

PROTOCOLO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL: PREVENCIÓN
DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL MARCO DE LAS ZONAS DE ORIENTACIÓN
UNIVERSITARIA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS, SEDE SAN ANTONIO Y BARCELONA.

YORLY DANIEL ARIAS TAFUR
PAOLA ESTEFANIA CASTRO MARTINEZ
ESTUDIANTES ASPIRANTES DE TRABAJO DE GRADO (EPPS)

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO, META
2017

PROTOCOLO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL: PREVENCIÓN
DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL MARCO DE LAS ZONAS DE ORIENTACIÓN
UNIVERSITARIA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS, SEDE SAN ANTONIO Y BARCELONA.

YORLY DANIEL ARIAS TAFUR
PAOLA ESTEFANIA CASTRO MARTINEZ

ESTUDIANTES PARTICIPANTES EN PROYECCION SOCIAL
ASPIRANTES A PROYECTO DE GRADO QUE OPTAN POR EL TITULO DE
ENFERMERO

ASESORA

MONICA ROSAURA GARCIA BAQUERO

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO, META
2017

PAGINA DE ACEPTACION

Nota de aceptación

CLAUDIA MARIA PINZON GUTIERREZ
Directora de proyección social

MÓNICA ROSAURA GARCÍA BAQUERO BAQUERO
Directora de proyecto

Villavicencio, Noviembre 2017

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. JUSTIFICACION	7
3. OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	10
4. POBLACIÓN OBJETO	10
5. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	10
6. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	12
6.1 GENERALIDADES DE LA SALUD MENTAL	12
6.2 REVISIÓN INVESTIGATIVA	13
7. MARCO JURÍDICO	19
8. MARCO CONCEPTUAL	20
9. MARCO TEÓRICO: NOLA PENDER.	23
10. MARCO NORMATIVO.....	24
11. PLAN DE ACCIÓN.....	26
12. EQUIPO DE TRABAJO.	29
13. DESARROLLO DE ACTIVIDADES	29
14. REFORZAMIENTO DE FACTORES PROTECTORES	30
15. INSTRUMENTOS Y VALORACION DEL RIESGO	30
16. IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO.	31
17. GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS	33
18. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA ...	35
19. EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA	35
20. CUESTIONARIOS Y ESCALAS ESTANDARIZADAS	37
21. SEÑALES DE ALERTA.	38
22. TABLA 3 VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DEL SUICIDIO (44)	39
23. CONTROL DEL RIESGO DE SUICIDIO	40
24. ÁRBOL DE DECISIONES: PAUTAS DE ACTUACIÓN SEGÚN NIVEL DE RIESGO (45).....	42
25. CONTRATO TERAPEUTICO	44
26. CONSTATACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS CON EL PACIENTE	44
27. INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	45

28. PAPEL DEL TERAPEUTA Y RECURSOS EN LA EVALUACIÓN Y CONTROL DEL RIESGO.	46
29. OBJETIVOS Y TÉCNICAS APROPIADAS PARA EL MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA.	47
30. ALCANCES:	49
31. LIMITACIONES	49
32. IMPACTO LOGRADO	49
33. CONCLUSIONES	50
34. RECOMENDACIONES	50
35. ANEXOS	51
36. BIBLIOGRAFÍA	60

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo expone la importancia y necesidad de implementar el protocolo de atención al intento de suicidio en adolescentes, en el marco de la estrategia del Ministerio de Salud y Protección social de las Zonas de Orientación Universitarias (ZOU), que tiene como objeto ofrecer espacios de escucha activa, acompañar y direccionar hacia los servicios de atención, para ejecutar actividades que impacten positivamente la comunidad universitaria.

Este proyecto tiene como intención apoyar la implementación de las ZOU, teniendo en cuenta que la Universidad de los Llanos no cuenta con estos espacios, y que proyecta un gran beneficio al mejoramiento de la calidad de vida y salud mental de los estudiantes, que en su mayoría son adolescentes y tal como se sustenta en este trabajo, esta población etaria está en riesgo por los condicionantes sociales que los rodea.

En la Universidad de los Llanos se cuenta con Bienestar institucional, donde uno de sus componentes es el área de la Salud; según el Ministerio de Salud y Protección social al momento de desarrollar la estrategia de las ZOU es indispensable el apoyo de los jefes de bienestar universitario, y de esta forma lograr mayor participación por parte de la comunidad y obtener mejores resultados.

El profesional de enfermería cumple un papel fundamental en la promoción de la Salud, y la prevención a las afectaciones que puedan concluir en un evento desafortunado, es necesario su rol de líder para la implementar este protocolo y las ZOU, ya que al tener contacto directo con la población objeto logra identificar los problemas y crear un grupo interdisciplinario para plantear soluciones eficaces.

Para la creación del siguiente trabajo se realizó revisión bibliográfica pertinente, datos epidemiológicos sobre el Suicidio y afectaciones de salud mental, referencias en protocolos de atención y definiciones de la terminología relacionada con el suicidio y las ZOU con el fin de recolectar información suficiente, verídica y fundamentada para el desarrollo del protocolo. Se evidencio que no se encuentra a la fecha protocolo establecido en la E.S.E Municipal por lo que se hace urgente esta implementación ya que en el Nivel Nacional el protocolo existe.

Se identifica la oficina del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) como espacio de atención telefónica en el día el cual apoya y brinda información en prevención de suicidio.

Como profesionales en el área de la salud no solo se quiere dar cumplimiento a una necesidad hallada en el entorno universitario, se pretende contribuir en el desarrollo y progreso de la universidad dando cumplimiento a lo estipulado por proyección social según el artículo 6 del acuerdo 021/2002; prácticas y proyectos comunitarios: como un compromiso que asume la universidad de los llanos con la sociedad y la Orinoquia, en busca de la articulación de los conocimientos y situaciones concretas, con el fin de validar los saberes, el desarrollo, competencias profesionales y la atención directa a las necesidades del medio, en cuanto a lo que le compete al sector de planeación y gestión universitaria, se da cumplimiento al diseño y desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento de las actividades institucionales y el desarrollo del bienestar de la comunidad en general.

Para la creación de este protocolo se realizó un proceso continuo de revisión, lectura y búsqueda activa de bibliografía sobre la temática de suicidio, políticas internacionales, nacionales y locales, las cuales fundamentaran las necesidades del protocolo, las fuentes informativas a las cuales se recurrió; a continuación se describen: Universidad de los llanos, libros virtuales, bases de datos, revistas y otras fuentes, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaria de Salud del Meta, Centro Regulador de Urgencias Y Emergencias del Meta. Posteriormente se elaboró la propuesta del protocolo con la información seleccionada y revisada por el equipo de trabajo, por profesionales del área de psicología con experiencia en la promoción de la salud mental.

El protocolo contempla las diferentes categorías de prevención del suicidio, factores de riesgo, síntomas, valoración del riesgo suicida, escalas estandarizadas, la importancia de la intervención y apoyo familiar, consejería y técnicas para el manejo de la ideación suicida, subsecuente a la creación del documento, Se socializo a la población académica en general sobre la existencia del protocolo el cual se adaptó a las necesidades de la población universitaria.

2. JUSTIFICACION

En la actualidad el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las

personas (1), y es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años (2). Colombia ocupa el tercer lugar en mayor número de casos, después de Cuba y Brasil. (1).

Anualmente muchas familias, comunidades y países se ven afectados por los efectos que trae sobre estos, el suicidio de sus allegados; Según la OMS cerca de 804.000 personas se suicida anualmente, y son muchas más las tentativas de suicidio; Estos eventos ocurren en su mayoría en países de ingresos altos y medio, y la tasa es elevada en grupos vulnerables objeto de discriminación, tales como, refugiados, migrantes, indígenas, población gay, bisexuales, transexuales y reclusos; muchos de ellos con intentos previos de suicidio.

En el Estudio Nacional de Salud Mental 2015, los resultados de suicidio en adolescentes colombianos, es de 1.752 adolescentes en edades de 12-17 años, se halló una prevalencia de Ideación suicida en población adolescente de 6.6%, por otra parte el plan suicida tuvo una prevalencia del 1.8%; y el intento de suicidio de 2.5%. La proporción de adolescentes que han intentado suicidarse referente a los que han pensado en hacerlo es del 37.6%. (2).

Estas tasas son significativas puesto a que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) considera al suicidio como un problema de salud pública prevenible, mediante intervenciones oportunas y de bajo costo. Esta prevención implica inicialmente la comprensión de los factores de riesgos relacionados; y medidas como la restricción del acceso a los medios de suicidio (plaguicidas, armas de fuego, medicamentos), información responsable de los medios de comunicación, la implementación de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol, identificación temprana de personas con problemas de salud mental, abuso de sustancias, dolores crónicos y trastornos emocional agudo; capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas; y finalmente el seguimiento de las personas que intentaron suicidarse y prestar apoyo comunitario. (3)

El Instituto Nacional de Salud reportó 545 casos de intentos de suicidio en Marzo de 2016, e indicó que el 37.4% de los casos se debieron a síntomas depresivos, conflictos de pareja, problemas económicos y pérdidas de lazos afectivos; factores de riesgo prevalentes en adolescentes. (4)

En el año 2016, en la Unidad Funcional de Salud Mental, del Hospital departamental de Villavicencio, se realizaron un total de 5.314 consultas médicas de psiquiatría, donde los adolescentes entre 15-25 años de edad fueron el segundo grupo etario con mayor número de consultas (750). El diagnóstico con mayor número de casos fue de trastorno bipolar (916 casos),

seguido por Episodio depresivo (711 casos), Trastorno de ansiedad (481 casos), y trastorno depresivo recurrente (148 casos).

En este mismo año, se realizaron 3.206 consultas médicas de psicología, en la institución y unidad en mención, donde el grupo etario con mayor número de consultas fue entre los 5 y los 14 años (1.889); seguido de los pacientes entre 15 y 25 años (631 casos); y entre los diagnósticos relevantes se encuentran el episodio depresivo (258 casos) y el trastorno depresivo recurrente (85 casos).

En el Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la OMS en 2008, el suicidio es una de las condiciones prioritarias; y los Estados miembros de dicha organización se comprometieron junto con el Plan de acción 2013-2020 a trabajar para disminuir las tasas nacionales de suicidio en un 10%. Este evento debe ser atendido de forma intersectorial para ser efectivo, actores como la sociedad, el personal de salud, las instituciones educativas y los medios de comunicación cumplen un rol fundamental en este proceso.

El Ministerio De Salud Y Protección Social ha venido desarrollando para atender el problema en el marco de la Política Nacional la implementación de las zonas de orientación universitaria (ZOU), con el fin de ofrecer espacios de escucha activa, acompañamiento y canalización hacia los servicios de atención; y así mismo capacitar a los miembros de la comunidad educativa de los temas relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas SPA para desarrollar esta estrategia es necesario el apoyo de los docentes y los jefes de Bienestar Universitario. (5)

Como personal de enfermería, es necesario trabajar en la prevención de estos eventos, e impactar positivamente los factores de riesgos que presenta la población. La realización de este protocolo para la atención ante el intento de suicidio, fortalecerá el proceso de implementación de las ZOU en la Universidad de los Llanos, e irá encaminado a mejorar la calidad de salud mental de los estudiantes, siendo en mayoría población adolescente; evitando las autolesiones, la deserción escolar, fortalecimiento de las relaciones personales y buscando redes de apoyo en el Plan de acción de la Secretaría de Salud Departamental del Meta, puesto que las zonas de orientación universitarias están como indicador del Plan de Gobierno del Departamento.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Generar actividades de promoción y prevención en el área de salud mental, Prevención del Intento de Suicidio con el fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad académica de la universidad de los llanos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un protocolo de actividades encaminadas a la promoción de la salud mental: Prevención del Intento de Suicidio
- Promover la salud mental de los jóvenes, adolescentes y comunidad académica en general.

