

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Prácticas con mayor eficacia para la prevención del suicidio en
sistemas clínicos de salud mental de atención ambulatoria**

Lissa Fernanda Yaguana Grefa

Psicología Clínica

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 13 de mayo de 2020

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

**Práctica con mayor eficacia para la prevención del suicidio en sistemas
clínicos de salud mental de atención ambulatoria**

Lissa Fernanda Yaguana Grefa

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés Espinosa, MSc.

Quito, 13 de mayo de 2020

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Nombres y apellidos: Lissa Fernanda Yaguana Grefa.

Código: 00116845

Cédula de identidad: 2200580039

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2020

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>

RESUMEN

El suicidio figura como una de las principales problemáticas con miles de muertes anuales a nivel mundial. En Ecuador, así como en otros países, la prevalencia de la tasa de mortalidad de suicidio ha incrementado en el transcurso de la última década. Como respuesta a esta problemática, la Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito, busca una resolución que pueda atender las necesidades vigentes de la comunidad. Un programa, que apunte a un plan de acción inmediato con el fin de disminuir las conductas auto lesivas e ideación suicida que atenten contra la vida de un individuo, causando en el peor de los casos, la muerte. Por lo tanto, se propone el modelo *Zero Suicide*, un programa continuo que busca mejorar y transformar la calidad de los servicios de prevención de suicidio en sistemas de salud ambulatorios y hospitalarios. Por ende, este trabajo de investigación permite valorizar y evaluar las ventajas de la reestructuración del protocolo actual de crisis de suicidio incorporando el Modelo Zero Suicide en el sistema de atención clínica ambulatoria de la CSM.

Palabras Clave: Suicidio, prevención, protocolo, intervención, Ecuador, clínica, modelo, estrategia, ideación, plan.

Este trabajo se realizó en colaboración de Zoraida Andrade, Camila Cortez, Joselyne Lino y Lissa Yaguana.

ABSTRACT

Suicide is listed as a worldwide problem with a continuous multitude of annual deaths. In Ecuador, as in other countries, the prevalence of the suicide mortality rate has increased over the past decade. In response to this problem, Clínica de Salud Mental from Universidad San Francisco de Quito requests a solution to the current needs of the community. A program with an immediate action plan that can reduce self-injurious behaviors and suicidal ideation that threaten the life of an individual. Therefore, is proposed, the *Zero Suicide* model that is an ongoing program that seeks to improve and transform the quality of the suicide prevention service in outpatient and hospital health systems. The Zero Suicide Model should be incorporated into the CSM outpatient clinical care system for constant evaluating of the current suicide crisis protocol to make improvements and help save more lives.

Key Words: Suicide, prevention, protocol, intervention, Ecuador, clinic, model, strategy, ideation, plan

This work was carried out in collaboration with: Zoraida Andrade, Camila Cortez, Joselyne Lino and Lissa Yaguana.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1	11
Revisión de Literatura	11
Estadísticas del Suicidio	11
Violencia Autoinflingida y Suicidio	14
Factores de Riesgo y Protección	14
Estrategias de Prevención y del Suicidio	18
CAPÍTULO 2	34
Dinámica de la Organización	34
Antecedentes Históricos	34
Marco Legal y Normativo de la CSM	34
Misión, Visión y Valores de la CSM	35
Equipo Profesional de la CSM	36
CAPÍTULO 3	40
Descripción del Desafío	40
Introducción	40
Problemática	40
<i>Visión Especialista del Ministerio de Salud</i>	<i>40</i>
<i>Visión de la Directora de la CSM</i>	<i>41</i>
<i>Visión de la Administración de la CSM.....</i>	<i>42</i>
<i>Visión de un Psicólogo Clínico Especialista</i>	<i>43</i>
<i>Visión Alumni</i>	<i>45</i>
Conclusión	47
CAPÍTULO 4	49
Propuesta	49
Descripción del Modelo	49
<i>Elementos Fundamentales para el cuidado del Suicidio</i>	<i>50</i>
Primera Posible Solución; Restructuración del protocolo de la CSM	57
<i>Guía Rápida para implementar el protocolo del ZS (Quick Guide to Getting Started with Zero Suicide).....</i>	<i>57</i>
<i>Autoestudio Organizacional Zero Suicide (Zero Suicide Organizational Self-Study)....</i>	<i>58</i>

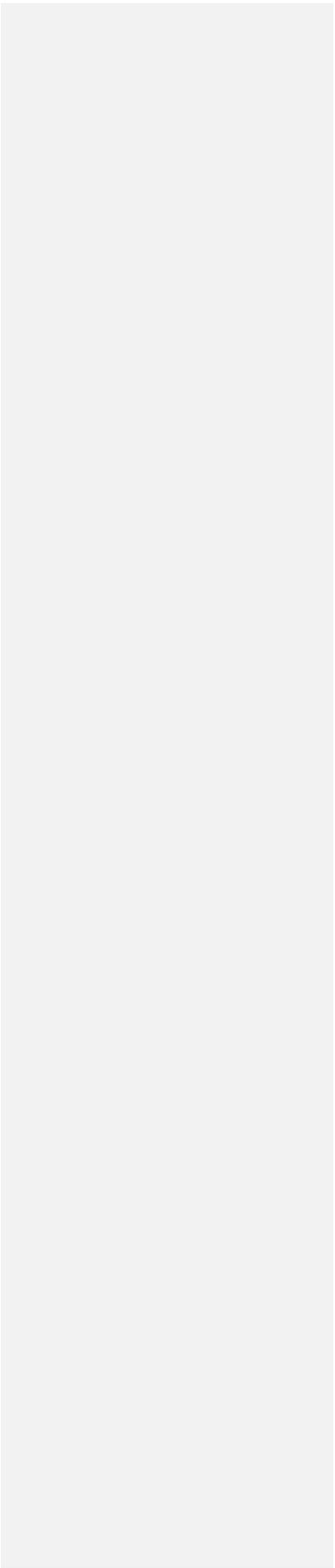
	8
Segunda Posible Solución: Selección de Recursos Aplicables	58
Referencias	61
Reflexión final	66
Referencias de la reflexión final	68
ANEXOS	69
ANEXO A: Guía Rápida para implementar el protocolo del ZS (Quick Guide to Getting Started with Zero Suicide)	70
ANEXO B: Autoestudio Organizacional Zero Suicide (Zero Suicide Organizational Self-Study)	71
ANEXO C: Plantilla de plan de trabajo de Zero Suicide (Zero Suicide Work Plan Template)	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Elementos del modelo Zero Suicide ejecutados en la CSM	55
Tabla 2. Lista de recursos aplicables para prevención del Suicidio en Quito	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Procedimientos clínicos de “Assess, Intervene, and Monitor for Suicide Prevention
.....26



CAPITULO 1

Revisión de Literatura

El suicidio es un fenómeno de preocupación mundial, ya que se calcula que las muertes por suicidio superan en cantidad a las muertes totales causadas por guerras y homicidios, estimando que el suicidio representa el 57% del total de estas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). La OMS establece que cada 40 segundos ocurre una nueva muerte a causa del suicidio (OMS, 2020). En Ecuador, no cambia el panorama sobre esta problemática, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) establece que los casos de suicidio durante los últimos años han ido en aumento y reporta que dentro de las dos últimas décadas 300 individuos de entre 10 a 24 años se suicidan anualmente (2011). El suicidio no posee una etiología establecida debido a la complejidad del ser humano y su forma de relacionarse en el mundo, es por ello, que se hace referencia a los distintos factores de riesgos y factores de protección que influyen en el momento que un individuo está a punto de tomar la decisión de suicidarse. La consideración de estos factores ha demostrado ser útiles para el establecimiento de protocolos o programas de prevención en diversos países (OMS, 2014). Los gobiernos y otras instituciones; como universidades, organizaciones sin fines de lucro y fundaciones; juegan un papel fundamental, en la lucha contra esta problemática (OMS, 2018).

Estadísticas del Suicidio

Estadísticas del Suicidio a Nivel Mundial

Actualmente, el suicidio es una problemática de alto impacto a nivel mundial con cifras que estiman alrededor de un millón de muertes anuales y que posiblemente se incrementaran hasta 1.5 millones a partir del presente año (OMS, 2020). Cabe recalcar, que por cada suicidio anual existen múltiples tentativas no consumadas (OMS, 2020). Entre 15 a 29 años es la “segunda causa principal” de muerte, según cifras del año 2016 (OMS, 2020).

En cuanto a defunciones juveniles, esta es la tercera causa de muerte que comprende un promedio de edad desde los 15 a 19 años (OMS, 2020). Por el momento, la prevalencia de suicidio consumado es mayor en el género masculino y de intentos suicidas en el femenino (Rendón & Rodríguez, 2016).

Estadísticas del Suicidio en Ecuador

La tasa de suicidio, así como también las causas de mortalidad por suicidio a nivel mundial, varían de acuerdo con los factores asociados al país, repercutiendo a su vez en la incidencia de estadísticas (Observatorio Social del Ecuador [OSE], 2019).

El incremento en la frecuencia de suicidio en las últimas décadas ha sido muy notorio, en especial en países de Asia y América, que tienen ingresos medios y bajos (Quinlan et al., 2014). Análisis realizados sobre el suicidio en población juvenil, muestran que han existido cambios muy grandes en las tasas de suicidio a escala mundial, como en Ecuador donde el promedio nacional del suicidio adolescente es de 10 por cada 100 mil jóvenes (OSE, 2019).

En Ecuador, en las últimas dos décadas, se ha registrado que cerca de 300 adolescentes y jóvenes entre los 10 años y 24 se suicidan anualmente (OSE, 2019). Además, la Organización Panamericana de la Salud Pública (OPS), registra que las tasas de suicidio en Ecuador entre jóvenes de 10 a 19 años y también de 15 a 24 años se encontraban entre 7,5 y 13,6 por 100 mil, ubicando al suicidio en un porcentaje entre 15% y 20% de las causas externas que causan la muerte en jóvenes y adolescentes, siendo aún mayores a las de Perú y Colombia (OPS, 2014).

El incremento de la tasa en Ecuador se corrobora con lo planteado por la OSE (2019), la cual afirma que la tasa de suicidio entre jóvenes y adolescentes incrementó de 8 de 100 mil en el 2010 a 10 de 100 mil en el 2016.

Diferencia Geográfica del Suicidio en Ecuador. En el 2015, un estudio de la población general estimó que las tasas de suicidio más altas se presentan en la Sierra y

Amazonía, siendo la mayor parte de la población indígena, en comparación de la región Costa y Galápagos (Ortiz et al., 2017). Estos datos son ratificados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2019, en donde las provincias con incidencia más alta de suicidio se encuentran en la Amazonía, seguido por provincias de la Sierra y posteriormente por la Costa y región Insular (OSE, 2019).

