntúa 5 en rescate
- Si hay excesivo tiempo de demora en obtener tratamiento, después del descubrimiento, reducir la puntuación de rescate en 1 punto.
- Si se utilizan varios métodos puntuar el más letal.

## ANEXO 2. Auditoría del lineamiento de atención a persona con intención y/o intento suicida en el primer nivel de atención

Ítem a evaluar	Si/no /número	Observaciones
Se realiza una evaluación física completa		
Se realiza una evaluación psicológica completa		
Referencia pertinente según protocolo		
Número de sesiones de seguimiento de psicología		
Nro. intervenciones MF/ MGI (Medicina General Integral) o EAIS		

## ANEXO 3. Auditoría del lineamiento de atención a persona con riesgo suicida en segundo y tercer nivel de atención

Ítem a evaluar	Si/ NO	Observaciones
Se ha realizado la evaluación de riesgo suicida (factores de riesgo individuales y riesgo suicida específico (ideación e intencionalidad))		
Se cumplen las medidas de seguridad en cuanto a la posición de la habitación del paciente		
Se cumplen las medidas de seguridad en cuanto a la disponibilidad de medios letales en la habitación o entre las pertenencias del paciente		
Se cumplen las medidas de seguridad en cuanto a la disponibilidad de medios letales en el piso		
Existe un/a enfermero/a asignado/a específicamente para la observación de los pacientes con riesgo suicida		
Se da la medicación de forma triturada al paciente		
Se cumplen las medidas de contención mecánica		
Se permite la salida del paciente solo con la instrucción explícita y registrada del psiquiatra o psicólogo a cargo		
Se ha tomado en cuenta la evidencia existente sobre la influencia de psicofármacos en el riesgo suicida para la administración de la medicación psiquiátrica		
Se realiza una evaluación detallada de riesgo del paciente en la que se basa la decisión final de referirlo a un hospital de mayor complejidad, o de contra referirlo para seguimiento a un Centro de Primer Nivel		



## ANEXO 4. Evaluación física/psíquica

Nota: esta evaluación no es obligatoria mientras que no se encuentra en los formatos de historias clínicas, sin embargo se recomienda tomar en cuenta estos aspectos, para mejorar la calidad del diagnóstico.

Evaluación física	Evaluación psíquica
<b>Signos vitales</b>	<b>Estado de conciencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilante</li> <li>- Obnubilado o confuso</li> <li>- Inconsciente</li> <li>- Hipervigilante</li> </ul>
<b>Examen físico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lesiones físicas</li> <li>-Intoxicaciones</li> <li>-Cortes</li> <li>-Signos de asfixia</li> <li>-Signos de abuso sexual o de maltrato físico</li> <li>-Embarazo</li> <li>-Uso de drogas o alcohol</li> </ul>	<b>Grado de orientación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autopsíquica y alopsíquica</li> </ul>
	<b>Estado cognitivo global</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención, concentración y memoria</li> </ul>
	<b>Aspecto físico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descuidado</li> <li>- Vestimenta extravagante o bizarra</li> </ul>
	<b>Estado motriz:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperactividad motriz</li> <li>- Impulsividad</li> <li>- Excitación</li> <li>- Inhibición</li> <li>- Catatonía</li> </ul>
	<b>Actitud:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboradora</li> <li>- Reticente</li> <li>- Querellante</li> <li>- Agresiva</li> <li>- Inhibida</li> </ul>
	<b>Lenguaje:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verborrágico</li> <li>- Mutismo</li> <li>- Habla espontáneamente</li> <li>- Neologismos</li> </ul>
	<b>Pensamiento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideación coherente</li> <li>- Delirante</li> <li>- Grandeza</li> <li>- Persecución</li> <li>- Místico</li> <li>- Pueril</li> <li>- Obsesiones</li> <li>- Ideas de desesperanza y muerte</li> </ul>
<b>Alteraciones de la sensopercepción (Alucinaciones)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visuales</li> <li>- Olfativas</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auditivas</li><li>- Cinestésicas</li></ul>
	<b>Afectividad:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Humor expansivo (manía)</li><li>- Humor deprimido</li><li>- Indiferencia afectiva</li><li>- Labilidad</li></ul>
	<b>Sueño:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Insomnio</li><li>- Hipersomnias</li></ul>