4. POBLACIÓN OBJETO

Dirigido a la Comunidad Académica: Docentes, Administrativos, estudiantes: adolescentes y jóvenes estudiantes pertenecientes a todas las facultades y/o programas ofrecidos por la Universidad de los Llanos en sus sedes rural y urbana: sede Barcelona y sede San Antonio, respectivamente.

5. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

La Organización Mundial De La Salud (OMS) y la Organización panamericana de la salud (OPS) manifiestan su preocupación por el estado de la salud mental a nivel mundial reconociéndola como una problemática de salud pública, en el primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio “Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global”, publicado en 2014, en este informe se encontró que en el 2012 anualmente, cerca de 804. 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo donde aproximadamente en el mundo entero hay una muerte cada 40 segundos. Además de ello su preocupación es dada ya que el suicidio se ha convertido en la segunda causa principal de defunción en adolescentes en el grupo etario de 15 a 29 años, en cuanto a la relación de incidencias a nivel mundial destacan que en el 2015 el 75% de todos los suicidios se produjeron en países de ingresos bajos y medianos.

En lo que respecta al mecanismo con el cual se quitaron la vida han utilizado la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo.

En cuanto a la razón por la cual las personas y los adolescentes del mundo entero intentan quitarse la vida o por efecto lo hacen mediante el suicidio la OMS manifiesta que los principales factores de riesgo son a nivel social, psicológico y cultural estos pueden vincularse en el individuo para conducirla a un comportamiento suicida.

Algunos de los causales podría ser el difícil acceso a la atención de la salud mental, el sedentarismo, la estigmatización que tiene la sociedad por las personas que buscan ayuda y el consumo de sustancias psicoactivas. dentro de los riesgos que le atribuyen a la sociedad y que tienen a gran afinidad con las problemáticas de violencia en nuestro país los cuales se vinculan directamente con las guerras son el conflicto armado, poca resiliencia a los desastres naturales, el estrés ocasionado por relaciones emocionales conflictivas, la discriminación y la presión laboral, dentro de los factores individuales se hallaron el consumo excesivo de alcohol, trastornos mentales de base, pérdidas de tipo económico o familiar. (6)

La preocupación por salud mental como un problema de salud pública no solo es de importancia para la OMS, en Colombia el Ministerio De Salud Y Protección Social en conjunto con la Universidad Javeriana y Colciencias en el 2015 desarrolló la Encuesta Nacional de Salud Mental, estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal a nivel nacional, donde tomaron como muestra no solo la población del área urbana si no también la población del área rural y clasificaron la población en tres grupos poblacionales niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años, y adultos de 18 años en adelante. Los pilares de este estudio fueron la salud mental, los trastornos mentales, problemas mentales entre otros, en el análisis de los resultados arrojados por este estudio se halló que en el grupo etario de 7 a 11 años el 13,7% sufrió de violencia por movilización del conflicto armado, el 13,1-19,4% tiene problemas con las matemáticas y con la escritura, en el transcurso de vida de los niños el 11,7% sufrió por lo menos un evento traumático, y el 38,6% padecen de un trauma psicológico secundario, y como barrera de la educación el 21,6% tienen problemas de aprendizaje. En los adolescentes del grupo etario de los 12 a los 17 años se halló que aunque la mayoría manifestó tener una buena salud mental, a la valoración del apgar familiar el 31,1% tiene disfunción familiar en su hogar, también se identificó que un 18,3% de los adolescentes sufrieron por culpa de la violencia del conflicto armado. Como dato importante cabe de señalar que aun que en Colombia la ley 124 de 1194 prohíbe el expendio de bebidas embriagantes en menores de edad (7). Se encontró que los menores de edad consumen alcohol en exceso un 5,2%, en abuso un 2,8%, igual mente este grupo también sufrió alguna vez en su vida un evento traumático 29,3%, y como factor agravante el 3,3% tienen un alto riesgo de sufrir un Trastorno De Estrés Postraumático (TEPT).

Dentro del grupo poblacional de adolescentes la prevalencia de conductas suicidas se identificó que un 6,6% de la totalidad de los adolescentes tienen

ideación suicida, el sexo femenino con un mayor porcentaje en un 7,4%, en cuanto el intento de suicidio las mujeres siguen con un mayor porcentaje con un 2,9% y los hombres con un 2,1% del total de adolescentes que han intentado suicidarse (7). Indicador el cual enciende las alarmas de las instituciones promotoras de la salud ya que desde muy temprana edad los niños y adolescentes de la nación tienen factores de riesgo altamente desencadenantes de algún tipo de alteración en la salud mental.

6. REVISIÓN DE LA LITERATURA

6.1 GENERALIDADES DE LA SALUD MENTAL

Todos los seres humanos sin distinción de sexo, raza, religión y cultura etc. Tenemos patrones conductuales de autocuidado los cuales no deben limitarse al cuidado de la salud física y biológica.

Como ser razonable se tiene capacidad de pensar en primera acción y responder oportunamente, de manera lógica y de forma asertiva ante situaciones o actos particulares. No solo se responde con la razón, se está rodeado de otras particularidades como seres biopsicosociales, estamos complementados con emociones, como sentir, desear, luchar, amar, conseguir y compartir con los demás. Por ello las acciones del cuidado de la salud no solo deben ir encaminadas al fomento de la salud física sino también al bienestar y disfrute de la salud mental.

La salud mental se define forma integral y holística como:

“La capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo, el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad” (8)

Una adecuada salud mental es una herramienta fundamental para el goce y disfrute del bienestar no solo físico si no también psicológico garantizando una mejor calidad de vida.

El bienestar mental es una idea positiva que no comprende solo el individuo sus sentimientos intrínsecos, también incluye sus relaciones personales, su vivencia e interacción con los demás, la familia, grupos sociales y comunidad en general.

El conjunto de habilidades que posea el individuo y el bienestar mental que tenga para interactuar de forma asertiva en su entorno le brida la capacidad de ser autónomo, de ir en busca de la felicidad, de amar, de coordinar y manejar su propia vida, de tener sentimientos positivos, crecer, mejorar su autoestima, de trabajar y crear cosas nuevas.

6.2 REVISIÓN INVESTIGATIVA

ARTÍCULO 1: IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS PSICOSOCIAL.

Fecha de publicación: 2010 **Fuente:** Psychosocial Intervention, vol.19 no.3 Madrid, **Plataforma:** Scielo, **Autores:** Juan Carlos Sánchez Sosa, María Elena Villarreal González, Gonzalo Musitu y Belen Martínez Ferrer.

Hallazgos relevantes: El funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima social y, negativamente, con la sintomatología depresiva y los problemas de integración escolar se relacionan positivamente con la sintomatología depresiva y con la victimización escolar, dimensiones estas que tienen una relación directa con la ideación suicida.

La trayectoria especificada y confirmada empíricamente en este estudio que señala a la sintomatología depresiva como la variable que mejor predice la ideación suicida. (9)

ARTÍCULO 2: DEPRESIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR EN SONORA.

Fecha de publicación: Ene/Feb. 2012 **Fuente:** Salud Mental vol.35 no.1 México **Plataforma:** Scielo **Autores:** María José Cubillas Rodríguez, Rosario Román Pérez, Elba Abril Valdez, Ana Lourdes Galaviz Barreras.

Hallazgos relevantes: La depresión aparece en 67.3% de quienes han intentado suicidarse y en 81.1% de quienes manifiestan ideas suicidas. No se presentan diferencias estadísticamente significativas por sexo en jóvenes con ideación e intento de suicidio, pero sí tiende a ser mayor en las mujeres.

En los grupos que no presentan estos comportamientos, las mujeres tienen porcentajes estadísticamente significativos más altos de depresión que los varones.

Los y las jóvenes con depresión tienen un riesgo 16 veces mayor de tener pensamientos suicidas y cinco veces mayor para intentos de suicidio.

La depresión aparece asociada significativamente con los comportamientos suicidas, siendo más frecuentes en las mujeres. (10)

ARTÍCULO 3: LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, COLOMBIA.

Fecha de publicación: Marzo 2014 **Fuente:** Revista cuba ciencias de la Salud **Plataforma:** Scielo **Autores:** Mg. Margarita Estrada Hernández, Sergio Cristancho Marulanda.

Hallazgos relevantes: Los resultados indican que los trastornos mentales (14 %), las adicciones (10 %), la violencia (7 %) y los estudios sobre adolescencia (3 %), son los temas centrales de interés para los participantes. La información que utilizan los investigadores en general es de calidad, pero las fuentes de publicación son muy locales.

Las necesidades de información se centran en temas relacionados con los trastornos mentales y los problemas psicosociales; la Universidad cuenta con una amplia oferta de información especializada, con un nivel importante de desconocimiento por parte de los investigadores. (11)

ARTÍCULO 4: MORTALIDAD POR SUICIDIO EN CHILE: TENDENCIAS EN LOS AÑOS 1998-2011.

Fecha de publicación: Marzo 2014 **Fuente:** Revista médica de Chile **Plataforma:** revista Scielo **Autores:** Tamara Otzen, Antonio Sanhueza, Carlos Manterola, José A. Escamilla-Cejudo.

Hallazgos relevantes: El impacto psicológico y social del suicidio sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos a otras seis personas y si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de ellos.

Históricamente las factores asociados a suicidio son diversos destacando entre otros las enfermedades mentales, el alcoholismo, el abuso de drogas, las enfermedades crónicas, desajustes emocionales y violencia. (12)

ARTÍCULO 5: CONDUCTA SUICIDA ADOLESCENCIA Y RIESGO.

Fecha de publicación: Marzo 2014 **Fuente:** Revista Cubana de Medicina General Integral **Plataforma:** Scielo. **Autores:** Alba Cortés Alfaro.

Hallazgos relevantes: En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

La conducta suicida en los adolescentes constituye un serio problema de salud que debe ser afrontado por los diferentes elementos de la sociedad ya que intervienen factores individuales de la familia y de la comunidad. (13)

ARTÍCULO 6: CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE ANTIOQUIA, COLOMBIA, 2000-2010.

Fecha de publicación: Agosto 2014 **Fuente:** Revista de la Facultad de Medicina **Plataforma:** Universidad Nacional de Colombia **Autores:** Óscar Adolfo Medina-Pérez, Ángel Saúl Díaz-Téllez, Andrés José Rozo-David.

Hallazgos relevantes: Se concluye que en Antioquia, en el periodo 2000-2010 la tasa de suicidios en población adolescente se ubicó en 5.7 muertes por cada 100000 adolescentes.

Se concluye también que más del 50% de las mujeres falleció en un centro hospitalario, y que los meses de mayores prevalencias fueron diciembre, enero, junio y julio.

Existen claras diferencias según el sexo: se presentaron mayores tasas en hombres; según el mecanismo: se notó que ellos prefirieron el ahorcamiento y ellas la ingesta de medicamentos y venenos. (14)

ARTÍCULO 7: EL COMPLEJO ESTIGMA-DISCRIMINACIÓN ASOCIADO A TRASTORNO MENTAL (CEDATM) COMO FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIO.

Fecha de publicación: Dic. 2015 **Fuente:** Revista colombiana de psiquiatría **Plataforma:** Science Direct. **Autores:** Adalberto Campo-Arias, Edwin Herazob.

Hallazgos relevantes: El CEDATM impacta negativamente en la calidad de vida de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales y da cuenta de un número importante de suicidios.

Una primera vía se relaciona con el estigma percibido, que se configura como barrera de acceso a servicios y acciones en salud mental, y una segunda ruta que incluye comportamientos autolesivos repetidos que reducen la autoestima e incrementan el estrés percibido. Se necesitan investigaciones que profundicen en el conocimiento de esta asociación. (15)

ARTÍCULO 8: EFECTIVIDAD DE LOS TALLERES DE AUTOESTIMA EN LA PREVENCIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES.