Según los datos de defunciones recogidos por el INEC en el 2016, la tasa más alta de mortalidad por suicidio se encuentra en la provincia de Zamora Chinchipe llegando hasta 53 por 100 mil adolescentes (INEC, 2016). Continuamente está Napo, con una tasa de 33 por 100 mil jóvenes, tras este Pastaza, con 13 por 100 mil, Orellana con 14 por 100 mil y Morona Santiago con una tasa de 20 por 100 mil (INEC, 2016).

Por otro lado, en la Sierra, provincias como Cotopaxi, Cañar y Azuay registran altas tasas de mortalidad por suicidio (INEC, 2016). Cotopaxi presenta una tasa de mortalidad por suicidio de 29 por 100 mil (destacando el alto porcentaje de población indígena en estas zonas), Cañar presenta una tasa de 33 por 100 mil adolescentes y Azuay de 22 por 100 mil; las causas de suicidio en estas provincias se encuentran mayormente asociadas a la migración de padres y madres (INEC, 2016). Provincias como Bolívar, El Carchi y Tungurahua reportan tasas de mortalidad por suicidio entre 14 y 16 por 100 mil adolescentes (INEC, 2016).

La Región Insular exhibe una tasa de mortalidad por suicidio de 25 por 100 mil adolescentes (INEC, 2016).

De la misma manera, el INEC logró registrar provincias del Ecuador que presentan una tasa de mortalidad por suicidio promedio, como El Oro, Esmeraldas, Guayas, Santa Elena y Manabí (INEC, 2016).

Diferencia por Etnia del Suicidio en Ecuador. En cuanto a la diferencia de porcentajes de suicidio por etnia, se observa un incremento significativo de suicidios en

grupos indígenas y mestizos, donde los indígenas llegan a representar un 26% y los mestizos 21%, por otro lado, en la población afrodescendiente el porcentaje de suicidio representa un 5% (OSE, 2019).

Violencia Autoinfligida y Suicidio

La violencia autoinfligida es un comportamiento perjudicial, en la que el individuo atenta contra sí mismo, planificando hacerse un daño potencial, produciéndose lesiones intencionales o quitándose la vida (National Center of Injury Prevention and Control [NCIPC], 2017). Esta conducta abarca una variedad de comportamientos violentos que incluye tanto actos suicidas, como conductas autodestructivas no fatales (NCIPC, 2017). La conducta suicida se caracteriza por adoptar medidas de violencia autoinfligida con el objetivo e intención de morir bajo este comportamiento violento (NCIPC, 2011). Por otro lado, un intento de suicidio es una conducta autolesiva, no mortal, potencialmente peligrosa debido a su naturaleza violenta (NCIPC, 2017). A pesar de que esta no se define como una conducta o comportamiento, la ideación suicida se toma en cuenta debido a que precisa el pensar, considerar o planificar el acto suicida (NCIPC, 2011).

Factores de Riesgo y de Protección

Es fundamental considerar los diferentes factores de riesgo y de protección relacionados al suicidio, ya que son de suma importancia al momento de la realización de protocolos o programas de intervención (OMS, 2014).

Factores de Riesgo en el Suicidio

Los factores de riesgo son aquellos que pueden contribuir o aumentar la probabilidad de que un individuo cometa comportamientos suicidas, de forma directa o indirecta, ya que pueden influenciar la susceptibilidad individual para trastornos mentales (OMS, 2014). Debido a que los factores de riesgo son múltiples y poseen distintas naturalezas, la

clasificación de estos dependerá del contexto en que se presenten y a la realidad de cada país. Sin embargo, la OMS (2014) ha decidido dividirlos en factores de riesgo sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales e individuales. Los factores de riesgo sistémicos comprenden aquellas barreras que pueden presentarse al momento de acceder a la atención de la salud (OMS, 2014). Los factores de riesgo sociales hacen referencia al acceso que tienen las personas a medios (armas, pesticidas, entre otros) para suicidarse, a las prácticas inadecuadas de los medios de comunicación que alientan la imitación de métodos de suicidios, y al estigma asociado con la búsqueda de ayuda (OMS, 2014). En relación con los factores que involucran a la comunidad están los desastres, las guerras y los conflictos; tensiones por aculturación y dislocación, que se dan en su mayoría en la población indígena; discriminación hacia algunos grupos vulnerables y minoritarios, como la comunidad LGBTI; e historia de trauma o abuso (OMS, 2014).

Los factores de riesgo relacionales pueden corresponder a la sensación de aislamiento y falta de apoyo social, sobretudo en la población de adultos mayores; y a las relaciones conflictivas, discordias o pérdidas (OMS, 2014). Y por último, intentos previos de suicidio; antecedentes familiares de conducta suicida; trastornos mentales que pueden ser comórbidos como: alcoholismo, trastornos afectivos (depresión mayor, ansiedad, etc.), y/ o esquizofrenia; pérdida de trabajo; desesperanza y dolor crónico pueden representar factores de riesgo individuales (Rendón & Rodríguez, 2016; OMS, 2014).

Anteriormente, se establecieron factores de riesgo en el suicidio que se presentan comúnmente y de forma global, sin embargo, como se explicó estos varían de acuerdo con el contexto y realidad de cada país. En el Ecuador, los factores de riesgo más frecuentes se relacionan con el género, el grupo etario, el grupo social, la pertenencia a un grupo minoritario y a los eventos vitales experimentados (Corona et al., 2016). Se han encontrado índices de intentos suicidas más altos en mujeres, pero más suicidios consumados en hombres

(Gerstner et al., 2018). En relación con el grupo etario, los adolescentes entre 15 y 24 años, así como personas de la tercera edad (más de 65 años) son más vulnerables. Por otro lado, los individuos provenientes de comunidades de bajos recursos económicos o aquellos pertenecientes a minorías discriminadas como las indígenas (Kuhlberg et al., 2010) o LGBTI son más propensos a ejecutar el suicidio (Corona et al., 2016). Esto se debe a la dificultad para acceder a servicios de salud mental que brinden intervención para contrarrestar los pensamientos y/o conductas suicidas, aislamiento y sentimientos de desesperanza frente a crisis (Meza, 2009). A su vez, situaciones de separación, divorcio, o viudez también incrementan las probabilidades de cometer un suicidio debido a que estas condiciones pueden generar sentimientos relacionados a impulsividad, tristeza, miedo, abandono (Meza, 2009).

A partir del análisis mensual de las cifras de suicidios, se pueden determinar patrones cronológicos: los suicidios aumentan de forma consecutiva en los meses de julio y diciembre de cada año (Betancourt, 2008). El suicidio en adolescentes y jóvenes durante el mes de julio se asocia con la culminación del periodo escolar y la presión familiar respecto al logro y éxito académico (García et al., 2018). Del mismo modo, diciembre es acreditado como el mes depresógeno, pues los elementos relacionados con las festividades, como: alcohol, familia, consumo, intensifican la vulnerabilidad hacia la depresión y las ideaciones suicidas (García et al., 2018), por lo que festividades que involucran el consumo de alcohol se convierten en componentes depresivos que pueden incidir en ideación suicida (Betancourt, 2008).

Factores Protectores del Suicidio

Los factores protectores, en contraste de los factores de riesgo, apoyan, sostienen o disminuyen la probabilidad de cometer un suicidio (OMS, 2014). Así como es necesario la reducción de los factores de riesgo, también es imperativo que se fortalezcan aquellos factores que aumenten la resiliencia y la conectividad del individuo (OMS, 2014). La clasificación de estos factores es muy variada y puede depender del organismo que los

establezca, sin embargo, la OMS (2014) ha encontrado útil dividirlos en: estrategias positivas de afrontamiento, motivaciones para vivir, apoyo o soporte social, creencias religiosas y actividad y salud física.

- Las habilidades positivas de afrontamiento, así como el control de las emociones, pensamientos, y comportamientos pueden mediar o disminuir el riesgo de suicidio que está asociado con el abuso sexual entre adolescentes (McLean et al., 2008). Así mismo, la OMS (2014), establece que una estabilidad emocional, una actitud optimista y un autoconcepto efectivo ayudan en el afrontamiento de las dificultades en la vida. Así también, los altos niveles de motivación para vivir, optimismo y orientación hacia actividades del futuro pueden disminuir los riesgos de suicidio (McLean et al., 2008).
- Las relaciones sociales cercanas pueden incrementar la resiliencia y actuar como un factor protector en contra del riesgo de suicidio (OMS, 2014). En este punto se resalta la importancia de las parejas, miembros de familia, amigos y otros significantes; ya que estos tienen una influencia sobre el individuo y pueden actuar como un soporte en tiempo de crisis (McLean et al., 2008).
- Las creencias religiosas pueden llegar a ser un factor protector para el suicidio, ya que en algunas de estas comunidades pueden prohibir comportamientos suicidas y por lo tanto, percibirlos como un acto de inmoralidad (OMS, 2014).
- Existe evidencia que una vida que promueve el deporte y la actividad física puede representar un factor protector entre los adolescentes (McLean et al., 2008). Así mismo, una percepción de una salud positiva de sí mismo puede representar un factor protector en contra el suicidio (McLean et al., 2008).

En el Ecuador la clasificación de los factores de protección no varía mucho de los que se encuentran a nivel global (Kuhlberg et al., 2010). Es así como Kuhlberg et al., (2010), los

divide en: creencias religiosas, factores relacionales y estrategias positivas de afrontamiento ante eventos aversivos. Mantener una creencia religiosa se percibe como un factor de protección debido a que la conducta suicida es vista como pecado, es decir, no es aceptado por la comunidad cristiana (Kuhlberg et al., 2010). Muchas veces la fe puede servir como un medio de ayuda en situaciones de crisis (Kuhlberg et al., 2010).

Las relaciones sociales establecidas con personas cercanas, como familia y amigos, actúan como un medio de protección ante posibles ideaciones o comportamientos que conlleven al suicidio (Gerstner et al., 2018). De la misma forma, la integración social como la participación en actividades sociales ejecutan un papel importante de protección (Kuhlberg et al., 2010). Por último, las estrategias positivas de afrontamiento como: la búsqueda de ayuda o consejo ante dificultades, planes sobre el futuro, una opinión positiva sobre sí mismo, control sobre las emociones se consideran factores de protección debido a que reducen las probabilidades de cometer una conducta suicida (Kuhlberg et al., 2010).