Fuente: (15)

Elaboración: Rebekka Gerstner







### ANEXO 5. Principios de primeros auxilios psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) buscan ofrecer ayuda de manera práctica y no invasiva centrándose en las necesidades y preocupaciones inmediatas de la persona y atenderlas en la medida de lo posible; escuchar al afectado sin sobre estimular a hablar sobre el tema; reconformar a las personas y ayudar a la calma con técnicas de relajación y psico-educar. (92)


A continuación, se detalla paso a paso la intervención que se puede realizar misma que deberá ser adaptada a la intervención telefónica. Esta intervención se ha organizado en 3 momentos:

- A. Observar
- B. Escuchar
- C. Conectar

#### OBSERVAR

1.ORGANIZACIÓN PREVIA	PREPARÁNDOME PARA ENTREGAR PAP	
ACCIONES CLAVE	LO QUE SÍ DEBE HACER 	LO QUE NO DEBE HACER 
<b>OBTENER INFORMACIÓN</b> <b>¿En qué consiste?</b> Es importante que averigüe anticipadamente la mayor cantidad de información posible sobre la situación para aplicar PAP;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener información básica: En este caso el tipo de llamadas críticas que frecuentemente se reciben</li> <li>• Infórmese bien sobre los servicios de apoyo que existen en la localidad: quién/dónde se entregan servicios médicos, alimentos, horarios de servicios, rutas de atención, quién más está en la localidad prestando ayuda, etc. (Listado de servicios de salud mental)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No emplear datos oficiales (rumores, suposiciones)</li> <li>• Inventar información</li> </ul>
<b>ANALIZANDO MI SITUACIÓN PERSONAL</b> <b>¿En qué consiste?</b> Antes de aplicar PAP, debo analizar mi propia situación personal, para asegurarme de que me encuentro en condiciones de apoyar a una persona afectada	<b>PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FÍSICA: ¿en qué estado real de salud me encuentro? ¿uso medicamentos?</li> <li>• EMOCIONAL: ¿he vivido situaciones similares a esta? ¿cómo reaccioné? ¿cuáles son mis limitaciones emocionales/afectivas? ¿estoy en condiciones de sostener y acompañar a otros? ¿cuáles son mis conflictos emocionales actuales?</li> </ul>	



<p><b>2.COORDINACIÓN DEL EQUIPO</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Existirán situaciones en donde usted va a brindar PAP. En este caso es importante recibir capacitación en la aplicación de esta técnica previamente</p>	<p><b>LO QUE SÍ DEBE HACER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organícese con un equipo de trabajo dialoguen con ejemplos casos complejos para manejo vía telefónica</li> <li>Importante recibir capacitación en la aplicación de esta técnica previamente</li> </ul>	<p><b>LO QUÉ NO DEBE HACER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No respetar los acuerdos del equipo.</li> <li>Si está agobiado no buscar ayuda psicológica y hacer descarga.</li> </ul>
<p><b>RECUERDE</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recuerde que si se siente sobrecargado acudir una vez al mes a consulta psicológica.</li> </ul>	


<p><b>3.REVISIÓN DEL CONTEXTO</b></p>	<p><b>ANALIZANDO LA SITUACIÓN</b></p>	
<p><b>ACCIONES CLAVE</b></p>		
<p><b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Para brindar PAP se requiere realizar una valoración del riesgo.</p> <p>Deténgase, OBSERVE y analice el lugar/situación antes de intervenir, buscando identificar posibles riesgos o peligros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué peligros podrían ocurrir en este lugar/situación (réplicas, derrumbes, delincuencia, violencia sexual)?</li> <li>Distinga entre zonas seguras y zonas inseguras</li> <li>NNA deben ser ubicados en zonas de recreación con supervisión</li> <li>Aleje a las personas afectadas de posibles peligros o riesgos (vidrios rotos, techos endeble, tránsito de vehículos, líquidos resbalosos, etc. )</li> </ul>	