Fecha de publicación: 2016 **Fuente:** SUNEDU Superintendencia nacional de educación superior universitaria **Plataforma:** Registro nacional de trabajos de investigación **Autores:** Espinal Condor, Zoila Sonia.

Hallazgos relevantes: Se evidenció que la aplicación de los talleres para la autoestima, favorecen a prevenir el intento de suicidio en adolescentes. Es importante aumentar las intervenciones y estudios de esta índole, teniendo en cuenta que el suicidio se constituye en un importante problema de salud pública aprovechando los espacios académicos en colegios y escuelas para crear una estrategia efectiva en la prevención de intento de suicidio en adolescentes es necesario capacitar a los educadores y padres de familia en la identificación de factores de riesgo. (16)

ARTÍCULO 9: INVESTIGACIONES SOBRE IDEACIÓN SUICIDA EN COLOMBIA, 2010-2016.

Fecha de publicación: Noviembre de 2016 **Fuente:** Revista Universidad Cooperativa de Colombia **Plataforma:** Pensando psicología **Autores:** Jenny Salamanca Camargo, Elsa Fernanda Siabato Macías.

Hallazgos relevantes: Se encontró un total de 22 artículos en los que se aborda el tema de la ideación suicida de manera independiente o relacionándola con otro tipo de variables.

En cuanto a los campos disciplinares y profesionales en los que se pueden clasificar dichos estudios, se encuentra, en primer lugar, la psicología clínica con un 63%, seguido de la psicología social y la medición y evaluación, en un porcentaje del 14%, respectivamente

Resulta interesante analizar el bajo número de publicaciones encontradas durante los últimos cinco años en relación con la ideación suicida, más aún cuando se ha referido que el suicidio es uno de los problemas más reportados en las estadísticas de salud mental.(17)

ARTÍCULO 10: FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES.

Fecha de publicación: 2012 **Fuente:** Revista Neuropsiquiatra **Autores:** Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra.

Hallazgos relevantes: El suicidio en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública.

Factores asociados con la conducta suicida incluyen factores individuales, familiares y sociales.

El estrés puede incluir factores tales como un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales.

Los factores encontrados que podrían tener particularmente un fuerte efecto protector contra fenómenos suicidas serían: buena comunicación con miembros de la familia y la participación en actividades familiares. (18)

ARTÍCULO 11: SOLEDAD, IMPULSIVIDAD, CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES.

Fecha de publicación: 2013 **Fuente:** Revista médica Chile vol.141 no.4 **Plataforma:** Scielo **Autores:** Lilian Salvo G, Andrea Castro S.

Hallazgos relevantes: Los resultados de este estudio revelan que en los últimos doce meses 19,1% de los adolescentes estudiados había intentado suicidarse y 34,3% había presentado ideas suicidas de riesgo.

Se evidenció que las adolescentes de género femenino presentaron puntajes significativamente superiores en suicidalidad y soledad en comparación con los adolescentes masculinos. En cambio, estos últimos obtuvieron puntajes significativamente mayores en consumo de alcohol en comparación con las mujeres.

Los adolescentes con mayor soledad, más impulsivos y con mayor consumo de alcohol presentan más suicidalidad. Detectar y abordar las variables estudiadas podría ayudar a prevenir ideas e intentos suicidas. (19)

ARTÍCULO 12: PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE: ROL DE FAMILIA

Fecha de publicación: 2013 **Fuente:** Index Enferm vol.22 no.1-2
Plataforma: Scielo **Autores:** María Teresa Valenzuela Mujica, Ana María Ibarra R., Tamara Zubarew G., M. Loreto Correa.

Hallazgos relevantes: Las conductas de riesgo son causa de morbimortalidad en el adolescente. El estilo parental de crianza incide en su aparición, observándose disminución cuando hay apoyo, comunicación y monitoreo, en contraste con el rechazo, desvinculación y control intrusivo asociado a la presencia de conducta antisocial.

Es vital realizar prevención temprana de conductas de riesgo adolescente a través de programas de apoyo parental con énfasis en los estilos de crianza. El éxito de estos dependerá del trabajo colaborativo entre el profesional de la salud, profesor, adolescente y familia. (20)

ARTÍCULO 13: INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES, UN PROBLEMA DE SALUD EN LA COMUNIDAD.

Fecha de publicación: 2014 **Fuente:** Revista cuba investigación biomédica.
Autores: Janitzia Pérez Collado, Dra. Tania Pérez Collado, Dra. Martha Azcuy Collado, Grisell Mirabal Martínez.

Hallazgos relevantes: Hubo una mayor incidencia de intentos suicidas en adolescentes de 15 años; intentaron suicidarse más las mujeres que los hombres, y se constató una procedencia mayor de pacientes de áreas urbanas que de áreas rurales.

Predominaron los intentos suicidas clasificados como serios, así como los de gravedad moderada. La mayoría de los adolescentes intentaron suicidarse mediante la ingestión de fármacos. No se comprobaron antecedentes previos de suicidio en la mayoría de los pacientes estudiados. (21)

ARTÍCULO 14: COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INTENTOS DE SUICIDIO Y EN SUS FAMILIARES.

Fecha de publicación: 2012 **Fuente:** Revista médica. Chile vol.140 no.11 **Plataforma:** Scielo **Autores:** Mónica Edith Bella.

Hallazgos relevantes: Los comportamientos suicidas de los niños/adolescentes del grupo etario estudiado son complejos y responden a la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales como los detectados en este estudio, en el que se encontró además de trastornos psicopatológicos y comportamientos suicidas previos una mayor prevalencia de comportamientos violentos (maltrato, violencia con pares, abuso sexual) y uso de sustancias, tanto en los niños/adolescentes como en los familiares.

Los comportamientos suicidas son un motivo de preocupación para orientar el cuidado de la salud de los más jóvenes y las medidas de prevención en su mayor parte han estado dirigidas al diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos psicopatológicos infantojuveniles. (22)

ARTÍCULO 15: DEPRESIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR EN SONORA.

Fecha de publicación: 2012 **Fuente:** Salud Ment vol.35 no.1 México **Plataforma:** Scielo **Autores:** María José Cubillas Rodríguez, Rosario Román Pérez, Elba Abril Valdez, Ana Lourdes Galaviz Barreras.

Hallazgos relevantes: La depresión aparece en 67.3% de quienes han intentado suicidarse y en 81.1% de quienes manifiestan ideas suicidas.

Los y las jóvenes con depresión tienen un riesgo 16 veces mayor de tener pensamientos suicidas y cinco veces mayor para intentos de suicidio.

Es importante abordar el tema de la depresión y los comportamientos suicidas desde una perspectiva de género e interdisciplinaria. (23)

7. MARCO JURÍDICO

La salud como derecho fundamental: la constitución política colombiana y la ley estatutaria establece como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección que comprenden el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud(24).

Es obligación del estado: Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales. (24).

Política pública en salud: establece que se debe garantizar los componentes esenciales del derecho a la salud, afectando de manera positiva los determinantes sociales. Basados en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación (24).

Salud mental en Colombia: la normatividad establece garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental (25).

- **Promoción de la salud mental:** La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano (25).
- **Prevención Primaria del trastorno mental:** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos (25).

8. MARCO CONCEPTUAL

PROTOCOLO: Conjunto de actividades y procedimientos a realizar relacionados con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes (26)

ADOLESCENCIA: Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. (12).

ADULTO JOVEN: Según la OMS, a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad y corresponde con la consolidación del rol social (24). Es la etapa de vida en que se inicia a asumir responsabilidades sociales y familiares. Inicia el desarrollo de su proyecto de vida. Puede ser económicamente dependiente o no. (25)

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud. (28)

SALUD MENTAL: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (29)

DESEO DE MORIR: Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y es puerta de entrada a la ideación suicida (30)

GESTO SUICIDA: Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará. (30)

IDEA SUICIDA SIN UN MÉTODO DETERMINADO: Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo. (30)

IDEACIÓN SUICIDA: Pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente. (30).

AMENAZA SUICIDA: Es dar a entender con palabras sobre una acción suicida que se realizará. (30)

ACTO SUICIDA: Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos (30)

REPRESENTACIÓN SUICIDA: Consistente en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo imaginarse ahorcado, etc.). (30)

PLANEAMIENTO DEL SUICIDIO: Cómo, dónde y cuándo llevar adelante la conducta de autodestrucción (con qué elementos-arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, las vías del tren, etc.), el lugar y hasta a veces el día elegido. (30)

CONDUCTA SUICIDA: Todo comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesivo y autoinfligido con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte. (30)

INTENTO DE SUICIDIO: También llamado: parasuicidio, tentativa de suicidio, autoeliminación o autolesión intencionada. Conducta potencialmente lesiva, auto infligida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir. Forman parte del parasuicidio y el auto-laceración (como cortes en las muñecas), los auto-envenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras (30).

SUICIDIO: Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil. (OMS, 1967) (31).

SUICIDIO CONSUMADO: Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte (30).

SUICIDIO FRUSTRADO: Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista, como la acción de un agente accidental e imprevisible, que impide la consumación de la muerte del sujeto (30).

PLAN DE ACCION: Un plan de acción es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo

específicos, utilizando un monto de recursos asignado con el fin de lograr un objetivo dado (32).

ZONAS DE ORIENTACION UNIVERSITARIA (ZOU): Son espacios ubicados en las instituciones educativas, donde se ofrecen servicios de orientación, escucha activa, acompañamiento y canalización hacia los servicios de atención, así mismo se generan procesos de formación y capacitación a los miembros de la comunidad educativa en temas relacionados con el consumo de SPA. Estas zonas involucran actores pertenecientes a la comunidad educativa, a las redes institucionales y los miembros de la comunidad local que la rodea (30).

DEPRESIÓN: es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (41).

9. MARCO TEÓRICO: NOLA PENDER.

La creación de este proyecto está encaminado en aras del modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad establecido por Nola Pender que tiene como objetivo desarrollar el rol de enfermería en pro de optimizar la salud del individuo.

Como profesionales en nuestra área se crea este protocolo y proyecto con la intención de identificar en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas preventivas para la salud; de igual manera mediante estrategias educativas dirigidas en equipo de trabajo se identificarán conductas perjudiciales para la salud mental como lo es la ideación suicida, las conductas depresivas y autolesivas, generadas por los factores desencadenantes de alteraciones mentales; el estrés, la depresión, consumo de alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas, la falta de apoyo social, poca resiliencia y poca adaptabilidad entre otros. Teniendo en cuenta que el individuo toma decisiones sobre el cuidado de su propia salud como lo establece la teoría.

De igual manera se identificarán y se reforzarán los factores protectores y las conductas promotoras de su propia salud que posea el individuo y la comunidad en general, con el fin de que sean una herramienta que facilite los hábitos de vida saludables y las habilidades aplicadas en el desarrollo de su vida, dando cumplimiento así a los metaparadigmas establecidos por la teorista; persona, salud, entorno y enfermería (33).

10. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO
Ley estatutaria 1751 /2015 – la salud como derecho fundamental	Objeto: La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (24).
Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013 – 2020	Objetivos: “Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental”. - “Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental”. (24)
Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021	Busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. (35)
Ley 1616 de 2013	"Primera Ley en Salud Mental en Colombia". La cual vela por una Atención Integral en Salud Mental a la Población Colombiana (niños, niñas y adolescentes) y la Prevención de trastornos mentales, evidenciados especialmente en: Título III. Artículo 7, 8. Capítulo 5. Artículo 23,24 y 25. (25)
Ley 1438 de 2011	Atención Primaria en Salud (APS), es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (36).