Estrategias de Prevención del Suicidio

Estrategias Gubernamentales Internacionales

La OMS es uno de los organismos que ha estado pendiente de la problemática del suicidio de forma más recurrente y amplia; es así como en el año 2013 emprende un plan de acción nacional que tiene un periodo de ejecución de siete años (2013-2020). Este plan establece al suicidio como una prioridad mundial y su principal objetivo es reducir en un 10% la tasa de suicidios en los diversos países para el año 2020 (OMS, 2018). Para lograr este cometido, la OMS recomienda a los países, que desean trabajar en su propia respuesta nacional para la prevención del suicidio, que esta debe ser formulada desde una perspectiva que sea significativa en el contexto de cada país (OMS, 2018). Y, por ende, este también debe de tener un enfoque multisectorial, es decir, que esta problemática no quede solo en manos

del sector público de la salud, sino que se necesita una intervención integral de diversos sectores de: educación, social, bienestar, agricultura, comunicación, entre otros (OMS, 2018).

Entre los aspectos que deben ser tomados en cuenta una estrategia nacional de prevención del suicidio, la OMS (2018) recomienda: definir concretamente qué tipo de actores están interesados en el desarrollo de la estrategias, como ministerios, administraciones de salud, universidades, organizaciones no gubernamentales y sin fines de lucro; realizar un análisis de la situación actual del país en concreto con datos disponibles y la definición de la extensión de la problemática (país completo o región del país). También recomienda identificar las barreras que existen y el tipo de soluciones que se proponen para eliminarlas; evaluar los recursos tanto financieros como humanos y el acceso que se tiene a estos (OMS, 2018). Y lograr un compromiso político, ya que, de otra forma, es muy posible que la estrategia propuesta sea subestimada y se implemente de forma parcial o de plano no se implemente (OMS, 2018).

Adicionalmente, la OMS (2018) sugiere tener en cuenta el estigma entorno al suicidio, ya que puede representar una barrera importante al momento de acceder a los servicios de prevención del suicidio. También propone aumentar la conciencia de la problemática en la población y hacer uso estratégico de los medios de comunicación para cumplir este cometido; establecer objetivos claros e identificar posibles factores de riesgo y factores de protección (OMS, 2018). Así como también seleccionar intervenciones efectivas que estén basada en evidencia científica, mejorar el registro de casos y realizar investigaciones en aras de que la detección de un posible acto suicida sea ejecutada a tiempo (OMS, 2018). Y por último monitorear y evaluar, para qué de esa forma sea posible establecer si el plan actual que se está implementando está teniendo los resultados esperados y en caso de no ser así cambiar del tipo de intervención (OMS, 2018).

Dentro de estas recomendaciones, la OMS (2018) establece un modelo denominado *LIVE LIFE*, donde se condensan las recomendaciones anteriores. Su nombre nace de un acrónimo en el idioma inglés, conformado por las distintas secciones que se desarrollan en este modelo de prevención de suicidio (OMS, 2018). *LIVE*, comprende de: liderazgo (*leadership*), intervención (*intervention*), visión (*vision*) y evaluación (*evaluation*) (OMS, 2018). Mientras que *LIFE*, comprende de: menos medios (*less means*), interacción con los medios (*interaction with media*), formar a la juventud (*form the young*) e identificación temprana (*early identification*) (OMS, 2018).

Modelo *LIVE*.

Liderazgo. En esta sección, se toma en cuenta el papel del gobierno nacional de cada país, el cual es un papel de liderazgo para movilizar a las diferentes organizaciones o sistemas interesados en participar en el plan de prevención (OMS, 2018).

Intervención. La forma de intervención se da por medio de las estrategias propuesta en *LIFE* (ver más abajo) (OMS, 2018).

Visión. Con una visión en concreto se puede llegar exactamente al objetivo de reducir el suicidio, los intentos de suicidios y superar las barreras y cambios (OMS, 2018). Así mismo, la visión es sumamente necesaria al momento de localizar recursos financieros y patrocinadores (OMS, 2018).

Evaluación. Se debe de evaluar las diferentes estrategias e intervenciones para asegurarse de que los objetivos del plan de prevención de suicidio están siendo alcanzados y por ende teniendo el impacto deseado (OMS, 2018).

Modelo *LIFE*.

Menos Medios. Restringir el acceso a los medios, por ejemplo: armas, pesticidas, es una intervención clave para la prevención del suicidio (OMS, 2018).

Interacción con los Medios. En este punto se recomienda que los medios de comunicación no deben idealizar la presentación de los casos de suicidios, ya que de esa forma se evita la imitación por parte de personas vulnerables (OMS, 2018). Los medios de comunicación juegan un papel importante al momento de crear conciencia sobre esta problemática y por ende la disminución del estigma, por lo tanto, es imperativo que el plan de prevención contemple esta recomendación (OMS, 2018).

Formar a los Jóvenes. Se ha visto que ayudar a los jóvenes a desarrollar de mejor manera sus técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas, representa una intervención exitosa al momento de prevenir suicidios (OMS, 2018).

Identificación Temprana. Una identificación temprana, una evaluación, un manejo y un seguimiento asegura que las personas que presentan riesgo de suicidarse reciban el apoyo y cuidado que necesitan (OMS, 2018).

Ejemplos de estrategias del Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones en E.E.U.U

Los enfoques que aplica este organismo nacional de salud en cuanto a la prevención de violencia auto infligida es centrarse en la identificación y apoyo de individuos que se encuentren en alto riesgo (NCIPC, 2017). Parte de la orientación en la toma de acción inmediata es la capacitación de personal de primera línea que incluye médicos, enfermeras, recepcionistas, proveedores de atención médica primaria y de emergencia (NCIPC, 2017). Y que de esa forma se permita una acción más eficiente en la identificación de personas que podrían estar en riesgo o que buscan ayuda de un tratamiento (NCIPC, 2017).

El programa “Capacitación en Destrezas Aplicadas de Intervención contra el Suicidio”, cuenta como una formación de primera línea para el personal sanitario y la evidencia parece indicar que aquellos trabajadores de la salud que siguieron esta instrucción muestran por medio de su trabajo una mejor asistencia a los pacientes en crisis (NCIPC,

2017). Un auto reporte de los pacientes recalca que gracias a las intervenciones del personal, estos se sentían menos deprimidos, abrumados y desesperanzados (NCIPC, 2017).

La intervención en crisis hace premisa dentro de este enfoque, ya que su vital función es el servicio de apoyo y remisión de pacientes en crisis a un profesional de salud sea psicólogo clínico, psiquiatra, o a un hospital, clínica o centro terapéutico, mediante una línea de emergencia vía telefónica o en texto (NCIPC, 2017). De igual manera, el tratamiento clínico para esta población suma parte del enfoque de intervención ya que permite la resolución de problemáticas que pueden acontecer a estas personas (NCIPC, 2017). Por otro lado, la terapia permite regular la emocionalidad y minimiza los factores de riesgo tentativos que son considerados en una crisis (NCIPC, 2017). Parte de este tratamiento abarca la prevención, la cual incluye un contacto de seguimiento y el uso de diversas herramientas y modalidades como la asistencia online (vía telefónica o texto) con el paciente y visitas domiciliarias por parte del personal sanitario (NCIPC, 2017).

La investigación sustenta que cada enfoque mencionado permite que los pacientes reduzcan significativamente su depresión, dolor psicológico, desesperanza y los pensamientos constantes de morir y su intención sostenida (NCIPC, 2017). Varios de estos enfoques cuentan con estrategias y programas que permiten apuntar a una prevención de nuevos intentos, demostrando tener un alto impacto en la tasa porcentual de suicidios en los Estados Unidos (NCIPC, 2017).

Ejemplos de Estrategias de la Comisión para la prevención de Suicidios de Puerto Rico

De acuerdo con el enfoque del departamento de Salud de Puerto Rico, con una comisión especializada en la prevención y manejo de intentos de suicidio, los fundamentos que sustentan el programa son el ejecutar una guía de normas y procedimientos e intervenciones ante la presencia de una crisis de suicidio, que pueda ser implementada dentro de cada centro médico u hospital. (Comisión para la Prevención del Suicidio [CPS], 2015).

Parte de este procedimiento incluye la conformación de Equipos de Respuesta Rápida en Situaciones de Suicidio (ERRSS), dicho equipo está conformado por al menos tres personas que incluyen personal en los rubros de Consejería, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Médicos, entre otros (CPS, 2015). Los miembros responden a situaciones de conducta suicida que surjan en su instalación y serán encargados de las estrategias de prevención (CPS, 2015). Otro equipo complementario será una Comité de apoyo (CA) que trabajan juntamente con los ERRSS, con la finalidad de promover y organizar la participación en actividades educativas además de un apoyo sostenido ante cualquier situación de riesgo que pueda suscitarse (CPS, 2015).

En caso de identificación de un individuo en riesgo, sea presencialmente o vía llamada telefónica, cada equipo deberá tomar acción; en el caso del personal ERRSS deberá identificar si la persona está en riesgo y aplicar un protocolo inmediato de acción para una correcta intervención de auxilios psicológicos (CPS, 2015).

Al igual que otros enfoques y estrategias para la prevención implementados en otras naciones, este sistema plantea que cada casa de salud y hospital tenga la apertura de una oficina conformada por un equipo de trabajo especializado que pueda prevenir, controlar y tener las suficientes herramientas para poder interceder con cada paciente en crisis que pueda presentarse bajo distintas modalidades (CPS, 2015).

La evidencia estadística en cuanto a la tasa porcentual de nuevos intentos de suicidios en este país ha disminuido significativamente. Por ende, se demuestra que el accionar de este protocolo, semejante a otros implementados a nivel mundial, ha logrado que el sistema de salud y profesionales a fin, puedan asistir con las herramientas e intervenciones adecuadas a aquellas personas que puedan estar bajo riesgo, y así continuar reduciendo la tasa porcentual de nuevos intentos (Instituto de Estadísticas de Puerto Rico [IEPR], 2019).

Estrategias a Nivel de Atención Clínica

El Modelo “Zero Suicide”. El modelo Zero Suicide (ZS) representa un marco estratégico para la creación de un enfoque sistemático en la prevención del suicidio y la mejora de la calidad del servicio del sistema de salud, con el objetivo operacional de “cero suicidios” (Labouliere et al., 2018). Este modelo nace como un concepto clave de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en Estados Unidos de América del 2012, para luego convertirse en una prioridad de la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio (Action Alliance), y un proyecto del Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio del Centro de Desarrollo Educativo (SPRC); el cual cuenta con el apoyo de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) (Zero Suicide [ZS], 2020b). La creencia fundamental de ZS es que las muertes por suicidio de las personas que reciben atención dentro de los sistemas de salud y de los sistemas de salud conductual se pueden prevenir (ZS, 2020b).