<p><b>RECONOCIENDO INDICADORES DE CRISIS:</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>La siguiente lista muestra posibles conductas o reacciones psicológicas que presentan personas que experimentan una crisis y que pueden requerir PAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ estar confuso, emocionalmente inerte, tener sensación de irrealidad o aturdimiento</li> <li>➤ estar encerrado en sí mismo o muy quieto (sin moverse)</li> <li>➤ no responder cuando se le habla, no hablar en absoluto</li> <li>➤ desorientación (por ejemplo, no saber su propio nombre, de dónde es, qué ha ocurrido)</li> <li>➤ no estar en condiciones de cuidarse a sí mismo o a sus hijos (p. ej. dejar de comer o de beber, no poder tomar decisiones sencillas)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ estar confuso, emocionalmente inerte, tener sensación de irrealidad o aturdimiento</li> <li>➤ estar encerrado en sí mismo o muy quieto (sin moverse)</li> <li>➤ no responder cuando se le habla, no hablar en absoluto</li> <li>➤ desorientación (por ejemplo, no saber su propio nombre, de dónde es, qué ha ocurrido)</li> <li>➤ no estar en condiciones de cuidarse a sí mismo o a sus hijos (p. ej. dejar de comer o de beber, no poder tomar decisiones sencillas)</li> </ul>	
<p><b>RECUERDE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si considera que corre riesgo de ser una víctima más de la situación, busque su propia seguridad primero</li> <li>• Si identifica los siguientes indicadores, es mejor derivar directamente a la persona afectada a un servicio de salud mental: Ideas suicidas, riesgo de agresión a otros, por más que usted le habla no responde, paciente con problemas de salud mental descompensado o sin su medicación</li> </ul>	

<b>4.IDENTIFICACIÓN DE SUJETO DE INTERVENCIÓN</b>	<b>¿CON QUIÉN TRABAJAR?</b>
<p><b>ACCIONES CLAVE</b></p> <p>OBSERVE LA SITUACIÓN Y RESPONDA:</p> <p>¿QUÉ PERSONA REQUIERE MI ASISTENCIA DE PAP?</p>	<p>OBSERVE LA SITUACIÓN Y RESPONDA:</p> <p>¿QUÉ PERSONA REQUIERE MI ASISTENCIA DE PAP?</p> <p><b>GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA</b></p> <p><b>(Una imagen para cada sujeto de intervención)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PERSONAS HERIDAS O EN CONDICIONES MÉDICAS IMPORTANTES</li> <li>• NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (sobretudo quienes están sin sus cuidadores presentes)</li> <li>• PERSONAS CON DISCAPACIDAD</li> <li>• MUJERES EMBARAZADAS O AL CUIDADO DE OTROS</li> <li>• ADULTOS MAYORES</li> </ul>






	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PERSONAS DE MINORÍAS ÉTNICAS, GRUPOS LGBTIQ, ETC.</li> <li>• PERSONAS EN SITUACIÓN DE MOVILIDAD HUMANA</li> </ul>
<p><b>RECUERDE</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haga énfasis en los casos con mayor grado de vulnerabilidad</li> <li>• No todas las personas que viven una emergencia o crisis van a necesitar PAP.</li> <li>• En situaciones de emergencia no se puede ayudar a varias personas simultáneamente. Aborde un caso a la vez.</li> <li>• Asegurar que la gente pueda acceder a la ayuda de forma justa y sin discriminaciones</li> <li>• Tratar a la gente con respeto y de acuerdo con sus normas culturales y sociales.</li> </ul>

### ESCUCHAR

5.CONTACTO PRESENTACIÓN	PROMOVIENDO LA COMUNICACIÓN	
ACCIONES CLAVE	LO QUE SÍ DEBE HACER	LO QUÉ NO DEBE HACER
		
<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Diríjase a la persona afectada y preséntese, indicando su nombre, la institución a la que pertenece, su rol en la comunidad y la razón por la que está ahí. Ofrezcale su ayuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse de modo respetuoso, amigable y tranquilo</li> <li>• Buscar obtener el nombre de la otra persona para poder facilitar el diálogo-</li> <li>• Utilice el protocolo de llamadas para presentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar a las personas con exceso de confianza</li> <li>• Obligar o exigir a las personas a responderle y darle información</li> </ul>
<b>ESCUCHA ACTIVA</b>	<b>LO QUE SÍ DEBE HACER</b>	<b>LO QUÉ NO DEBE HACER</b>