Resolución 412/2000	La actualización de la Guía de detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años, originando una herramienta que permite la atención integral de la población joven del país. Debe identificar, clasificar e intervenir en factores de riesgo relacionados con el comportamiento y el medio ambiente.(37)
Plan de desarrollo del Meta 2016/2019 - estrategias para la reducción de mortalidad por trastornos mentales.	PROGRAMA 3: Convivencia social y salud mental para el desarrollo humano en el meta Se promoverán estrategias con enfoque de género y diferencial dirigidas a la prevención, promoción, detección temprana y atención de los trastornos y/o enfermedades mentales; la vigilancia de los eventos de interés en salud mental; así como la atención integral en salud mental a las víctimas del conflicto armado. Todo esto con el objeto de contribuir al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida. Subprograma 1: El meta con cultura de convivencia y humanización en salud mental El gobierno departamental busca garantizar las acciones intersectoriales y comunitarias para proporcionar el disfrute de la vida cotidiana desde el respeto y la solidaridad, desarrollando estrategias que fomenten entornos protectores para la convivencia social y la intervención necesaria de manera positiva a los determinantes de la salud mental, para mejorar y mantener la calidad de vida de la población (38).

11. PLAN DE ACCIÓN

A continuación plan de acción con las actividades desarrolladas, se especifica tiempo, lugar y recursos que se requirieron para su desarrollo.

FASE	INDICADORES	ACTIVIDAD	TIEMPO	LUGAR	RECURSOS
PREPARACION	SELECCIÓN DEL TEMA	Temas propuestos que se realizaron: promoción de la salud mental y la prevención del intento de suicidio.	<u>2 días</u>	Universidad de los Llanos – sede san Antonio	Recurso humano – 2 estudiantes de enfermería y docente
	FORMACION DEL GRUPO DE TRABAJO	Se formó por dos estudiantes de último semestre de Enfermería, los cuales en trabajo en equipo con docentes y profesionales en psicología lograron creación del protocolo como opción de grado.	<u>2 días</u>	Universidad de los Llanos – sede san Antonio	Recurso humano
	ELABORACION PLAN DE TRABAJO	Se llevaron a cabo encuentros de los estudiantes y en compañía de la docente y en mutuo acuerdo se desarrolló el plan de actividades programado.	<u>30 días</u>	Universidad de los Llanos – sede san Antonio	Recurso humano y recurso físico

ELABORACION DE LA PROPUESTA	BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA	Se realizó búsqueda activa bibliográfica en fuentes informativas de la Universidad de los Llanos; libros virtuales y otras fuentes, La búsqueda de información bibliográfica se hizo a través de revisión y selección de páginas web y bases bibliográficas confiables. Se continuó con la selección de fuentes informativas y bibliográficas; artículos de investigación, guías de atención en salud mental, protocolos etc. Para la sustentación y creación del protocolo. Se realizaron visitas a fuentes informativas, alcaldía, centros de salud o programas que brindan servicios a fines con la salud mental del municipio Villavicencio, con el fin de ir en búsqueda de protocolos establecidos en dichas instituciones para la atención en alteraciones mentales y promoción de la salud mental. Se realizaron visitas a la Secretaria de Salud Departamental dependencia del eje Salud mental y convivencia social ubicados en el barrio barzal alto de la ciudad. De igual forma se realizaron visitas al (CRUE) Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Departamento del Meta, con el fin de conocer la	<u>7 días</u> 14 días 8 días 30 días	Universidad de los Llanos – sede san Antonio ESE municipal de Villavicencio, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Departamento.	Computador, internet, medio de transporte, disponibilidad de tiempo.
---	-----------------------------------	---	--	--	---

		ruta atención de la línea amiga de atención en salud mental del municipio de Villavicencio.			
		Se solicitaron a los jefes coordinadores asesorías referente al sistema de atención.			
	LECTURA CRITICA Y SELECCIÓN DEL MATERIAL OBTENIDO	Se realizó priorización de las necesidades del protocolo con el fin de dar cumplimiento a los objetivos ya propuestos en compañía con la docente para su posterior análisis e interpretación.	3 semanas		Computador, internet, disponibilidad de tiempo
	REDACCION DEL DOCUMENTO	Elaboración del protocolo: adaptado y tomado de las referencias bibliográficas obtenidas, documento él fue asesorado por la docente asesora y profesional en psicología.	6 Semanas	Universidad de los Llanos: Sede Barcelona y San Antonio.	Disponibilidad de tiempo
SUSTENTACIÓN Y REVISIÓN	ESTUDIO PERTINENTE DEL DOCUMENTO	El documento entrara en estudio por parte la asesora y del equipo de proyección social, antes de su publicación.	3 semanas	Universidad de los llanos sede san Antonio	
	SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO	Se dio educación sobre promoción de la salud mental e información y divulgación sobre el protocolo a la comunidad académica en general en ambas sedes de la Universidad. A la fecha se está realizando actividades de IEC Información, educación, comunicación.	5 semanas	Universidad de los llanos sede san Antonio	Resma de papel, impresora, Tinta, computador, disponibilidad de tiempo.

12. EQUIPO DE TRABAJO.

Se desarrolló el proyecto en un trabajo conjunto entre los dos estudiantes de último semestre del programa de enfermería de la Universidad de los Llanos y la previa asesoría y acompañamiento de la docente Mónica García Baquero.

- Oficina de Bienestar Universitario: Coordinador
- Enfermera Profesional con experiencia en Atención primaria en salud, trabajo comunitario, salud mental y manejo de adolescentes familia.
- Psicólogo con experiencia en manejo de programas de salud mental.

13. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Las siguientes actividades a desarrollar fueron tomadas del Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida, Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Las actividades fueron adaptadas y aterrizadas al protocolo para suplir las necesidades que requiere La Universidad De Los Llanos.

PREVENCIÓN UNIVERSAL

Proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promuevan en bienestar de las personas. No sólo se centra en lo negativo, sino que se centra en el bienestar, en crear bienestar y entornos saludables. Y crear en las personas habilidades para que consigan bienestar.

PREVENCIÓN PRIMARIA: busca reducir la incidencia en brechas de salud mental. Todavía no ha aparecido un problema y queremos evitar que aparezca.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: busca reducir la prevalencia de una brecha en salud mental. Esto quiere decir acortar la duración del problema. Se interviene en las primeras fases para que no se agrave.

PREVENCIÓN TERCIARIA: busca reducir las secuelas y las consecuencias más negativas del problema. Una vez que el problema ha aparecido y además se ha desarrollado se busca reducir secuelas. (42)

14. REFORZAMIENTO DE FACTORES PROTECTORES

- Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- Realizar actividades como talleres participativos en donde los jóvenes y adolescentes se envuelvan en el tema de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, promoción de la salud mental y habilidades para la vida.
- Entregar material educativo con ítems para el buen uso del tiempo libre.
- Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos.
- Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (por ejemplo, en el cuidado de parientes enfermos, de rendimiento escolar);
- Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista).
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse).
- Experiencias de auto/eficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo, y auto concepto positivo.
- Actitud proactiva frente a situaciones estresantes.
- Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia valórica).
- Fomentar los vínculos de respeto mutuo.
- Establecer reglas morales y de convivencia.
- Establecer las normas con criterios compartidos y por medio de consenso (49).

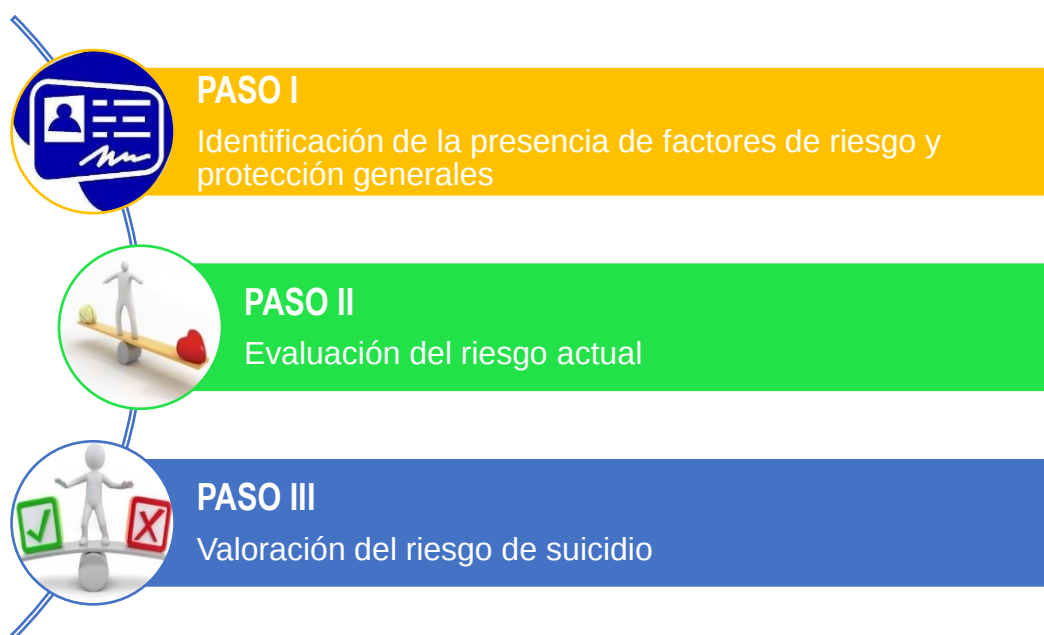
15. INSTRUMENTOS Y VALORACION DEL RIESGO

La detección de pensamientos o ideas suicidas sean cuales sean deben tomarse en cualquier caso en serio. La evaluación de estas ideas, a diferencia de otras problemáticas, requiere en muchos casos se deben intervenir inmediatamente debido a la posibilidad que la persona pueda llevar sus ideas suicidas a cabo.

Durante la exploración inicial, los profesionales de la salud han de aclarar y confrontar las ideas que existen sobre el suicidio en la persona.

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual, evaluación que se debe hacer en todos sus sistemas como ser biopsicosocial. Cada uno de los pasos que se seguirán durante la evaluación se desarrollará con detalle en los siguientes pasos. (43)

Esquema de pasos para la evaluación del riesgo de suicidio:



Autoría Propia.

16. IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO.

Al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número factores concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio. (44)

TABLA 1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE UNA CONDUCTA SUICIDA

- Depresión
- Alcoholismo
- Adicción a sustancias
- Psicosis
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones
- Aislamiento
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento)
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia
- Trauma reciente (físico o psicológico)
- Plan específico de suicidio formulado
- Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo
- Exhibir una o más emociones negativas intensas poco características
- Preocupación por abuso pasado

FUENTE: Marta de la Torre Martí, Protocolo Para La Detección Y Manejo Inicial de la Ideación Suicida, Guía Desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (45).

17. GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

TABLA 2. GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Autoría Propia

DIMENSIONES ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	NIVEL BAJO – MODERADO	NIVEL SEVERO	NIVEL GRAVE
Estado de ánimo general	Triste, melancólico	Llanto frecuente	Profunda desesperación
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, productividad reducida	Rechaza cualquier actividad de divertimento y muy pocas actividades obligatorias
Rechazo social	Descuida quedar con amigos y actividades sociales	Evita activamente contacto social	No responde al entorno social
Desesperanza	Se pregunta si es posible una mejora	Se muestra bastante pesimista sobre el futuro	No ve futuro para sí mismo, con los otros, en el mundo, etc.
Problemas de sueño	Dificultades para dormir, descansar, se levanta	Se levanta pronto por la madrugada y no se puede volver a dormir	Apenas duerme
Lentitud	Pensamiento, discurso, actividad lenta y falta de energía	Apatía	Completo estupor
Cambios en el apetito	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer o incrementa notablemente su peso

Síntomas físicos	Indigestión, gases, pesadez, etc.	Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración	Síntomas físicos muy intensos e interferentes con su vida
Plano sexual	Pérdida de interés en el sexo	Problemas menstruales, disfunciones sexuales	Problemas menstruales, y sexuales muy intensos e interferentes con su vida
Cambios en estado de ánimo	Mismo estado de ánimo durante el día, pero cambiante entre días	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y pobre concentración	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y nula concentración
Concentración /plano cognitivo	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc.	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc. y deja de hacerlo	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización
Preocupación por la salud	Preocupaciones leves y espontáneas sobre la salud	Preocupación por la salud frecuente	Conductas hipocondríacas y delirios
Culpa	Autoreproches	Percibe depresión como castigo	Delirios de culpa
Ansiedad	Inquieto, tenso, irritable	Miedoso, preocupado, preocupaciones sobre aspectos triviales	Muy agitado

Esta tabla permite relacionar los principales aspectos de sintomatología depresiva en función de tres niveles de gravedad (bajo-moderado, severo, grave). La categoría de gravedad más veces señalada determinará el estado de ánimo general del paciente, la tabla fue adaptada de Palmer, Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (45).

18. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

Los instrumentos de evaluación tienen por objetivo determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse en un comportamiento dañino. (45)

ENTREVISTA

La entrevista es una fuente de información principal y específica proporcionada por el paciente. Es importante que las preguntas dirigidas al paciente u entrevistado exploren la presencia de problemas psicológicos o psiquiátricos, posibles intentos suicidas previos y, especialmente, ideación suicida.

Las preguntas de dicha entrevista deben ser concisas y no se debe dar por terminada la entrevista hasta que todas sus preguntas estén suficientemente aclaradas.

La intención de la entrevista es obtener la información necesaria que permita dirigir una actuación posterior.

En lo posible se debe contar con un consentimiento informado para recoger información de otras personas cercanas como familiares, amigos, especialistas en psiquiatría, trabajadores sociales, etc. Las personas del entorno del paciente, aportarán información muy valiosa para completar la evaluación de la ideación o conducta suicida lo cual nos da más fundamentos para planificar una intervención (30).

19. EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

CONCEPTOS BÁSICOS.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS/PSICOLÓGICOS: presencia de sintomatología relacionada con cambios en el estado de ánimo (depresión/bipolaridad), trastornos de personalidad, consumo de sustancias (especialmente alcohol), presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad del paciente (puede hacer que la experiencia depresiva y de desesperanza sea intolerable) (30).

INTENTOS SUICIDAS/AUTOLESIVOS PREVIOS: número de veces que ha intentado cualquier tipo de conducta suicida y la severidad de los mismos.

IDEACIÓN SUICIDA: construcción cognitiva que el paciente haya realizado en torno al acto suicida para aclararnos hasta qué punto corre riesgo su vida. Se presentan en las siguientes líneas las principales fases y ejemplos de preguntas del terapeuta que se deben realizar en relación a los pensamientos suicidas o los intentos suicidas cuando sospechamos o detectamos riesgo de suicidio. (45)

IDENTIFICACIÓN DE UNA SITUACIÓN ESPECÍFICA

Lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una situación específica que el sujeto haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante.

- *¿Cómo piensa resolver su situación/ o la situación que me ha descrito?
¿ha pensado en suicidarse?*

Conviene en cualquier caso indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos así como interferencia en la vida del paciente (45).

POSIBLE PLANIFICACIÓN SUICIDA

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la posible planificación de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos:

- Método
- Circunstancia
- Lugar
- Motivo Principal

MÉTODO: El método suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente.

CIRCUNSTANCIA: La circunstancia o día concreto. Por ejemplo puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc.

LUGAR: Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...).

MOTIVO PRINCIPAL: El motivo principal para hacerlo (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida.

DESESPERANZA: La evaluación de la desesperanza y mantenimiento de planes sobre el futuro. Conviene tener cuidado de no confirmar al paciente esta idea por muy negativa que sea su situación.

CULPA: La evaluación de las ideas/sentimiento de culpa. Sobre todo los pacientes depresivos suelen atribuirse las desgracias actuales y futuras de todos sus seres queridos y pueden considerar que estarían mejor sin él.

APOYOS SOCIALES: La evaluación de los apoyos sociales reales y percibidos. Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas del sujeto o hablar de ello.

VALORES, CREENCIAS Y FACTORES DE PROTECCIÓN: la evaluación de los valores, creencias y factores de protección (45).

20. CUESTIONARIOS Y ESCALAS ESTANDARIZADAS

La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes rápidamente. Algunos instrumentos útiles relacionados con suicidio son (46):

La Escala de Desesperanza de Beck (BHS)
(Beck y cols, 1974)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)
(Beck y Steer, 1987)

Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS)

(Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001)

The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

(Montgomery y Åsberg, 1979)

Escala de Intención Suicida (SIS)

(Beck, Kovacs y Weissman, 1979)

Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)

(Ruiz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández y Rodríguez González, 2006)

La Escala de Riesgo Suicida

(Plutchik, 1989)

21. SEÑALES DE ALERTA.

- 1) **Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse**, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no vale la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”.
- 2) **Piensa a menudo en el suicidio** y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.
- 3) **Amenaza o se lo comenta a personas cercanas**, lo cual se podría entender como una petición de ayuda.
- 4) **Lleva a cabos preparativos de despedida**, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.
- 5) **Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo**. Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.
- 6) **Pierde interés** por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por

ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.

7) **Cambios repentinos de ánimo felicidad vs tristeza**, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.

8) **Busca información de autolesionarse.** (45).

22. TABLA 3 VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DEL SUICIDIO (44)

- Si cumple con seis o más factores de riesgo principales	
---	--

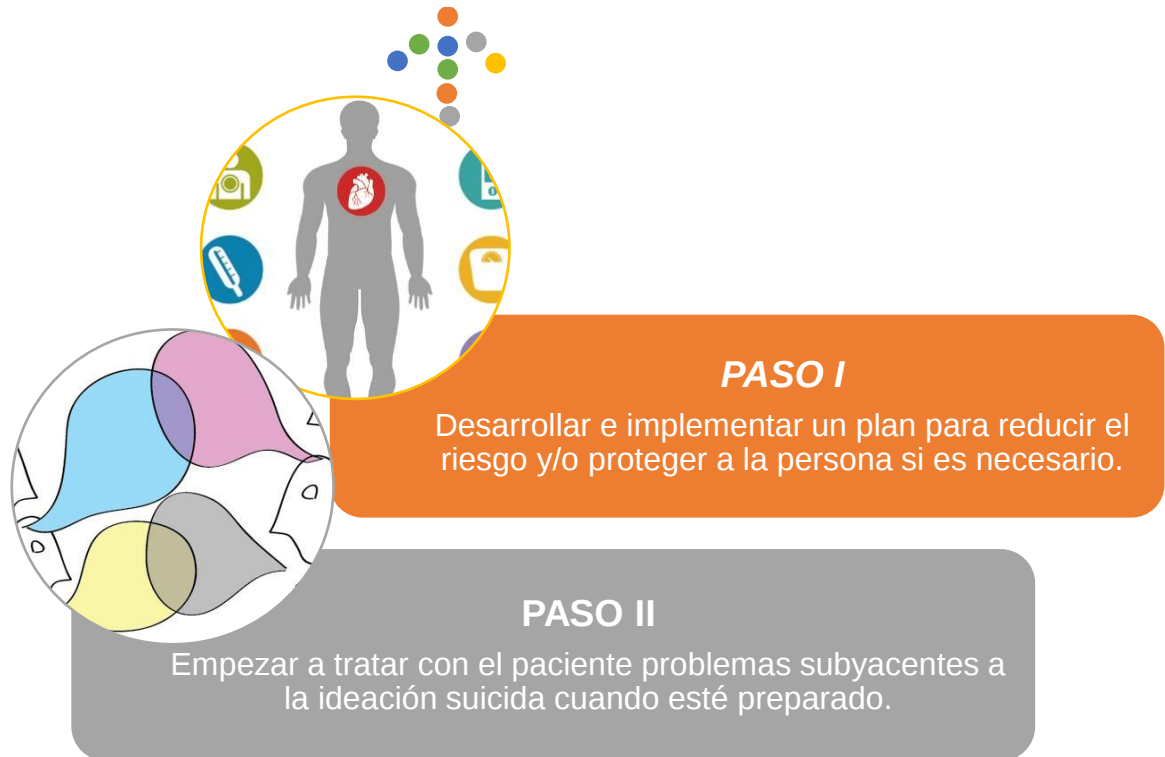
- Cualquier caso con planificación suicida y método específico - Si estado de ánimo depresivo “grave”.	RIESGO ALTO (4)
- Si cumple menos de seis factores de riesgo - Cualquier caso con planificación suicida sin método específico - Si estado de ánimo depresivo “severo”	RIESGO MEDIO (2)
- Si cumple un factor de riesgo - No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden - Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo “bajo-moderado”	RIESGO BAJO (1)
- Si no presenta ningún factor de riesgo - No hay planificación suicida - Aparecen como máximo dos o tres síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo “bajo-moderado”	SIN RIESGO (0)

23. CONTROL DEL RIESGO DE SUICIDIO

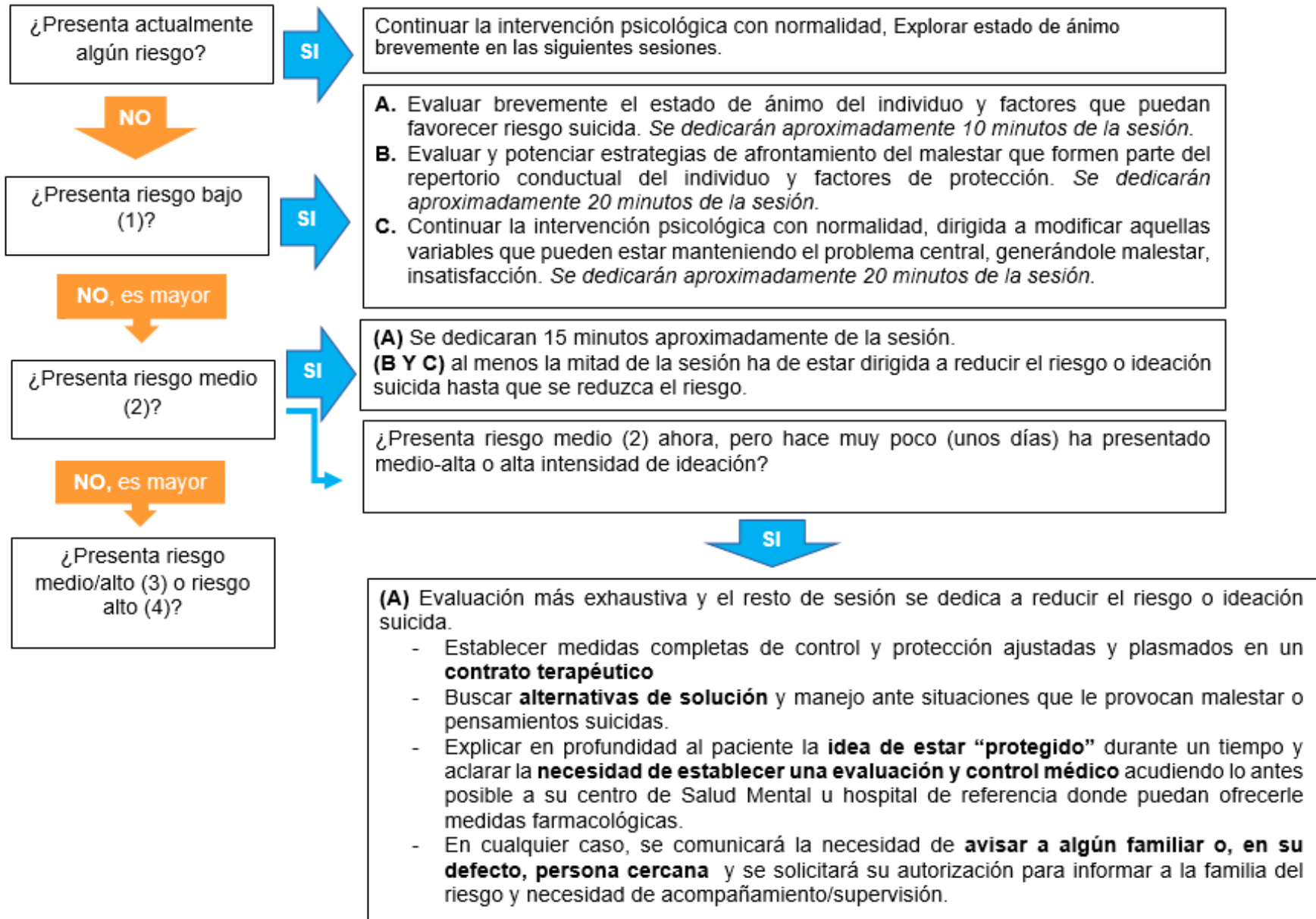
Cuando se confirma la presencia de una ideación suicida y cierto nivel de riesgo es de gran importancia asegurar la supervivencia del paciente y

prevenir que tales pensamientos se materialicen en una conducta autolesiva o intento de suicidio. Esto implica reducir la posible impulsividad en la acción suicida (42).