Este modelo se basa en siete elementos principales y fundamentales para la prevención del suicidio (ZS, 2020b). Cuatro de estos son elementos clínicos, de los cuales en primer lugar se encuentra identificar (*identify*), en donde se brindan guías sobre diferentes tipos de evaluaciones para detectar el riesgo de suicidio (ZS, 2020b). El siguiente elemento se denomina comprometer (*engage*), donde se recomienda la creación de un plan de manejo del suicidio personalizado y se hace énfasis en el uso del Plan de Seguridad y la importancia de la reducción de medios letales (ZS, 2020b). El elemento de tratar (*treat*) enfatiza la importancia de intervenciones específicas que estén basadas en la evidencia científica; tanto intervenciones breves para mantener la seguridad de forma inmediata, como intervenciones en periodos más largos que apunten a pensamientos y comportamientos suicidas (ZS, 2020b). Por último, se encuentra el elemento de transitar (*transition*), que se enfoca en la continua atención y monitoreo desde de cerca de los individuos suicidas (Labouliere et al., 2018).

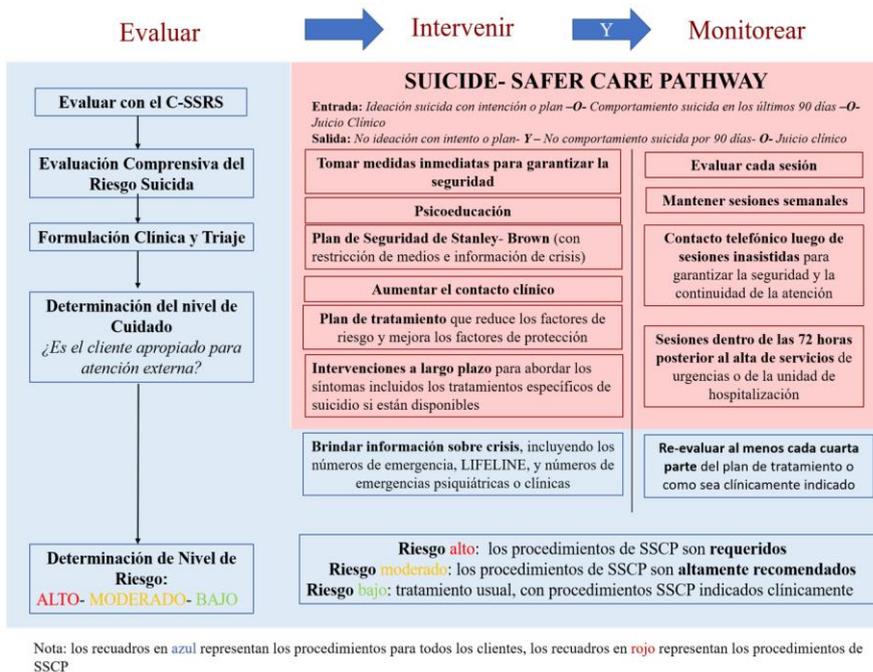
Los tres elementos restantes se basan en factores de implementación (Labouliere et al., 2018): liderar (*lead*) se refiere a la necesidad de emplear liderazgo y una administración para crear un cambio cultural sobre la prevención del suicidio (ZS, 2020b). Entrenar (*train*) se enfoca en la importancia de crear una red de trabajo competente para la prevención del suicidio, la cual establece que todos los miembros de la red de trabajo deben entrenarse para detectar posibles señales de riesgo de suicidio, y no solo los profesionales de la salud mental (ZS, 2020b). Y por último se encuentra el elemento de mejorar (*improve*), el cual se refiere a que antes de implementar nuevos procedimientos, las organizaciones deben mejorar sus prácticas clínicas actuales, para así determinar qué falencias deben de mejorar (ZS, 2020b).

El Modelo AIM- SP. De acuerdo con Brodsky et al. (2018), la manera de implementación del ZS se la realiza por medio del modelo “*Assess, intervene and monitor for Suicide Prevention*” (AIM-SP). Este es un modelo que brinda un marco de trabajo para reducir el riesgo del suicidio y fue elaborado por Barbara Stanley, directora de del programa Prevención, Capacitación, Implementación y Evaluación del Suicidio de la Universidad de Columbia y el Instituto de Psiquiatría de Nueva York (Suicide Prevention Center of New York, s.f).

Este modelo apunta a establecer una atención de cuidado básico para todos los pacientes que presenten algún tipo de riesgo de cometer un acto suicida (Brodsky et al., 2018). Sin embargo, para aquellos que presenten un riesgo mayor se toma el camino del *Suicide-Safer Care Pathway* (SSCP), el cual dentro del mismo modelo del AIM-SP, se basa en un cuidado especializado y en un aumento en el contacto con el clínico (Brodsky et al., 2018). Este modelo señala tres dominios que deben ser tomados en cuenta dentro de la práctica clínica y son esenciales para la disminución del riesgo del suicidio: evaluar (*assess*), intervenir (*intervene*) y monitorear (*monitor*) (ver figura 1) (Suicide Prevention Center of New York, s.f).

Figura 1

Procedimientos clínicos de “Assess, Intervene, and Monitor for Suicide Prevention”



(AIM-SP).

Nota: Esta figura fue traducida y tomada de Brodsky et al., (2018).

En la primera parte de este modelo, evaluar, condensa las investigaciones sobre las mejores prácticas en cuanto a la detección del suicidio (Suicide Prevention Center of New York, s.f). Así mismo, este modelo recomienda el uso de herramientas validadas para la detección, así como la versión New York State del Zero Suicide Screening de la Escala de Clasificación de Gravedad de Suicidio de Columbia (C-SSRS) (Brodsky et al., 2018). Esta evaluación en conjunto con la recopilación de información necesaria ayudará al momento de establecer el nivel adecuado de atención para un paciente en riesgo (Suicide Prevention Center of New York, s.f). Este punto es aplicado para todos los pacientes que presenten riesgo de suicidio (Brodsky et al., 2018).

Las secciones de intervención y monitoreo se diferenciarán entre los pacientes que presenten mayor riesgo y menor riesgo. Por lo tanto, si un paciente presenta alto riesgo durante la evaluación será colocado en el SSCP, lo cual involucraría un mayor monitoreo, intervenciones especializadas y un mayor contacto clínico (Brodsky et al., 2018). Con estos pacientes, la ideación suicida será evaluada cada sesión y se utilizará estrategias de intervención como la intervención de planificación segura (*safety planning intervention*) desarrollada por Stanley y Brown (Suicide Prevention Center of New York, s.f). El paciente puede salir del SSCP, luego de presentar 90 días sin intentos suicidas, planes o comportamientos suicidas (Brodsky et al., 2018).

En cuanto a los pacientes con menos riesgos, pueden recibir algunas intervenciones del SSCP, para lo que se necesitará del juicio del clínico para seleccionar las intervenciones indicadas (Brodsky et al., 2018). Estos pacientes deben de ser evaluados al menos cada cuarta parte del tratamiento (Brodsky et al., 2018).

Estrategias de Prevención en Ecuador

Sistema de Emergencia ECU 911. Debido a la alta tasa de suicidio en el país, se han implementado algunos programas o sistemas de atención para emergencias relacionados con la ideación suicida o intento de suicidio. El sistema de emergencia ECU 911 se enfoca en ofrecer atención inmediata y sistemática en situaciones de emergencia (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019). Una situación de emergencia se cataloga como un estado real o inminente de un suceso perjudicial, por lo que la contribución de entidades públicas de ayuda y protección resulta indispensable en este proceso de atención (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019). Este servicio puede ser utilizado por instituciones, clínicas, escuelas o profesionales privados, que buscan la prevención del suicidio, con el fin de intervenir si es que el paciente se encuentra en un estado de crisis o a intentado auto lesionarse (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019).

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 227, constituye que la administración pública brinda un servicio a la población que se preside por los principios de eficacia, calidad, organización, desconcentración, descentralización, coordinación, cooperación, planificación, transparencia y evaluación (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019). Bajo esta normativa en el país, la ejecución de un número único para optimizar la atención de las entidades de emergencia (Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos, Comisión Nacional de Tránsito, Ministerio de Salud Pública [MSP], Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], Secretaría de Gestión de Riesgos, Cruz Roja, entre otros) es la línea del 911 (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019). El Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 provee una vía veloz, simple y gratuita las 24 horas del día los 365 días del año a los medios de urgencia y seguridad (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019). Esta atención se provee a través de un servicio telefónico que proporciona atención individualizada a las llamadas ejecutadas por los ciudadanos, para posteriormente notificar y organizar a los diversos cuerpos facultados para proporcionar una solución a la eventualidad (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2019).

Manual de "Capacitación para Cuidadores Comunitarios en Suicidio". Este manual fue publicado por el MSP y elaborado en conjunto con miembros de la comunidad indígena Shoalhaven (comunidad de Australia), con el fin de tener conocimiento sobre las necesidades de la población nativa (MSP, 2019). Considerando que gran parte del porcentaje de individuos que cometen suicidio en Ecuador son indígenas, la cooperación de la comunidad Shoalhaven permitió acercarse más a los requerimientos de este grupo en cuanto a salud mental (MSP, 2019).

Los grupos indígenas pueden tener necesidades comunes, sin embargo, cada comunidad difiere de la otra, por lo que el manual busca que aquellas comunidades que

tienen necesidades similares entre sí cuenten con herramientas que les permita actuar y prevenir el acto, sensibilizando a la comunidad ante la posibilidad de que un miembro de su comunidad cometa suicidio (MSP, 2019). Dentro de los objetivos que tiene este manual está el capacitar acerca de la prevención del suicidio, también desarrollar destrezas que permitan intervenir de manera instantánea cuando se presente ideación suicida, informar sobre asistencias existentes que ofrezcan una intervención temprana, y finalmente contribuir en el desarrollo de conocimientos acerca de la salud mental en grupos como: comunidades, pueblos y nacionalidades que han sido afectadas por la experiencia de suicidio por un miembro o persona cercana y no han tenido acceso a un servicio de ayuda (MSP, 2019). Como parte de las estrategias, el documento presenta un protocolo a seguir en el caso de presentar un individuo con ideación o automutilación, como por ejemplo llamar a: 911, bomberos, ambulancias, Centro de Información de Envenenamiento 24 horas (CIATOX), establecimientos de salud (171 Asesoramiento opción 2), entre otros (MSP, 2019).

Línea de Atención de Auxilio Psicológico " El Teléfono Amigo". El Teléfono Amigo funciona como un medio de auxilio implementado en Ecuador, afiliado al Secretariado General de Servicio Voluntario (SEGESVOL) de Quito (Rompe el silencio Teléfono amigo te escucha, s.f). La Fundación Teléfono Amigo es una entidad con personería jurídica que brinda a la comunidad ecuatoriana la asistencia de escucha y ayuda mediante el servicio de llamada telefónica de forma anónima, confidencial y gratuita (Rompe el silencio Teléfono amigo te escucha, s.f). Con una experiencia de 26 años de servicio, el Teléfono Amigo presta sus servicios de llamada y ofreciendo además la atención individualizada en las áreas de psicología, orientación familiar y jurídica, a cargo de profesionales voluntarios (Rompe el silencio Teléfono amigo te escucha, s.f). La entidad, además proporciona cursos, talleres, charlas, entre otras actividades a institutos educacionales; apoyándose de empresas

públicas y privadas que quieran colaborar y patrocinar estos eventos (Rompe el silencio Teléfono amigo te escucha, s.f).