<p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Es una forma de escuchar que le demuestra a la otra persona que usted le presta atención y se interesa por conocer lo que le está sucediendo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imparta el diálogo en un espacio de seguridad, privacidad y confianza</li> <li>• Tómese el tiempo necesario para escuchar a la persona.</li> <li>• Valide lo que escucha diga: <i>“umm, comprendo lo que dice”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser impaciente</li> <li>• Ser distraído</li> <li>• Interrumpir a la persona afectada mientras habla</li> <li>• Hablar sobre usted</li> <li>• Apresurarse a dar soluciones sin antes escuchar a la persona</li> <li>• Juzgar lo que hizo o sintió la persona</li> </ul>
<p><b>RECUERDE</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar a una persona en crisis puede ayudar mucho a calmarla</li> <li>• Trate de generar un espacio de confianza y seguridad, que le permita mantener el diálogo durante todo el proceso posterior</li> </ul>	

6.CONTENCIÓN EMOCIONAL	BRINDANDO CALMA Y ESTABILIDAD	
ACCIONES CLAVE	LO QUE SÍ DEBE HACER 	LO QUE NO DEBE HACER 
<p><b>TÉCNICA A. TÉCNICA DE RESPIRACIÓN ASISTIDA</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Las personas en situación de crisis suelen tener dificultad para respirar (hiperventilación, sostener la respiración), para lo cual se interviene asistiéndolos a reentrenar la ventilación para que se tranquilicen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coméntele que la respiración influye en cómo nos sentimos; cuando se bota al aire las personas se relajan y se sienten mejor</li> <li>• Explíquelo a la persona en qué consiste el ejercicio de respiración:</li> <li>• Diríjase a la persona y dígame: <i>“Ahora ensayaremos el re-entrenamiento de la respiración: consiste en inspirar, exhalar y luego esperar un momento con los pulmones vacíos hasta volver a inspirar... lo importante es la pausa luego de vaciar los pulmones”</i></li> </ul> <p>Puede pedirle que lo practiquen juntos.</p> <p>Para empezar, pídale a la persona que adopte una postura relajada y cómoda, poniendo los pies en el piso y sintiendo ese contacto. <i>“Si lo desea y se siento cómodo, puede cerrar los ojos o mirar un punto fijo con la mirada”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser impaciente o conducir el ejercicio a un ritmo demasiado rápido</li> </ul>

 <p>1 INSPIRACIÓN 4 tiempos.</p> <p>2 EXHALACIÓN: POR LA NARIZ O POR LA BOCA. 4 tiempos.</p> <p>3 RETENCIÓN CON LOS PULMONES "VACÍOS". 4 tiempos.</p>	<p>baja. Ahora vamos a intentarlo...</p> <p>“</p> <p>- Inspire (4 tiempos)</p> <p>- Exhale por la nariz o por la boca (4 tiempos).</p> <p>Retenga con los pulmones vacíos (4 tiempos)</p> <p>Los 4 tiempos no siguen necesariamente el tiempo real (en segundos). La duración de los tiempos es variable, según el estado de agitación de la persona. Acomode la duración de los tiempos para que el afectado se sienta cómodo y no se quede sin aire.</p> <p>“Para ayudarse, puede repetir mentalmente y de forma lenta la palabra calma o tranquilo cada vez que bote el aire o puede imaginar que la tensión se escapa con el aire que bota. Intentémoslo de nuevo.”</p> <p>Una vez que el afectado haya comprendido la mecánica puede dejar que continúe solo por 10 minutos, reforzando lo bien que lo está haciendo: “muy bien...está haciéndolo excelente”.</p> <p>Indique al afectado que lo haga diariamente por diez minutos, tres veces al día (mañana, tarde y noche), y cada vez que se sienta angustiado: “Le voy a pedir que realice este ejercicio durante 10 minutos todos los días en la mañana al despertar, después de almuerzo, antes de irse a dormir y cada vez que se sienta que está comenzando a angustiarse mucho. Mientras más use esta técnica, más fácil será la próxima vez que la use.”</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