Pasos para el control del riesgo de suicidio y reducción de la ideación:



24. ÁRBOL DE DECISIONES: PAUTAS DE ACTUACIÓN SEGÚN NIVEL DE RIESGO (45).



Ponerse en contacto con la familia durante la sesión o al terminar esta para:

- Informar brevemente de la situación de su familiar.
- Pedir colaboración de apoyo y protección ante cualquier riesgo accesible, supervisión y aseguración.

Si hay probabilidad de suicidio inminente, es imprescindible que acudan a recogerle y le acompañen de forma inmediata a un centro sanitario para la evaluación psiquiátrica y determinación de control farmacológico ambulatorio u hospitalización.

SI

¿Da su consentimiento para avisar a la familia?

NO

Argumentar la “desprotección” que manifiesta y convencerlo para acudir, preferiblemente acompañado, a los servicios médicos. Se explicará que eso conllevará la imposibilidad de continuar el tratamiento hasta que se establezca control médico y familiar.

Si hay probabilidad de suicidio inminente, se debe informar de la necesidad de llamar a uno de los dispositivos de urgencias existentes para que acudan a recogerlo y lo trasladen a un centro sanitario adecuado.

25. CONTRATO TERAPEUTICO

En el momento en el que se presente un nivel de riesgo medio - alto (3) o más (4), conviene pactar con el paciente un compromiso a no realizar ningún intento de suicidio o autolesión mediante un “contrato terapéutico”.

Este contrato ha de especificar que no va a intentar hacerse daño o suicidarse en el tiempo pactado, el compromiso a acudir a la siguiente sesión y que en caso de aparecer pensamientos suicidas con cierta intensidad contacte con las personas especificadas (familia, llamar a urgencias, en casos muy puntuales contactar con el terapeuta).

Es de vital importancia reforzar su cumplimiento, transmitir esperanza y confianza, así como la importancia de seguimiento especializado, médico y psicológico. Si se considera necesario se les ha de recordar los teléfonos de emergencia o ayuda como un recurso más al que poder acudir (45).

Vea un ejemplo de contrato terapéutico (anexo 3.0).

26. CONSTATACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS CON EL PACIENTE

Es de gran importancia dejar constancia por escrito por la propia protección legal del profesional o terapeuta, ya que si el paciente o familia no cumple las indicaciones terapéuticas y ocurre el acto suicida, es posible que la familia desvíe hacia nosotros la responsabilidad de lo ocurrido. Es bueno la recolección de la firma para evitar un posible problema legal, sino también es muy recomendable la firma con el objetivo de ayudarles a tomar conciencia del riesgo que existe y adopten tales medidas (45).

Yo..... he sido informado/a por: De la necesidad inmediata de acudir al hospital o centro de salud mental, debido al riesgo que presento para autolesionarme con finalidad de muerte. Entiendo los términos de la información que he recibido y asumo toda la responsabilidad de no seguir las indicaciones que me han dado.

27. INTERVENCIÓN FAMILIAR

La familia es una gran herramienta de ayuda para evitar que el paciente permanezca solo o aislado, también es una herramienta para evitar que el paciente tenga acceso o consumo de sustancias psicoactivas, tóxicas o farmacológicas, como también ayudan a identificar ideaciones o planificaciones de actos suicidas, además de ello la familia propicia un cálido entorno afectivo y apoyo emocional. El terapeuta debe ser claro y propiciar la información pertinente a la familia, enfatizando en que ellos son una fuente de ayuda y de esta manera deben involucrarse en la protección del paciente. La función del terapeuta es explicar claramente a los familiares cuál debe ser su papel (48).

Esta explicación se puede resumir en los siguientes puntos:

- No juzgarle. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
- Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
- No entrar en pánico.
- Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, nuestro familiar está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto (por ejemplo “Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”).
- Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor.
- Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y discutir alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
- Estar atento a las señales de alarma.

Cabe tener en cuenta que cuanto mayor sea el riesgo, mayor es la necesidad de involucrar a otros profesionales y personas cercanas. En los casos que sea conveniente, se le ha de plantear y facilitar el contacto con otras personas y comentarles su situación (familiares, pareja, amigo, vecino...). ya que en la medida que aumentemos la posibilidad de expresar su estado emocional puede reducirse desesperanza y aislamiento y recibir una visión más realista y ajustada de la situación, de él mismo y sus circunstancias, así como protección, cuidado y afecto (49).

28. PAPEL DEL TERAPEUTA Y RECURSOS EN LA EVALUACIÓN Y CONTROL DEL RIESGO.

- a) Para la evaluación y control del suicidio es un proceso complejo y puede ser un desafío para las habilidades del profesional. Este ha de conseguir facilitar una adecuada y rápida alianza, aliviar la angustia o tensión, reducir la posibilidad de que el paciente se culpe o actúe impulsivamente.
- b) Se recomienda que el terapeuta sea capaz de:
- c) Plantearse si está capacitado para desarrollar una adecuada evaluación del paciente con ideación suicida, y derivar o pedir supervisión si lo precisa.
- d) Hablar abiertamente de la idea de cometer suicidio y mostrar seguridad de saber manejar la situación.
- e) Mostrar empatía y comprensión sobre la experiencia del individuo. El mensaje que se pretende dejar ha de ser similar a “no estás solo, estoy totalmente comprometido en ayudarte a superar su situación”. Esto implica evitar juzgar o criticar su manera de pensar o actuar, descalificarle, tratar de convencer, decir frases hechas como “recapacita sobre todo lo bueno que tienes”, “la vida es bonita” o “hay muchas personas que en tu situación no pensarían lo mismo”.
- f) Estar preparado para mantener la energía de trabajar con un paciente que puede estar deprimido y no ve ninguna alternativa de solución
- g) Modificar la aparición de algunos pensamientos y creencias que puedan afectar la salud mental del paciente.
- h) Los casos en los que hay ideación y riesgo de suicidio son seguramente de los más difíciles. Por este motivo, se ha de tener muy claro que los anteriores pensamientos son falsos porque, de esa manera, podremos actuar de una manera más objetiva y competente con esta persona. En caso de que aparezcan este tipo de pensamientos, es conveniente que el psicólogo se pare a reflexionar sobre este tema y posiblemente una charla con un colega de profesión le pueda ayudar.
- i) Crear un plan de enfermería sobre el diagnóstico real y otro para el control del riesgo, siempre que sea posible.

- j) Asegurarse que el plan de control del riesgo quede completamente notificado por escrito y contactar con los profesionales pertinentes si el riesgo es alto (45).

29. OBJETIVOS Y TÉCNICAS APROPIADAS PARA EL MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA.

Es de gran importancia para el cumplimiento de una adecuada terapia y para cumplir con los objetivos de nuestro plan llevar a cabo una evaluación continua semanal de la ideación suicida (aparición e intensidad de los pensamientos suicidas, planificación de las ideas, nivel de desesperanza, culpa y apoyos que percibe), con el fin de retroalimentar, fortalecer y evaluar la información obtenida del paciente y/o familia e instrumentos aplicados.

Una vez se allá identificado un nivel del riesgo en el paciente y se allá iniciado una terapia de contención y manejo del nivel de riesgo, las actividades principales deberán ir encaminadas en disminuir progresivamente el nivel de riesgo de nuestro paciente, lo que implica que cada vez se necesitará menos tiempo de la sesión para el control de la ideación y, por tanto, se podrá intervenir más extensamente en las dificultades específicas. Las cuales deben ser identificadas bajo un análisis previo del terapeuta y deben estar relacionadas en desarrollo a problemas de pareja, problemas familiares, sensación negativa, estado depresivo, sentimientos de culpa, falta de seguridad, ansiedad, entre otros.

Normalmente, cualquier intervención con un individuo con ideación suicida requerirá las siguientes estrategias, teniendo en cuenta que las particularidades de cada caso no permiten generalizarlas ni limitarse a estas. (46)

EXPLICACIÓN Y ANÁLISIS

Ayudarle a comprender por qué ha llegado a sentirse o pensar de esa forma y normalizando el malestar que vive de acuerdo a sus circunstancias/creencias. Esto incluirá ofrecer orientación hacia un tratamiento psicológico, facilitando la reflexión sobre si realmente desea morir o bien liberarse de las circunstancias intolerables de su vida y del sufrimiento emocional, mental y/o físico, así como resolver dudas y temores que puedan interferir en la recuperación de su vida normal. Una vez logrado esto, conviene acordar colaborativamente el cumplimiento de los objetivos trazados. (48)

PRIORIZACIÓN, BUEN MANEJO Y CONTROL DE LA CONDUCTA SUICIDA

Se en conjunto con el paciente se identificaran y se comprobará que el paciente conoce los estímulos externos e internos que desencadenan sus pensamientos de suicidio y se acordará qué hacer si se presentan. En algunos casos, es importante jerarquizar u ordenar por valor la eliminación de las conductas de riesgo

En la sesión, puede ayudar al paciente visualizar la situación suicida e imaginarse llevando a cabo un comportamiento alternativo funcional (por ejemplo, imaginándose un acto suicida con el método seleccionado por el paciente, mientras realiza alguna actividad física o deportiva). (45)

REDUCIR ÁNIMO DEPRESIVO

La idea principal es conseguir que el paciente participe en actividades de la vida diaria a un nivel similar al que las realizaba antes de presentar ideación suicida. Es de gran importancia tener en cuenta que debemos indagar el número de actividades realizadas en su día a día, variedad, nivel de agrado), y en el próximo encuentro verificar el cumplimiento de las actividades pactadas (45).

REDUCCIÓN DE LA DESESPERANZA

Fortalecer las expectativas positivas hasta alcanzar niveles normales. Para poder alcanzar este objetivo, pueden ser útiles técnicas cognitivas como identificación de razones para vivir, la cual requiere identificar los recuerdos o aspectos que den o hayan dado sentido a su vida, razones de vivir que tuvo o tendría si no estuviera deprimido, retos que se propone si sigue viviendo y la identificación de asuntos pendientes (45).

30. ALCANCES:

Los alcances del presente proyecto son:

Este protocolo está dirigido a profesionales del área de la salud, especialmente enfermera/os con experiencia en zonas de orientación universitaria.

Este protocolo abarca únicamente La Universidad De Los Llanos, Sede San Antonio Y Barcelona.

El protocolo fue diseñado en pro de la salud mental de la comunidad universitaria.

31. LIMITACIONES

Las limitaciones del presente proyecto son:

Falta de actualización de los registros bibliográficos en el área de salud mental, al momento del estudio.

Pocos estudios de investigación para la promoción de la salud mental.

El tiempo dispuesto para actividades de promoción de la salud es poco para la demanda de tiempo de las actividades.