Aplicación de Auxilio Psicológico “Ánima Ec”. Con el fin de combatir los índices de suicidios (en especial de adolescentes y jóvenes) el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en conjunto con la Universidad Espíritu Santo (UESS) y la Agencia Publicitas Saatchi & Saatchi, presentaron el proyecto “Anima Ec” que tiene como objetivo reducir las estadísticas de suicidio a nivel nacional (Veletanga, 2019). El proyecto consiste en una aplicación móvil de auxilio psicológico, a través del cual se brindará apoyo a aquellos individuos que presenten ideación suicida y cuadros depresivos (Veletanga, 2019). Este servicio funciona vía telefónica, donde el individuo con ideación es dirigido hacia un grupo profesional especializado en suicidio; el mismo que está conformado por profesionales voluntarios del Instituto de Neurociencias de la UEES, los que brindan la contención necesaria que requiere el individuo en ese momento (Veletanga, 2019).

Propuesta Gubernamental “Estrategia Interinstitucional de Prevención del Suicidio con Enfoque en Adolescentes”. La “Estrategia Interinstitucional de Prevención del Suicidio con Enfoque en Adolescentes” es una propuesta que se encuentra actualmente en desarrollo; esta consiste en un plan de prevención realizado por el MSP, Ministerio de Inclusión Económica y Social, y el Ministerio de Educación (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019). Como se mencionó previamente, el MSP ya ha presentado guías de capacitación sobre ideación suicida, sin embargo, la implementación de la estrategia multisectorial busca fortalecer políticas públicas en salud mental para jóvenes, integrando no únicamente esta área, si no trabajando en conjunto con el sector poblacional comunitario y también el educativo (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019).

La estrategia, tiene como objetivo promover el acceso a información sobre el suicidio y metodología relacionada a la reducción de factores de riesgo del mismo (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019). Además de trabajar en prevención, psicoeducando en identificación de conductas que pretendan una ideación suicida (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019). Para el diseño de este plan se trabajó a partir de una mesa técnica compuesta por distintas entidades, a nivel estatal, municipios y también organizaciones de Derechos Humanos (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019).

Parte del plan es capacitar a las distintas autoridades, como a los dirigentes comunitarios en las comunidades indígenas; por otro lado, se busca también capacitar a docentes y profesionales de salud mental en las instituciones educativas, con el fin de trabajar en prevención adolescente (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019). Parte de la estrategia propone el establecimiento de una línea telefónica para personas en crisis que brindará atención y contención inmediata a personas que se encuentran en estados de emergencia de salud mental (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019). Las propuestas que pretende establecer esta nueva estrategia son diversas, sin embargo, hasta la actualidad únicamente se ha implementado psicoeducación a la comunidad y capacitaciones a docentes, y a dirigentes indígenas (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019). Se espera a futuro que se continúe con la aplicación de las estrategias y se logre una reducción significativa en las tasas de suicidio a nivel nacional (El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990, 2019).

Plan de Seguridad de la Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito. La Clínica de Salud Mental (CSM) de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) brinda atención ambulatoria, donde a través de la intervención

psicoterapéutica busca reducir el malestar, estrés, y trabajar en las relaciones interpersonales, sociales, académicas o laborales del paciente (CSM, 2019). La atención ambulatoria implica el desarrollo del tratamiento únicamente en el tiempo de sesión, la misma que es organizada bajo un agendamiento previo, por lo que en caso de enfrentar una emergencia como ideación o intento suicida el terapeuta evalúa la severidad del caso y establece un plan de seguridad, cuya finalidad es que el cliente no termine con su vida (CSM, 2019). El plan de seguridad se establece según las necesidades del paciente (CSM, 2019). Como parte del plan de seguridad se registra tres contactos cercanos al cliente con quienes se puede llegar a romper confidencialidad si la vida de este se encuentra en peligro (CSM, 2019). De la misma manera, se le informa sobre a quién acudir en casos de padecer una emergencia, refiriendo a servicios como el ECU 911, líneas de intervención en crisis o acudir a un sistema hospitalario de emergencia (CSM, 2019).

Conclusión

Tras haber realizado una revisión de literatura que abarca información relacionada con el suicidio tanto a nivel mundial como a nivel nacional, se puede concluir que en efecto es un tema complejo que puede variar, en cuanto a etiología de acuerdo a el país o zona estudiada, así como también de individuo a individuo; esto puede deberse a los diferentes contextos que tiene cada país y por ende los diversos factores de riesgo que se presentan, así como también a las herramientas que poseen como protocolos o estrategias de prevención. Como se ha expresado anteriormente, conocer los factores de riesgo y de protección es un paso fundamental que los organismos o gobiernos deben realizar al momento de crear programas de intervención ante el suicidio, ya que de esa forma se obtendrán indicios de cómo iniciar.

A nivel mundial, se ha logrado identificar distintos protocolos que toman acción frente crisis de suicidio, en los cuales se contempla la importancia de ciertos factores como: el compromiso de los actores en el desarrollo de protocolos (organizaciones, sistemas, fundaciones, entre otros ordenamientos), el análisis de la problemática a nivel poblacional dependiendo el país o continente y la identificación de los límites y posibles soluciones de estos. Así mismo, estos recalcan la importancia de una valoración de los recursos con los que se cuenta, con el fin de idear una solución que se ajuste a las necesidades y realidades.

En el Ecuador no hay un consenso a nivel nacional que incluya aspectos sanitarios, clínicos y legales. A pesar de esto, se han tomado algunas medidas ante esta grave problemática, es así como se han implementado algunas estrategias como métodos de prevención y asistencia de suicidio; sin embargo, no se cuenta en la actualidad con un protocolo nacional que establezca concretamente planes estratégicos para la prevención y los pasos a seguir durante una posible emergencia por intento de suicidio. A pesar de estos diferentes proyectos de prevención establecidos en nuestro país, parece ser que aún estos carecen y no son suficientes para los incrementos en estadísticas; por ello se considera imperativo, que tanto gobierno, como diferentes organizaciones y sistemas de salud intervengan y formen un equipo para el establecimiento de un protocolo que tome en cuenta todos los factores y necesidades de las personas en riesgo de cometer un acto suicida.

CAPÍTULO 2

Dinámica de la Organización

Antecedentes Históricos

La CSM se origina como una iniciativa del Departamento de Psicología de la USFQ, en convenio con los Sistemas Médicos USFQ, en el año 2016. La CSM se conforma con el objetivo de reforzar las prácticas clínicas preprofesionales de los estudiantes de pregrado de Psicología Clínica, mediante un ambiente clínico y hospitalario que promueva la instrucción de nuevos profesionales en un sistema multi e interdisciplinario (CSM 2019).

Actualmente la CSM, brinda servicios particulares ambulatorios a la comunidad con una amplia gama de profesionales clínicos especializados en distintas áreas y alumnado que cursa su entrenamiento formativo en pregrado y maestría en Psicología Clínica, en colaboración del grupo de Alumni (CSM, 2019).

Estos servicios, abarcan tratamientos psicológicos enfocados en la prevención, desarrollo e intervención en psicoterapia. Siendo estos accesibles para todo público (infantes y adultos) y ofreciendo así la asistencia continua en “Terapia Individual, de Pareja, Familiar, Grupal y Evaluaciones de diagnóstico en Neuropsicología, Evaluación vocacional y déficit cognitivo” (CSM, 2019). Hoy por hoy, la mayoría de los pacientes de CSM, pertenecen a la USFQ y a la comunidad externa. Los usuarios provienen de distintos grupos etarios, de la ciudad de Quito o de distintas partes del país (CSM, 2019).

Marco Legal y Normativo de la CSM

La CSM ejerce sus servicios de salud mental rigiéndose a las políticas expuestas en el marco legal presentado a continuación por la USFQ (2019):

- Constitución de la República del Ecuador 2008, Asamblea Constituyente (Art. 3,32,35,66, 364)

- Plan Nacional del Buen Vivir 2017, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
- Ley Orgánica de la Salud 2011, Ministerio de Salud Pública (Art. 3 lit. 2, Art. 20, Art. 87)
- Código Orgánico Penal 2014, Asamblea Nacional (Art. 330)
- Convenios, Acuerdos Internacionales
- Reglamento Interno de Trabajo de SIME USFQ, Sistemas Médicos Universidad San Francisco de Quito
- Manual del Estudiante y del Profesor USFQ, Universidad San Francisco de Quito

Es importante mencionar que la profesión de Psicología no sostiene normas de regulación particulares, sin embargo, la CSM se ajusta a las presentadas previamente (USFQ, 2019).

Misión, Visión y Valores de la CSM

Misión de la CSM

La CSM realiza su labor bajo el marco de misión institucional de la USFQ y el SIME (CSM, 2019). La misión de la CSM es aumentar la accesibilidad a servicios de salud mental que mejoren el bienestar comunitario (CSM, 2019). Del mismo modo, busca cooperar en el desarrollo, preparación e instrucción de psicólogos clínicos con los mejores estándares de atención y aprendizaje (CSM, 2019).

Visión de la CSM

La CSM se centra en la salud mental, lo cual es importante en el desarrollo saludable tanto personal, como educativo y laboral (CSM, 2019). La CSM busca concientizar sobre la importancia del bienestar mental, así como apunta a desestigmatizar las enfermedades

mentales para incrementar la posibilidad de que quienes las padecen puedan acceder a servicios de salud mental/psicológicos, y puedan ser incluidos socialmente (CSM, 2019).

Valores de la CSM

Entre los valores que guían las actividades de la CSM está la evidencia científica, novedad e innovación, eficacia y efectividad, inclusión social, educación ética, supervisión y seguridad, trabajo en equipo y accesibilidad (CSM, 2019).

La evidencia científica se cataloga como un valor dentro de la CSM, debido a que tanto profesionales como alumnado en entrenamiento ejercen sus labores en base a prácticas con evidencia e investigación científica (CSM, 2019), al igual que en el uso de herramientas psicológicas novedosas, innovadoras, efectivas como también eficaces (CSM, 2019).