TÉCNICA B	LO QUE SÍ DEBE HACER	LO QUÉ NO DEBE HACER
<p><b>REPIQUETEO Y ÉNFASIS SENSORIAL (5,4,3,2,1)</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Las personas en situación de crisis suelen estar bastante confundidas y desorientadas. Cuando hay sentimiento de irrealidad, este ejercicio les permite ubicarse en el “aquí y ahora”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregúntele a la persona datos elementales de su vida:</li> </ul> <p>“Dígame el nombre del colegio en donde estudio”                      “Recíteme su cédula de identidad”                      “¿Cuál es su dirección?”                      “¿En qué ciudad estamos”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explíquelo a la persona en qué consiste el ejercicio:</li> </ul> <p><i>“Vamos a trabajar con los 5 sentidos que tiene el ser humano. A continuación dígame 5 cosas que puede ver; ahora dígame 4 cosas que puede escuchar; ahora dígame 3 cosas que puede sentir/tocar, ahora dígame 2 cosas que puede oler, ahora dígame una cosa que siente en el gusto (paladar)”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer preguntas demasiado complejas o abstractas</li> <li>• No corrija a la persona si entrega información errada o no se acuerda los datos</li> <li>• No pregunte información relacionada con la crisis o que pueda generar más angustia</li> </ul>
<p><b>OTRAS TÉCNICA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Existen otras técnicas a las que puede recurrir para tranquilizar a una persona afectada por una crisis</p>	<p><b>LO QUE SÍ DEBE HACER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El brindar un vaso de agua a la persona afectada es una técnica bastante útil pues les permite calmarse y respirar mejor</li> <li>• Pedirle a la persona que coloque los pies en la tierra</li> </ul>	<p><b>LO QUÉ NO DEBE HACER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No recurra al contacto físico como primera opción para estabilizar emocionalmente a una persona</li> <li>• En lo posible, evitar el contacto físico con NNA o víctimas de violencia sexual</li> </ul>
<p><b>RECUERDE</b></p> 	<p>Este paso toma 10 minutos, aunque habrá personas que requieran más tiempo</p>	



	-Recuerde que no todas las personas requieren todas las técnicas, cada una debe aplicarse según sea el caso.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------






7.IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES		ORDENANDO LAS IDEAS	
ACCIONES CLAVE		LO QUE SÍ DEBE HACER	LO QUÉ NO DEBE HACER
<p><b>LISTA DE PREOCUPACIONES Y PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>En la medida que converse con la persona afectada, obtenga información sobre sus necesidades y preocupaciones.</p>	<p><b>DE Y DE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Busque obtener la lista de necesidades/preocupaciones de la persona afectada:</li> </ul> <p><b>“Con todo lo que me ha ido contando, ¿qué es lo que usted necesita ahora?”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayude a la persona afectada a que ordene y reconozca entre lo que necesita inmediatamente y lo que puede resolverse después:</li> </ul> <p><b>“Usted me ha comentado muchos problemas, pero podríamos partir por definir las 2-3 cosas más urgentes por resolver ahora”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juzgar a la persona por las necesidades que le comenta por ser banales o superficiales</li> <li>Empezar a buscar soluciones a cada cosa que nos expone la persona afectada en la medida que nos las va contando</li> <li>Organizar la necesidades de acuerdo con mis criterios</li> </ul>	
<p><b>RECUERDE</b></p> <p style="text-align: center;"></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Este es el punto central del trabajo con PAP, pues todo el trabajo anterior se ha realizado para identificar necesidades concretas de la persona y saber cómo actuar a futuro</li> </ul>	