Falta de articulación y comunicación entre las entidades promotoras de salud mental en la región.

32. IMPACTO LOGRADO

- Creación de zonas de orientación universitaria.
- Estructuración e implementación del protocolo para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio.
- Aprobación del proyecto como opción de grado en beneficio de la comunidad de la Universidad sede San Antonio y la sede principal Barcelona a quienes se realizan actividades bajo el modelo de Nola Pender.
- Propiciar una mayor relación de empatía de la comunidad académica con la familia y el entorno.

33. CONCLUSIONES

1. Las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) son importantes para la Universidad de los Llanos, ya que brindan apoyo en áreas de salud mental positiva y en otras problemáticas que se presentan en el transcurso de la vida de la comunidad académica.
2. Se creó el protocolo adaptado a la Universidad de los Llanos, con el objetivo de establecer una guía práctica para implementarse dentro de las ZOU, con el fin de darle el manejo adecuado al intento de suicidio y fortalecer la salud mental Positiva de la comunidad académica.
3. La ejecución del protocolo genera actividades de promoción y prevención en el área de la salud mental, enfatizadas en la prevención del intento de suicidio, mejorando la calidad de vida de la comunidad universitaria.
4. El protocolo crea espacios con lineamientos que permitan brindar una atención oportuna, eficaz.
5. En el desarrollo el protocolo se logró un trabajo intra e inter institucional para la prevención del suicidio.

34. RECOMENDACIONES

1. Continuar con el proceso de implementación del protocolo en la Universidad de los Llanos, apuntando a darlo a conocer a diferentes universidades de la región y su socialización, validación a nivel municipal y departamental.
2. Realizar una constante actualización de las actividades promotoras de la salud con el fin de brindar cuidados cada vez más efectivos que mejoren la salud mental de la comunidad.

35. ANEXOS

ANEXO 1.0



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA VALORAR EL RIESGO DE INTENTO SUICIDA EN LA COMUNIDAD UNILLANISTA

PROPÓSITO

Realizar una valoración holística al individuo en aspectos relacionados con su salud mental, emocional y social, con el fin de identificar el riesgo que presenta para intento suicida y de este modo orientar la ruta de atención.

DESCRIPCIÓN

El siguiente es un instrumento que tiene el fin de apoyar la estrategia del Ministerio de Salud y Proyección Social: Zonas de orientación universitaria **ZOU**, desarrollada por el grupo de Salud Mental del programa de enfermería, y bienestar institucional en el componente de Salud. Ante una amplia revisión bibliográfica el instrumento fue construido a partir de las siguientes escalas: Valoración del riesgo de suicidio: SAD PERSONS, Escala de intencionalidad suicida de Beck, escala de satisfacción con la vida y la Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida de Manchester (Manchester Triage System). Este facilita la identificación de individuos con alteraciones de la salud mental, ideas suicidas, y orienta la ruta de atención ante el intento de suicidio.

INSTRUCTIVO DE USO

Este instrumento está diseñado para la valoración del individuo por parte de los estudiantes del Programa de Enfermería, y el área de Salud bienestar institucional de la universidad de los Llanos vinculados a las Zonas de Orientación universitaria.

Incluye preguntas abiertas en su mayoría y de selección múltiple.



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA VALORAR EL RIESGO DE INTENTO SUICIDA
EN LA COMUNIDAD UNILLANISTA

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE: _____ N. IDENTIFICACION: _____
CARGO: Estudiante __ Funcionario __ Administrativo __ Docente __ EDAD: _____
SEXO: _____ CARRERA: _____ CODIGO: _____
GRUPO POBLACIONAL: Desplazado __ Discapacitado __ Adolescente __ Cabeza de hogar __
DIRECCIÓN: _____ ESTRATO _____ TELEFONOS: _____
ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____ EPS: _____

VALORACIÓN FÍSICA

(Exclusivo para profesional a cargo)

SIGNOS VITALES: FC: __ T/A: __ FR: __ NIVEL DE CONCIENCIA: _____

PRESENCIA DE DOLOR (1-10): _____ PRESENCIA DE LESIONES: _____

CONSUME: Alcohol __ Tabaco __ Sustancias Psicoactivas __ PESO __ TALLA __ IMC __

SIGNOS DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN:

Diaforesis __ Llanto __ Palpitaciones __ Temblor __ Contracturas __ Tensión __
Inquietud __ Fatiga __ Irritabilidad __ Insomnio __ Disnea __ Temblor __

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS:

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: (SOLO MUJERES)

Edad de menarquia: _____ Método de planificación familiar: _____ G __ P __ C __ A __ V



INSTRUMENTO PARA VALORAR EL RIESGO DE INTENTO SUICIDA EN LA COMUNIDAD UNILLANISTA

ENCUESTA

1. ¿Cómo define sus condiciones de vida?

2. ¿Siente satisfacción con su vida actual? ¿Cambiaría algo?

3. Ante algún problema, discusión, situación de tristeza y/o estrés, ¿Cómo actúa? ¿Pide ayuda?
¿Prefiere solucionarlo solo?

4. Ante situaciones difíciles, ¿a quién acude?

Familia__ Amigos __ Compañeros __ Grupos de apoyo __ Consejero espiritual __ Profesional__

Nadie __ Otro __ ¿Quién? _____

Ampliar: _____

5. Hasta el día de hoy ¿cuáles metas ha cumplido? ¿Se le ha hecho difícil cumplir sus objetivos?

SI HA INTENTADO LESIONARSE / SUICIDARSE COMPLETE LO SIGUIENTE

6. ¿Por qué tomó esa decisión?

7. ¿Había pensado anteriormente en este acto?, ¿Fue planeado o impulsivo?

CARACTERISTICAS:

Intoxicación medicamentosa__ Intoxicación producto químico__ Daño físico __

Otros métodos__

Especificar: _____

8. ¿Sobre la probabilidad de muerte, cuáles fueron tus expectativas?

Pensó que era improbable __ Posible, pero no probable__ Muy probable__

9. ¿Contó con apoyo? Si__ ¿De quién?_____ No__

10. ¿Qué actitud tiene ante dicha conducta?

Alivio/ arrepentimiento__ Lamento ante fracaso __

11. ¿Asistió a terapias? Psicológicas _____ Psiquiátricas ____

Tomó medicamentos__

12. ¿Tiene dificultades para dormir? ¿Toma algo para facilitar el sueño?

13. ¿En las últimas semanas ha tenido diversas situaciones de estrés? ¿Tienen solución?

14. ¿Ha tenido alguna vez pensamientos de acabar con su vida y/o intento suicida?

En constancia, se diligencia el día _____ del mes _____
Del año _____.

Firma del asesor y/o terapeuta

Nombre _____

Profesión _____



**Universidad
de los Llanos**

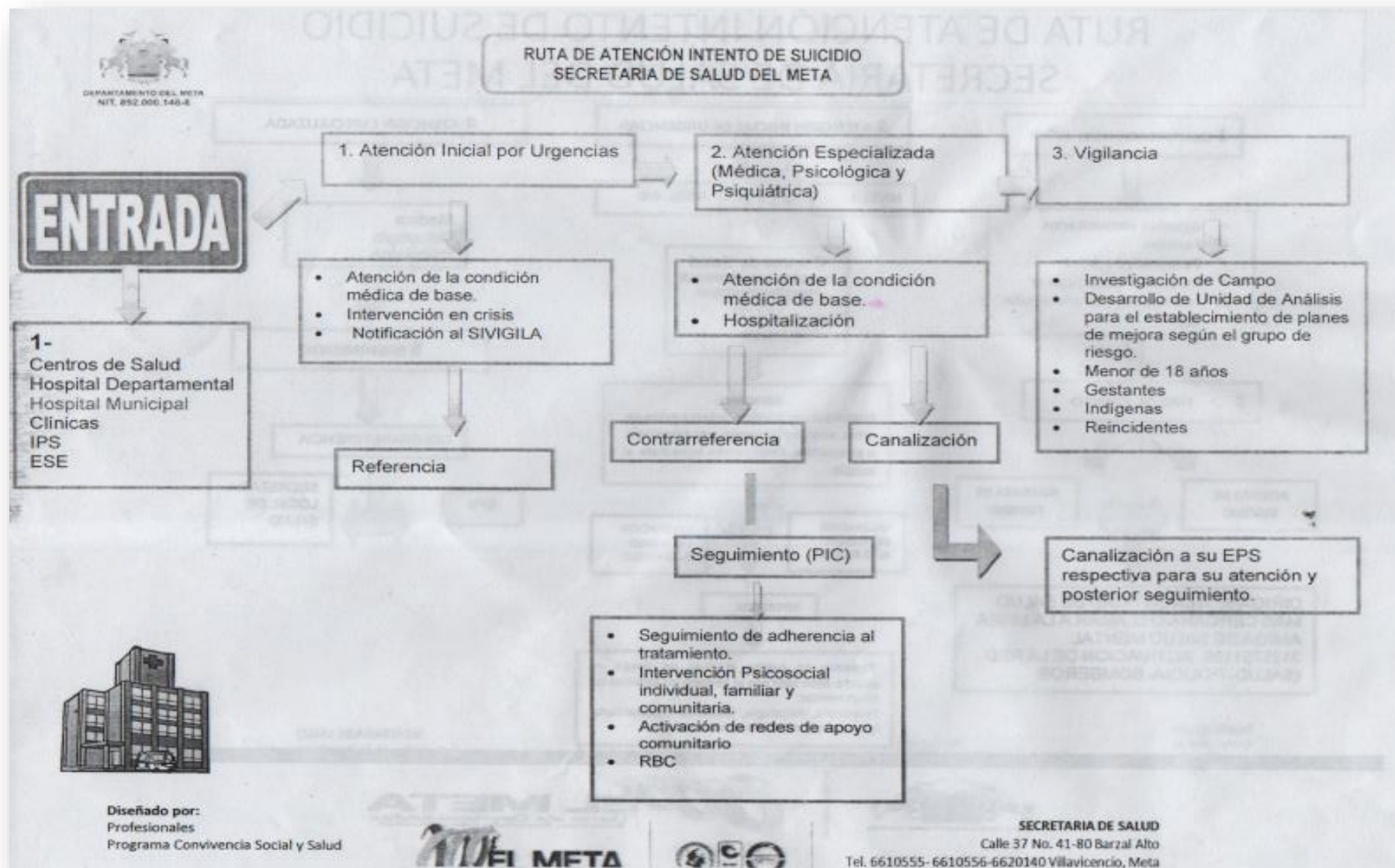
ELABORADO POR.