La inclusión social se relaciona con la atención y predisposición del personal capacitado, pues se busca integrar socialmente a quienes han sido estigmatizados por presentar algún tipo de enfermedad mental (CSM, 2019). En cuanto a la educación ética, se refiere a que la CSM cuenta con personal capacitado a través de un aprendizaje educativo que se caracteriza por estar basado en la ética (CSM, 2019). A su vez, la CSM toma en cuenta a la supervisión como uno de sus valores, con el objetivo de velar por la seguridad de sus profesionales y pacientes (CSM, 2019). Así, como otro de los valores más destacados en la clínica está el trabajo en equipo, donde todo el personal se compromete a servir profesional y éticamente al paciente. Finalmente, se encuentra la accesibilidad, que se basa en una prestación del servicio a la comunidad a través de costos accesibles que permita tanto a mayorías como minorías beneficiarse del mismo (CSM, 2019).

Equipo Profesional de la CSM

La CSM cuenta con un equipo clínico, responsable de distintas áreas, cada uno cumple con una responsabilidad asignada, estas áreas se encuentran compuestas por un director clínico, asistente administrativo, psicólogos especialistas, supervisores docentes, y

terapeutas internos pertenecientes a la maestría, pregrado y del proyecto Alumni (alumnos egresados de la carrera de pregrado de Psicología Clínica) (CSM, 2019).

Área Profesional

Director Clínico. El Director Clínico supervisa y administra el servicio que la CSM brinda a la población (CSM, 2019). Ocupa decisiones y asuntos relacionadas con el ámbito clínico, financiero, ético, marketing, tecnológico, educativo y también de recursos humanos (CSM, 2019). Sarah Brown, asistente administrativa de la CSM menciona que dentro de las tareas delegadas a cumplir por el Director Clínico están el desarrollo e implementación de estrategias que permitan conservar la estabilidad y equilibrio en el programa, manteniendo tanto la visión como la misión que tiene la clínica, así como también, evolucionar progresivamente (S. Brown, comunicación personal, 19 de marzo de 2020). Además, parte de la labor del Director Clínico está el garantizar el cumplimiento de estándares éticos, así como también de normas por parte de todo el personal que conforma el equipo clínico (CSM, 2019).

Asistente Administrativo. El asistente administrativo es el encargado de la organización, coordinación y ejecución de tareas que giran en torno a la administración de la clínica (CSM, 2019). Así mismo, desempeña tareas como la asignación de citas, reagendamientos, contacto con terapeutas, asignación de especialistas entre otras funciones (S. Brown, comunicación personal, 19 de marzo de 2020).

Psicólogos Especialistas. Los psicólogos especialistas son, en su mayoría, profesionales con títulos de tercer o cuarto nivel, especializados en diversos campos de la salud mental (CSM, 2019). Estos profesionales brindan servicios de psicoterapia y evaluación (CSM, 2019).

Actualmente, la CMS cuenta con un equipo de dieciséis profesionales dentro de psicoterapia, de los cuales trece ejercen dentro de los establecimientos del SIME en

Cumbayá, dos dentro de la sucursal del sector del parque La Carolina y uno en la sucursal del SIME en el sector de Valles de los Chillos (S. Brown, comunicación personal 19 de marzo de 2020). La CSM también cuenta con un equipo que se destina a la evaluación neuropsicológica y psicopedagógica; este se conforma por cuatro profesionales, los cuales se han especializado en neuropsicología, evaluación cognitiva, evaluación vocacional y evaluación psicopedagógica; dentro de esta modalidad, profesionales de Psicoterapia también prestan sus servicios de evaluación (S. Brown, comunicación personal, 19 de marzo de 2020).

Área Formativa

Supervisores Docentes. Los supervisores docentes, son profesionales con título de tercer o cuarto nivel en psicología clínica (CSM, 2019). De acuerdo con la Guía de la CSM, elaborada en el 2019, estos profesionales poseen el registro de sus títulos dentro la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SENESCYT) y dentro del MSP; adicional a este registro, estos profesionales cuentan con el código profesional para el ejercicio profesional emitido por el MSP (CSM, 2019). Entre las tareas de los supervisores se encuentran: acompañar a los estudiantes dentro de las sesiones y mantener supervisión semanal de forma grupal o individual con los mismos (CSM, 2019).

Según la coordinadora del programa de prácticas formativas de pregrado de psicología clínica, Andrea González, el mismo cuentan con tres supervisores (comunicación personal, 19 de marzo de 2020). Y de acuerdo con Mariana García, asistente administrativa del programa de maestría de Psicología Clínica, esta cuenta actualmente con un equipo de tres supervisores (comunicación personal, 20 de marzo de 2020).

Terapeutas Internos. Son estudiantes de último año del programa de pregrado de la carrera de Psicología Clínica y los estudiantes del programa de maestría de Psicología Clínica (S. Brown, comunicación personal, 19 de marzo de 2020). Los estudiantes realizan prácticas formativas, en las cuales adquieren las destrezas y habilidades necesarias para la práctica o

ejercicio profesional independiente luego de su titulación (CSM, 2019). Actualmente, en el programa de pregrado se encuentran cinco estudiantes realizando sus prácticas formativas (A. González, comunicación personal, 19 de marzo de 2020), y en el programa de maestría se encuentran diez (M. García, comunicación personal, 20 de marzo de 2020).

Alumni. El proyecto Alumni fue implementado por la CSM, y está conformado por Psicólogos Clínicos egresados de la USFQ (A. González, comunicación personal, 19 de marzo de 2020). El objetivo del proyecto es permitir a los recién egresados continuar practicando para perfeccionar el desarrollo de sus habilidades terapéuticas y por lo mismo su efectividad (A. González, comunicación personal, 19 de marzo de 2020). Según la coordinadora del proyecto, menciona que actualmente cuentan con nueve profesionales realizando prácticas y brindando servicios de salud mental en la clínica (A. González, comunicación personal, 19 de marzo de 2020).

CAPÍTULO 3

Descripción del Desafío

Introducción

En el Ecuador existen ciertas dificultades en el manejo clínico preventivo de conductas de riesgo como es el suicidio. Esta problemática puede estar relacionada con la ausencia de un protocolo nacional de seguridad que trabaje continuamente ante esta situación. (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020). A continuación se presentan los detalles de la problemática específica que mantiene la CSM y las visiones de esta desde variadas perspectivas.

Problemática

Actualmente, existen ciertas contrariedades que presenta la CSM, entre estas: la falta de un protocolo de prevención del suicidio actualizado y fundamentado en la evidencia científica, así como también existe una falta de lista de sistemas de ayuda y personal capacitado donde puedan ser referidos y tratados por un tiempo los pacientes con ideación y / o intento suicida (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020). Por ello, a continuación se presentará la visión de distintos profesionales de salud mental sobre esta problemática.

Visión Especialista del Ministerio de Salud

Según Maritza Troya, especialista del cuidado permanente del Proyecto de Salud Mental del MSP, se encuentra actualmente programando distintos proyectos que abarcan el cuidado de la salud mental (M. Troya, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Sin embargo, comenta que uno de los problemas que tiene el Ecuador en cuanto al manejo de la prevención del suicidio, se debe a que existe una estrategia con un radio de acción muy limitado, relacionado con la manera desarticulada con la que trabajan las instituciones ya que

llevan a cabo acciones aisladas (M. Troya, comunicación personal, 13 de abril de 2020). De la misma manera, como ya se ha mencionado en la literatura previa parte de la problemática de prevención es la existencia de escasos recursos comunitarios oficiales para prevenir el suicidio, por lo que contar con una estrategia multisectorial es una de las necesidades más grandes en cuanto a salud mental (M. Troya, comunicación personal, 13 de abril de 2020). De tal manera, se permitirá tener acciones articuladas y coordinadas entre instituciones, así como también un financiamiento de estas (M. Troya, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Es por ello, que para la prevención del suicidio es necesario visualizar las estrategias desde un enfoque multisectorial pues es una problemática multidimensional y multifactorial, trascendiendo de factores individuales como los aspectos demográficos, culturales, entre otros; siendo esto una base fundamental para desarrollar prácticas de prevención con acciones universales (M. Troya, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

Visión de la Directora de la CSM

Desde la perspectiva de la Directora actual de la CSM, Mariel Paz y Miño; el problema más grande relacionado al manejo del suicidio en Ecuador es que no se cuenta con protocolos muy claros y considera que esto debería ser reforzado, ya que una de las metas dentro de la terapia es salvaguardar la vida del paciente (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Así mismo comenta que un buen protocolo debe tener en cuenta la protección no sólo del terapeuta, sino también del paciente (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

En cuanto al protocolo que mantiene la CMS, la directora expresa que se han venido estableciendo protocolos más concisos que involucran la constante capacitación del personal sobre el suicidio (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Para ella es importante que el protocolo que se establezca sea sólido y claro, ya que de esta forma se le da

seguridad al paciente y crea un sentido de confianza, dado a que este podría percibir que la clínica está intentando proteger su vida (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Con este tipo de protocolos, centrados en la seguridad del paciente, se busca crear una buena relación terapéutica, para que de esa forma se asegure la adherencia del paciente a la terapia (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Ella expresa desde su experiencia profesional, que la mejor forma de prevenir un suicidio es que establezca y se mantenga una relación terapéutica fuerte, así como también resalta la importancia del establecimiento de pasos a seguir en caso de que el paciente se encuentre en crisis y que estos estén basados en técnicas de afrontamiento (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

De la misma forma, la Directora explica el proceso cuando un paciente presenta ideación suicida dentro de la CSM: el caso entra directamente a la discusión semanal del comité de ética e inmediatamente se empieza a establecer protocolos, dentro de lo que comprende el contrato de seguridad, un control y seguimiento del paciente con su familia (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Por lo tanto, ella percibe que el trabajo que está realizando la CSM en aras de prevención del suicidio es adecuado, sin embargo, expresa que este debe ser consolidado y reforzado, expresando que siempre hay necesidad de mejoramiento y actualización no solo en este protocolo, sino de modo general (M. Paz y Miño, comunicación personal, 13 abril de 2020).

Visión de la Administración de la CSM

Sarah Brown, actual asistente administrativa de la CSM, considera que la clínica cuenta con un plan de seguridad programado para intervenir en estos casos: un contrato de seguridad que propone al paciente con ideación suicida comprometerse a no consumir el acto suicida (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020). A pesar de esto, Brown

menciona que la decisión o actos que pueda cometer el paciente tras firmar el plan de seguridad puede ser ambiguo (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020). Pues al no funcionar como una intervención inmediata, no garantizará tampoco una reducción de las posibilidades de riesgo suicida; además de no existir suficiente evidencia científica de que el contrato impedirá la consumación del suicidio (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020).

Sara, expresa también, que dentro del sistema de salud del Ecuador no existe un protocolo de intervención y prevención en auxilios psicológicos, por lo tanto, el personal de atención al cliente realmente no posee una instrucción especializada ante este tipo de situaciones de alto riesgo (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020). A partir de la ausencia de un protocolo, se deriva la falencia de referencias de profesionales de la salud especializados o centros de atención de emergencia que puedan atender a pacientes en riesgo (S. Brown, comunicación personal, 23 de marzo de 2020).