**CONECTAR**





8.ANÁLISIS DE RECURSOS DE RESPUESTA		PLANTEANDO RESPUESTAS	
ACCIONES CLAVE		LO QUE SÍ DEBE HACER	LO QUÉ NO DEBE HACER






		
<p><b>NECESIDADES BÁSICAS</b></p> <p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Una vez identificadas las necesidades principales, se ayuda a la persona afectada a definir las acciones para resolverlas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consúltele a la persona afectada sobre experiencias pasadas en donde pudo salir adelante y cuál fue la estrategia que empleó.</li> <li>• Fortalezca esos recursos y oferte el servicio de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se excesivamente asistencialista y resolver necesidades que la misma persona está en condiciones de resolver</li> <li>• Brindar información imprecisa</li> </ul>
<p><b>RECUERDE</b></p> <p style="text-align: center;"></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La resolución de las necesidades debe apuntar que la persona pueda resolverlas con autonomía, siendo capaz -por sí solo/a- de afrontar su situación y reforzar su capacidad y sentido de control y respuesta</li> <li>• Considere la importancia que tiene la resiliencia como la capacidad que tienen las personas de recuperarse satisfactoriamente de un evento adverso y crecer personalmente a partir de la experiencia vivida</li> </ul>	
<b>RED DE APOYO</b>	<b>ESTABLECER CONEXIÓN</b>	
<b>ACCIONES CLAVE</b>	<b>LO QUE SÍ DEBE HACER</b>	<b>LO QUÉ NO DEBE HACER</b>
		
<p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Ayudar a conectar a la persona con sus redes de apoyo personales (amigos, parientes, vecinos, redes propias) o institucionales (centros de salud, Fiscalía, Junta de Protección de Derechos, MIES, centros de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilite que la persona afectada se ponga en contacto con sus familiares, seres queridos o personas de confianza</li> <li>• Entregue direcciones o referencias sobre centros de apoyo social institucionales en la zona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encargar a la persona que se ponga en contacto pero no facilitararlo</li> <li>• Entregar recomendaciones sobre servicios que no están disponibles en la localidad</li> </ul>
<b>ACTIVIDAD PENSANDO EN MI RED DE APOYO</b>		



<p>Se traza un mapa con los principales actores personales e institucionales que permitan dar respuesta a la necesidad del sujeto de intervención.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICANDO A LAS PERSONAS O INSTITUCIONES CON LAS QUE PUEDO CONTAR PARA SENTIRME CONECTADO/A</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p style="text-align: center;"><b>RECUERDE</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El éxito de los PAP estriban en que la persona quede conectada, de tal forma que podamos cerrar el caso</li> <li>• En casos de violencia sexual o intrafamiliar, prestar atención al riesgo que tienen las víctimas de convivir con el presunto agresor; evitar la revictimización</li> </ul>	
<p><b>9.CIERRE Y DESPEDIDA</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>QUEDAR CONECTADOS</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>ACCIONES CLAVE</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>LO QUE SÍ DEBE HACER</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center;"><b>LO QUE NO DEBE HACER</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p><b>¿En qué consiste?</b></p> <p>Se debe realizar un cierre de la intervención, entregando una síntesis de la intervención y recordando la red de conexión establecida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar hasta cuándo y dónde vamos a estar</li> <li>• Avisar quién o qué servicio va a continuar con la atención y le ayudará a solventar su necesidad.</li> <li>• Realice psicoeducación: “Todas esas sensaciones que está experimentando son muy comunes después de una experiencia así. La mayoría de las personas que han vivido una situación tan estresante las presentan por días e incluso semanas, pero luego se van yendo. No significan que esté perdiendo la cabeza o que sea débil...”</li> <li>• Despídase <b>POSITIVAMENTE</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentir respecto a su disponibilidad o la posibilidad de que regrese al lugar</li> <li>• Decir que “a partir de ahora todo va a estar bien”</li> <li>• Cobrar por la asistencia brindada</li> </ul>



<p><b>RECUERDE</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"><li>• No abra lo que no puede cerrar” y hacer seguimiento de las acciones propuestas o acuerdos fijados.</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Información tomada de: Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Organización Mundial de la Salud, 2012.

Primeros Auxilios Psicológicos. Guía de operaciones prácticas, segunda edición, National Child Traumatic Stress Network (Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil). National Center for PTSD (Centro Nacional de TEPT)