- (1) Paola Estefanía Castro Martínez,
(2) Daniel Arias Tafur

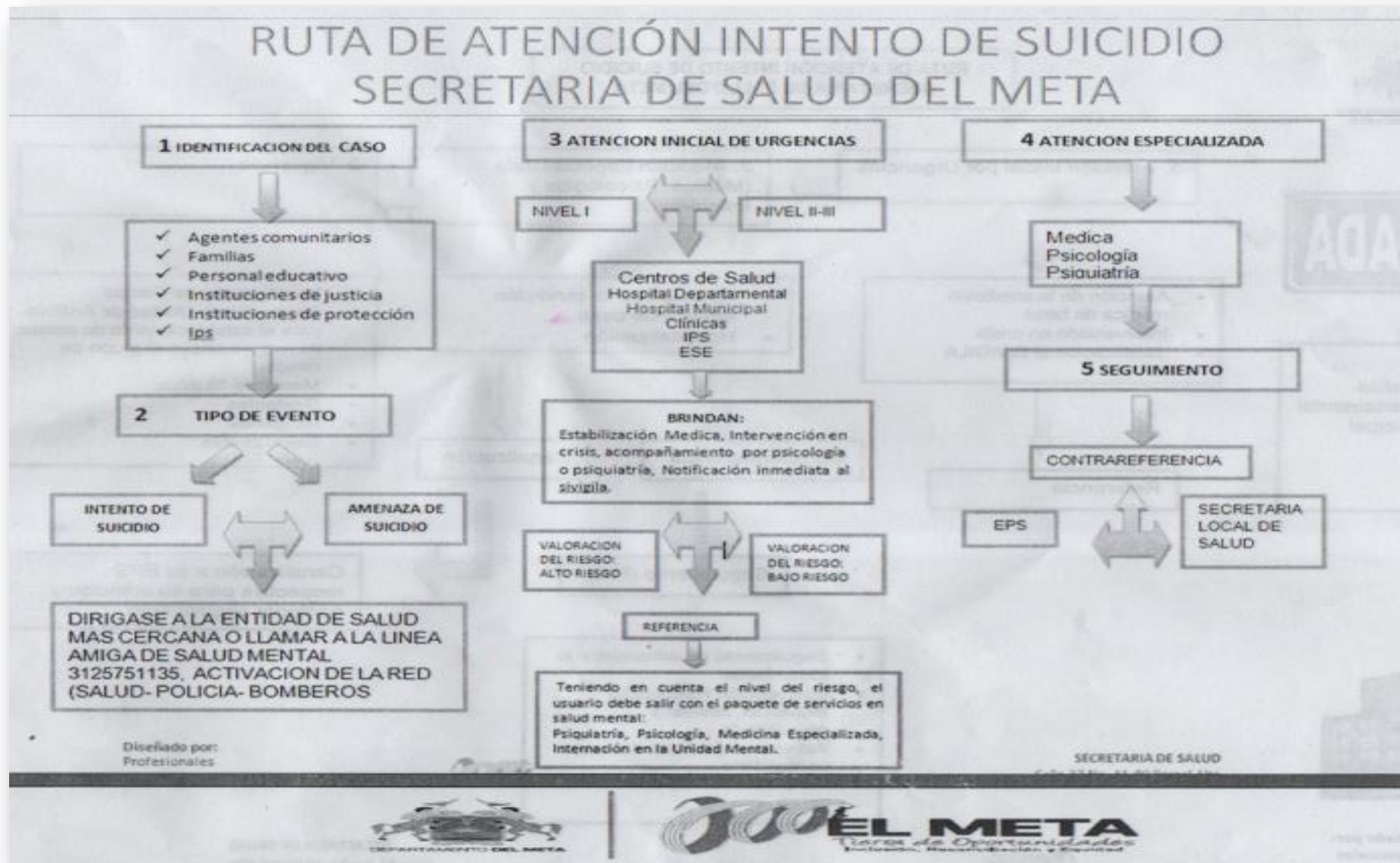
ASESORADO POR.

- (1) Mónica Rosaura García Baquero,
(2) Maritza Lozano

ANEXO 2.0 RUTAS DE ATENCIÓN INMEDIATA DE SUICIDIO SECRETARIA DE SALUD DEL META.



RUTAS DE ATENCIÓN INMEDIATA DE SUICIDIO SECRETARIA DE SALUD DEL META.



ANEXO 3.0

CONTRATO TERAPÉUTICO

Fecha: *Día / Mes / Año*

Estudiante ☒ Funcionario ☐

Sede: Barcelona ☒ San Antonio: ☐

Programa al que pertenece o dependencia:

.....

Yo..... Acuerdo con el terapeuta: Que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:

- Hacer algo físico (por ejemplo dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio, etc.) como lo siguiente:

.....
.....

- Hace algo que me resulta o resultaba agradable como lo siguiente:

.....
.....

- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como con (lista de nombres y teléfonos).

Nombre	Teléfono / Celular
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

36. BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de vigilancia en salud pública, Grupo de Enfermedades No transmisibles. Equipo de Salud mental 2014, [citado 21 marzo de 2017]. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>
2. La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, El suicidio, un problema de salud pública enorme y, sin embargo, prevenible, según la OMS. [citado 22 marzo de 2017]. Disponible en: www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/.
3. Centro de prensa de la OMS, 2004. [citado 22 marzo de 2017]. <http://hsbnoticias.com/noticias/nacional/colombia-presenta-altas-cifras-de-intento-de-suicidio-en-est-192110>
4. Salud Mental. Ministerio de salud y Protección Social. [citado 22 marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud-mental-dispositivos-implementados-por-MinSalud-.aspx>
5. Primer informe mundial, Organización Mundial de la salud, Organización Panamericana de la salud “Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global”, publicado en el 2014, [citado 22 marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 documento pdf.
6. Ley 124 de 1994 por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones, [citado 22 marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29>
7. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Ministerio de salud y protección social, Universidad Javeriana, Colciencias, [citado 28 marzo de 2017]. Disponible en: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
8. Health and Welfare Canada. Mental health for canadians: striking a balance. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1988, [citado 28 marzo de 2017].

Disponible en:
<http://www.schizophrenia.ca/docs/CalltoActionCAMIMH2003English.pdf>

9. Sánchez-Sosa Juan Carlos, Villarreal-González María Elena, Musitu Gonzalo, Martínez Ferrer Belen. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Psychosocial Intervention [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Jun 13]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592010000300008&lng=es
10. Cubillas Rodríguez María José, Román Pérez Rosario, Abril Valdez Elba, Galaviz Barreras Ana Lourdes. Depression and suicidal behavior in senior high school students in Sonora. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Mayo 22]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000100007&lng=es
11. Estrada Hernández Margarita, Cristancho Marulanda Sergio. The scientific information on mental health research at the University of Antioquia, Colombia. Rev. Cuba ciencias de la salud [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Mayo 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230721132014000100002&lng=es
12. Otzen Tamara, Sanhueza Antonio, Manterola Carlos, Escamilla-Cejudo José A. Trends in suicide mortality in Chile from 1998 to 2011. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Mayo 22]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014000300004&lng=es.
13. Cortés Alfaro Alba. Suicidal behavior, adolescent, and risk. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Mayo 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000100013&lng=es.
14. Óscar Adolfo Medina-Pérez, Ángel Saúl Díaz-Téllez, Andrés José Rozo-David. Revista de la Facultad de Medicina. Agosto 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a10.pdf>
15. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental (CEDATM) como factor de riesgo de suicidio, Campos-Arias Adalberto, Herazob Edwin. Revista colombiana de psiquiatría. Dic 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000438>

16. Efectividad de los talleres de autoestima en la prevención del intento de suicidio en los adolescentes, Espinal Córdor, Zoila Sonia. 2016. Disponible en: http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/44012/1/T061_04074149_S.pdf
17. Salamanca, Y. y Siabato, E. (2017). Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. Pensando Psicología, 13(21), xx-xx. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v13i21.1714>
18. Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. 2012. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>.
19. Salvo G Lilian, Castro S Andrea. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Agosto 07]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872013000400002&lng=es.
20. Valenzuela Mujica María Teresa, Ibarra R. Ana María, Zubarew G. Tamara, Correa M. Loreto. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Agosto 08]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100011&lng=es
21. MSc. Janitzia Pérez Collado, Dra. Tania Pérez Collado, Dra. Martha Azcuy Collado, MSc. Grisell Mirabal Martínez. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Revista cuba investigación biomédica. [Internet]. 2014 .Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol33_1_14/ibi08114.htm
22. Bella Mónica Edith. Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. Revista médica. Chile [Internet]. 2012 Nov [citado 2017 Agosto 07]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872012001100006&lng=es.
23. Cubillas Rodríguez María José, Román Pérez Rosario, Abril Valdez Elba, Galaviz Barreras Ana Lourdes. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. Salud Mental [revista

en la Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Agosto 07]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000100007&lng=es.

24. Ley 1751 2015 Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, ministerio De Salud Y Protección social, [citado 29 marzo de 2017]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
25. Ley 1616 Del 2013 "Por Medio De La Cual Se Expide La Ley De Salud Mental Y Se Dictan Otras Disposiciones" El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud Y Protección Social, [citado 28 marzo de 2017]. Disponible en:
<http://Wsp.Presidencia.Gov.Co/Normativa/Leyes/Documents/2013/Ley%201616%20del%2021%20de%20enero%20de%202013.Pdf>
26. Subcomité de Protocolos y Procedimientos de Enfermería. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos de enfermería. [Internet]. Julio 2007. [citado 28 marzo de 2017]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143882&ssbinary=true>
27. O.M.S Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Internet]. [citado 28 marzo de 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
28. Ministerio de salud y protección social. programas en promoción y prevención. [citado 28 marzo de 2017]. [internet] disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>
29. Salud mental: un estado de bienestar. OMS. Diciembre de 2013. [citado 27 marzo de 2017]. [Internet] Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
30. Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. proceso bienestar estudiantil subproceso atención en salud. universidad industrial de Santander. agosto 05 de 2014. [citado 29 marzo de 2017]. [internet] disponible en:
https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/qbe.81.pdf

31. Instituto Hispanoamericano de Suicidiología. [citado 29 marzo de 2017]. [Internet]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>
32. OPS. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Que es un plan de acción. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20de%20acci%C3%B3n.pdf>
33. Aristizabal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguiñ El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión [Internet]. 2016 [citado 04 de abril de 2017]; 8(4): 1-8 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
34. Chan M. Plan de salud mental 2013 – 2020. Ginebra, Suiza. [En línea]. 2013 [citado 03 de abril de 2017]; 8(4): 1-8 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
35. Gaviria A. Julio N. Ruíz F. Ospina M. Urquijo L. Arias J. Ortiz L. Huertas N. Morales L. Dávila C. Bonilla J. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Bogotá, Marzo 15 de 2013. [En línea]. Colombia; 16 de febrero de 2015 [citado 5 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
36. Ley 1438 – Ley de Salud Mental. 2011. Bogotá. . [En línea]. 19 de Enero de 2011 [citado 15 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
37. Resolución 412. Bogotá. [En línea]. 25 de Febrero del 2000 [citado 15 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf
38. Plan de desarrollo del meta 2016 – 2019, Villavicencio, junio 16 de 2016 GACETA del Meta órgano oficial de la Gobernación, gerencia administrativa y de recursos físicos. [citado 15 de abril de 2017]. Disponible en: <https://ceo.uniandes.edu.co/images/Documentos/Gaceta%20%20Plan%20de%20Desarrollo%20del%20Meta%202016-2019.pdf>

39. Colombia. Definición y Aspectos Conceptuales Desarrollo del Joven de 10 A 29 Años, [citado 15 de abril de 2017] [Internet]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/jovenes/definicionyaspectos-2/#sthash.vdnsHxCo.dpuf>
40. Etapa De Vida Adulto. [citado 15 de abril de 2017] [Internet] Pág. web. Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Adulto_1S08.pdf
41. OMS. Depresión. Internet]. [citado 15 de abril de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
42. Jané-Llopis, E. (2017). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. [online] Scielo.isciii.es. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000100005 [Citado 5 Jun. 2017].
43. Rangel-Garzón, C., Suárez-Beltrán, M. and Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Revista de la Facultad de Medicina, Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849/54062> [Citado 5 Jun. 2017].
44. Tiesca Molina, E. (2017). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. [online] Redalyc.org. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/817/81701703/> [citado 6 Jun. 2017].
45. Marta de la Torre Martí, Protocolo Para La Detección Y Manejo Inicial de la Ideación Suicida, Guía Desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Disponible en: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf [citado 6 jun. 2017].
46. García-Nieto, R., Uribe, I. P., Palao, D., Lopez-Castroman, J. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989111001479>. [citado 16 jun. 2017].

47. Castro-Rueda, V. A., Martínez-Villalba, A. M. R., Camacho, P. A., & Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602109> [citado 19 julio. 2017].
48. Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008 [citado 19 julio. 2017].
49. Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342006000400002&script=sci_arttext [citado 28 julio. 2017].
50. Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. and Saiz Ruiz, J. (2017). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. [online] *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188898911200002X> [citado 15 Sep. 2017].