Visión de un Psicólogo Clínico Especialista

Richard West, Phd., Psicólogo Clínico y profesor de la carrera de Psicología en la USFQ y director del Centro Terapéutico OASIS (Bienestar y Salud), comenta que él desconoce la existencia de un manejo protocolario para crisis de suicidio en el sistema de salud a nivel nacional (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Añade que las leyes vigentes del Ecuador normalizan que, si algún paciente o personas aledañas al mismo son violentadas o bajo alguna circunstancia se encuentran en una situación de riesgo, automáticamente el terapeuta reporta la situación al departamento de emergencias del 911 (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020).

Por otro lado, recalca que en una situación de riesgo como es una crisis de suicidio, es necesario aplicar un plan de protección y un contrato de seguridad (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Él menciona que la funcionalidad de un contrato de seguridad es cuestionable debido a que no hay la suficiente evidencia que sostenga su efectividad y resalta que realmente el protocolo de una crisis debería enfocarse más en la planificación del cuidado y protección del paciente (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Cree que este tipo de contratos de seguridad o de prevención de suicidio, pueden tener ciertos impedimentos en cuanto a cómo recae la responsabilidad del terapeuta si su paciente firma y al salir de consulta este atente contra su vida (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Por ende, su recomendación es que en el ámbito de prácticas Pre Profesionales el peso de la responsabilidad no debería recaer únicamente en el interno, sí no en la totalidad del equipo que guía a los estudiantes (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020).

De modo que, en su práctica privada ejecuta para cada uno de sus pacientes, que por alguna razón o circunstancia se encuentren en peligro, un plan totalmente especializado y estructurado, que mantenga la integridad del paciente bajo protección continua (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Parte de este plan es contactar a dos familiares o amigos del paciente, lo cual involucra romper confidencialidad comprometiendo dentro del tratamiento a estas personas y poniéndolas al tanto de la crisis del paciente, ya que la responsabilidad de una vida no puede recaer únicamente en el terapeuta (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). En ciertos casos, si un paciente necesita ser internado, automáticamente es referido a un psiquiatra para que pueda impartir una valoración diagnóstica que incluya o no medicación (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Dependiendo de la gravedad del caso, se traslada a la persona por medio de la asistencia del 911 al hospital o clínica más cercana (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020).

En efecto, West cree que la falta de un buen sistema de seguridad durante una crisis de esta magnitud requiere que los profesionales de la salud mental se preparen mejor y tengan mayor conocimiento de leyes, recursos comunitarios como qué hospitales o clínicas son adecuados, establecer contacto con excelentes colaboradores del ámbito médico, entre otras cosas (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020). Menciona que cada paciente en crisis es un reto y por lo mismo se necesita un poco más de profesionalismo en el Ecuador ya que es un requerimiento importante en comparación a cómo se maneja este tipo de intervenciones en otros países (R. West, comunicación personal, 09 de abril de 2020).

Visión Alumni

David Barragán, Psicólogo Clínico graduado en la USFQ, menciona que desde su perspectiva que el sistema de prevención actual en Ecuador no presenta investigación sobre la población ecuatoriana con referencia a ámbitos sociales, demográficos y económicos; siendo esta fundamental debido a que las características de la población ecuatoriana pueden influir en las respuestas a protocolos desarrollados (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Barragán comenta que hay una ausencia de protocolos en intervención de situaciones específicas en crisis (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Por otro lado, considera que la CSM tiene una gran capacidad para manejar estos casos, pues expresa que, durante sus prácticas preprofesionales en la CSM, se enfrentó a un caso en donde tuvo que manejar a un paciente en crisis y actuó según lo descrito en el protocolo de la CSM, es decir el contactarse con el supervisor y llamar al ECU 911 (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). A pesar de lo mencionado, comenta que es importante concientizar a las personas, ya sea mediante el uso de talleres, charlas o campañas, sobre la ideación suicida para eliminar los mitos que los rodea y fortalecer el apoyo social, el cual es un factor de protección indispensable (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

Respecto al manejo del suicidio en Ecuador Barragán menciona que existe un déficit en cuanto a estrategias de prevención, pero que se pueden hallar recursos de prevención en fundaciones (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Así es como dentro de su práctica laboral, él hace uso de los recursos de apoyo comunitarios de la Fundación Equidad tales como: los grupos de apoyo y la red de “escuchas” conformado por personal de salud que está las 24 horas brindando auxilio psicológico (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Ante una situación de crisis, Barragán ha hecho uso de primeros auxilios psicológicos y el modelo ABCDE (Escucha activa, reentrenamiento en la ventilación, categorización de necesidades, derivación a redes de apoyo y psicoeducación) (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

Barragán comenta que uno de los retos a los que se ha enfrentado al atender pacientes suicidas es el impacto emocional que esto le puede ocasionar al terapeuta (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Considera que esto ha sido un reto, debido a que no recibió formación en crisis, es decir, como terapeuta que es lo que debe hacer en una situación de crisis (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). También le ha resultado difícil el no saber a dónde derivar, ya que es difícil encontrar profesionales bien formados para manejar una situación de esta magnitud (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

Basándose en sus necesidades como profesional y en su experiencia con pacientes que presentan ideación suicida, Barragán sugiere el desarrollo de lugares psicoeducativos para promocionar la salud mental y prevenir el suicidio que brinden estrategias de manejo y afrontamiento (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020). Así mismo, expresa que debe desarrollarse líneas de apoyo con personal capacitado, por ejemplo, los del ECU 911 deben ser capacitados en la prevención de suicidio (D. Barragán, comunicación

personal, 13 de abril de 2020). Barragán afirma que el desarrollo de centros de psicoeducación, así como la elaboración de protocolos y la capacitación a agentes de seguridad, profesionales de la salud en la prevención del suicidio puede mejorar el manejo de casos en crisis y reducir los índices del suicidio (D. Barragán, comunicación personal, 13 de abril de 2020).

Conclusión

Como se puede evidenciar a partir de las entrevistas realizadas a varios especialistas y profesionales de la salud mental, existe la necesidad de mejorar el sistema público y privado de salud mental a nivel nacional. Por otro lado, es de conocimiento de la mayoría de los profesionales entrevistados que debe aplicarse algún protocolo ante una crisis de suicidio. El grupo de entrevistados argumenta que en su práctica profesional toma las debidas estrategias y precauciones de seguridad para manejar situaciones de riesgo suicida. Ante todo, resaltan que es necesario mejorar los recursos comunitarios y las estrategias emergentes. Todos afirman que es necesario prestar más atención a varios aspectos que involucran el manejo de intervenciones, protocolos, contratos de seguridad y una planificación de cuidado. Así mismo, es importante, satisfacer el requerimiento de educación continua a aquellos especialistas o personal sanitario que trabaje con esta población, ya que este tema presenta un alto riesgo e involucra conocimiento en el ámbito médico y jurídico.

Algunas de las problemáticas que la CSM posee eventualmente provienen de la documentación actual, que es parte del protocolo actual de intervención que la clínica efectúa en crisis de suicidio. Del mismo modo, algunos entrevistados sugirieron el considerar la efectividad y aplicación de los Contratos de Seguridad. Por ende, la recomendación asiente una ampliación de cláusulas que protejan la integridad del paciente y al terapeuta de mala

práctica profesional. Entre esto, hay que asegurar que el Plan de Seguridad pueda ser además aplicado en base a las necesidades individuales de cada uno de los pacientes.

Por esa razón, se requiere una reestructuración inmediata del protocolo de intervención que engloba la documentación anteriormente mencionada (plan y contrato de seguridad); en consecuencia, es necesario trabajar en la organización del sistema en cuanto al manejo de prevención del suicidio por parte del equipo, buscando brindar una atención óptima y proporcionar protección ejemplar tanto al paciente como al terapeuta en el ámbito profesional, ético, médico y jurídico.

CAPÍTULO 4

Propuesta

Luego de haber hecho una revisión a través de las mejores prácticas en cuanto a la prevención del suicidio, se propone el modelo ZS como primera solución para la reestructuración del protocolo de prevención del suicidio de la CSM. Se ha considerado este modelo, debido a que representa un marco para coordinar un enfoque multidimensional para implementar prácticas basadas en evidencia científica (Brodsky et al., 2018). Las organizaciones que han implementado el uso de este modelo han reportado una reducción del 60-80% en la tasa de suicidio entre los individuos bajo atención (Suicide Prevention Center, 2020). De igual manera, ante la falta de una lista de referencias de lugares o profesionales a los cuales los pacientes puedan acudir se propone una lista de referencias donde pacientes con ideación o conducta suicida pueden ser referidos y tratados.

Descripción del Modelo

El modelo de ZS funciona como un enfoque integral y organizacional para la atención del suicidio cuyo fin es la reducción del riesgo de suicidio para todos los individuos atendidos en los sistemas de atención de salud mental (ZS, 2020b). El marco de ZS se basa en la responsabilidad más relevante de la atención médica, el compromiso con la seguridad del paciente y de la misma manera la seguridad y contención del equipo clínico que trata a los pacientes con ideación suicida (ZS, 2020b). ZS busca que su implementación transforme la perspectiva de intervención de la prevención del suicidio en los sistemas, afirmando que el compromiso no debe ser asumido de manera única por profesionales clínicos, pues requiere un enfoque de todo el sistema de atención con el fin de obtener resultados positivos (ZS, 2020b).

ZS inicia como una clave de la National Strategy for Suicide Prevention (NSSP) en el 2012 (ZS, 2020b). Esta estrategia exige y destaca la importancia de la prevención del

suicidio como un componente central de los servicios que asisten en la salud mental, además de lo indispensable que es la implementación de prácticas clínicas y profesionales tanto para la evaluación del riesgo de suicidio como para su intervención (ZS, 2020b). Al mismo tiempo, ZS fue tomado como modelo principal de la Alianza Nacional para la Prevención del Suicidio (Action Alliance), una asociación pública y privada que origina la NSSP al sostener como prioridad nacional a la prevención del suicidio (ZS, 2020b). Así mismo, fue un proyecto del Centro de Desarrollo Educativo Suicide Prevention Resource Center (SPRC), sustentado por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (ZS, 2020b).

Elementos Fundamentales para el Cuidado del Suicidio

El equipo de trabajo de atención e intervención clínica de *Action Alliance* investigó distintos enfoques que han sido exitosos reduciendo significativamente las tasas de suicidio (ZS, 2020b). Por lo que identificó siete elementos fundamentales para la atención y prevención del suicidio que los sistemas de salud y salud mental deberían adoptar: liderar, capacitar, mejorar; elementos clínicos: identificar, comprometer, tratar, y transitar (ZS, 2020b).

Elementos de Implementación.

Liderar. Refiere a generar un cambio cultural sobre la prevención del suicidio, en donde se convence y motiva al personal a creer en la prevención de este (ZS, 2020b). Además, sugiere el proporcionar apoyos tangibles para el desarrollo de un ambiente seguro y libre de culpa, lo que podría ser catalogado como cultura justa, en donde no se fomenta la culpa al profesional de manera particular, pero si se promueve el compromiso por parte de todo el equipo (ZS, 2020b). El liderazgo debe iniciar desde el establecimiento de políticas que fomenten un entorno transparente y responsable, donde la prevención del suicidio sea un problema que tratar por todo el sistema y no únicamente por los psicólogos profesionales

(ZS, 2020b). Se menciona dos unidades que deben ser impulsadas por el liderazgo, el primero el cual está relacionado al cambio cultural, es movilizar al personal a creer que el suicidio puede ser prevenido, y el segundo crear la perspectiva de que el objetivo de conseguir cero suicidios es inquebrantable (ZS, 2020b).

Capacitar. La capacitación sobre la prevención del suicidio e información sobre el mismo es un elemento indispensable para todo protocolo (ZS, 2020b). El modelo plantea la necesidad y desarrollo de una fuerza laboral en donde todo el personal correspondiente al sistema debe estar capacitado y tener conocimiento sobre los posibles signos que demuestren riesgo de suicidio y además de saber cómo interactuar con pacientes suicidas de manera efectiva, independientemente del rol que ejerzan en la clínica (no únicamente psicólogos) (ZS, 2020b).

El modelo, menciona que es importante que el personal comprenda que la atención segura del suicidio inicia cuando el paciente ingresa por primera vez al sistema desde la puerta (ZS, 2020b). Por lo que es indispensable que todo el personal cuente con las habilidades necesarias para atender de manera eficaz al paciente, y a su vez incrementando su seguridad para brindar atención y asistencia a pacientes con ideación suicida (ZS, 2020b).

Para una atención eficaz el ZS (2020b) plantea que se debe realizar una evaluación al personal que permita identificar si se encuentran capacitados y cuentan con las habilidades necesarias para cuidar a las personas con riesgo suicida. Para la evaluación de las habilidades del personal, es necesario enfocarse en el conocimiento, practicas, y confianza con la que cuenta para aportar una atención más segura, por lo que es necesario que se realice al menos cada tres años dicha evaluación (ZS, 2020b). Para conseguir capacitaciones exitosas se menciona la importancia de asegurarse que los fundamentos del ZS estén comprendidos por la organización, además de informar al personal sobre protocolos y políticas relevantes para el rol y responsabilidades de cada miembro del equipo. (ZS, 2020b). Al igual, es importante

que se brinde capacitación básica que esté respaldada por investigación sobre identificación de comportamientos o signos de suicidio a todo el personal (ZS, 2020b). Por otro lado, se sugiere capacitar únicamente al personal clínico sobre habilidades en evaluación, manejo y planificación de tratamiento en donde se incluye el plan de seguridad y reducción a medios letales, además de organizar un entrenamiento avanzado que profundice habilidades y a su vez incrementa la confianza de sí mismo y su efectividad (ZS, 2020b).

Mejorar. Este elemento, destaca la necesidad de una mejora que se realice en base a datos (ZS, 2020b). Esto refiere a una evaluación previa de las prácticas clínicas actuales, tomando en cuenta actitudes y capacidades para así poder identificar cuáles son las necesidades en cuanto a conocimiento y práctica del personal (Labouliere et al., 2018). Posterior a esto, se desarrolla un plan de implementación que se basa en las necesidades que han sido determinadas, empleando la recolección de datos como base para evaluar el progreso, evaluar el esfuerzo del profesional, y motivar el compromiso (Labouliere et al., 2018).

Elementos Clínicos.

Identificar. En este paso, las organizaciones deben de evaluar a todos los pacientes, para identificar posible riesgo de suicidio (ZS, 2020b). La detección se debe hacer con la misma herramienta de evaluación y se la debe hacer en el primer contacto y en todas las sesiones subsecuentes (ZS, 2020b). La forma de crear una evaluación involucra tres aspectos importantes: reunir información completa sobre ideas y comportamientos suicidas pasados, recientes y presentes del paciente; recopilar información sobre el contexto y el historial del paciente; y sintetizar la información en una formulación de riesgo de suicidio que esté orientada en un plan de intervención (ZS, 2020b).

El propósito de la evaluación no es predecir si es que el individuo podría suicidarse, sino más bien hacer el mejor trabajo posible para brindar seguridad y así reducir el riesgo y

umentar el bienestar y la recuperación (ZS, 2020b). Las evaluaciones, ZS (2020b), establece que son un punto fundamental, aún más si la organización va a ofrecer una atención integral luego de que se identifique un sujeto en riesgo. Entre las evaluaciones que el ZS recomienda se encuentran: el *Patient Health Questionnaire* (PHQ), el *SAFFE-T*, el *Columbia- Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), el *Ask Suicide- Screening Questions* (ASQ) y el *Patient Safety Screener* (PSS-3) (ZS, 2020b).

El PHQ es un cuestionario utilizado en centros de atención primaria y contiene ítems que evalúan pensamientos depresivos (ZS, 2020b). Existen dos versiones, la PHQ-2 contiene sólo dos ítems y si el paciente contesta positiva a cualquiera de estas se procede a ser evaluado con la versión PHQ-9 que posee nueve ítems (ZS, 2020b). El SAFE-T es una evaluación que se direcciona a detectar de forma exhaustiva la naturaleza y el alcance de los pensamientos y comportamientos suicidas (ZS, 2020b). Por esta razón esta herramienta es adecuada para ser utilizada en centros de atención ambulatorios (ZS, 2020b). El C-SSRS es otra herramienta recomendada por el modelo del ZS, y está basada en evidencia; la cual es útil para identificar si alguien está en riesgo de suicidio, evaluar la gravedad e inmediatez de ese riesgo y medir el nivel de apoyo que necesita la persona (The Columbia Lighthouse Project, 2016). El ASQ es otro método de detección que puede ser útil para detectar exitosamente a individuos de entre 10 y 24 años en riesgo de suicidio y consta de cuatro preguntas que pueden ser validadas y usadas en departamentos de emergencia con población pediátrica (ZS, 2020b). Y, por último, se encuentra el PSS-3, el cual es una herramienta para detección de riesgo suicida que puede ser utilizada en cualquier tipo de población, no solo en población psiquiátrica. Esta herramienta incluye preguntas referentes a depresión e ideación suicida dentro de las pasadas dos semanas (ZS, 2020b).

Comprometer. En este elemento, según ZS (2020b), todos los pacientes identificados como pacientes en riesgo de suicidio son agregados a un plan de manejo del cuidado del

suicidio, el cual es monitorizado y documentado dentro de la ficha clínica electrónica, que incluye los resultados de cada evaluación, la formulación del riesgo, y los planes de cuidado específicos de cada paciente (ZS, 2020b). Estas fichas deben de ser revisadas de forma periódica para asegurarse de que el riesgo del suicidio está siendo evaluado y registrado por cada miembro del personal designado para hacerlo (ZS, 2020b).

Tratar. En este elemento se da énfasis al tratamiento basado en evidencia científica (ZS, 2020b). En el modelo ZS se proporcionan intervenciones específicas para el suicidio, además de tratamientos para otros problemas de salud mental (ZS, 2020b). Las intervenciones basadas en evidencia incluyen tratamientos diseñados para tratar el riesgo de suicidio directamente (ZS, 2020b). Algunas de las intervenciones que el ZS (2020) recomienda son: el contacto “afectuoso” sin demanda (*Non-demand “caring contacts”*), terapias estructuradas o terapias de resolución de problemas y el *collaborative assessment and management of suicidality* (CAMS) (ZS, 2020b).

El contacto afectuoso sin demanda se refiere a un seguimiento por parte de la organización a los pacientes de alto riesgo que han sido dados el alta (ZS, 2020b). Este tipo de intervención no es un tratamiento en sí, pero existe evidencia de que puede ser una herramienta poderosa al momento de prevenir el suicidio (ZS, 2020b). Esta intervención comprende de postales, cartas con breves explicaciones de cuidados, y/o contacto telefónico o por medio de correo electrónico (ZS, 2020b). Con este tipo de contacto se puede comprometer al paciente con el tratamiento y hacer un seguimiento de aquellos pacientes que se encuentran reacios a la terapia (ZS, 2020b).

Entre los enfoques de terapias recomendados por el ZS se encuentran la terapia cognitiva conductual para la prevención del suicidio (CBT-SP), la cual está basada en los principios de la terapia cognitiva conductual, la terapia dialéctica conductual y otras terapias dirigidas para adolescentes y adultos suicidas y depresivos (ZS, 2020b). Este enfoque incluye

estrategias de reestructuración cognitiva, estrategias de regulación emocional, entre otras (ZS, 2020b).

El CAMS por su parte, también representa una intervención importante para la prevención del suicidio, la cual está diseñada para la alianza terapéutica e incrementa la motivación del paciente (ZS, 2020b). Y, por último, el ZS también incluye y enfatiza en la importancia del plan de seguridad, el cual se basa en una lista escrita, desarrollada por el terapeuta en colaboración del paciente (ZS, 2020b). Este plan incluye la reducción en los medios letales, enseñanza de habilidades para resolución de problemas y afrontamiento, mejorar el apoyo social e identificación de contactos de emergencia (ZS, 2020b).

Transitar. Dentro de este elemento se recomienda que las organizaciones establezcan dentro de sus políticas la orientación para transiciones de atención exitosas donde se especifiquen los contactos y apoyos necesarios para el cliente (ZS, 2020b). También se recomienda que se haga un seguimiento y se establezcan contactos de apoyo del paciente en un plan de manejo de atención suicida (ZS, 2020b). Este plan de seguimiento también es documentado dentro de la ficha clínica electrónica (ZS, 2020b).

A continuación, se presenta una tabla en donde se evalúa si la CSM ejecuta, ejecuta parcialmente o no ejecuta los elementos del modelo ZS.

Tabla 1

Elementos del modelo Zero Suicide ejecutados en la CSM.

Elementos Clínicos	No ejecuta	Ejecutado Parcialmente	Ejecutado	Observaciones
Identificar		X		La organización cumple con la recopilación de información del paciente, sin embargo, no ejecuta totalmente el elemento, debido a que no aplican evaluaciones específicas para detectar el riesgo suicida.

Comprometer		X		En la organización no se establece un plan de tratamiento diferencial para cada paciente, además este no se ajusta a las necesidades y contexto de este. Además, el plan de seguridad de la organización se encuentra enlazado al contrato de seguridad lo cual reduce su efectividad.
Tratar		X		La organización ejecuta parcialmente con este elemento, ya que la intervención de ideación y comportamientos suicidas no es estandarizada, puesto que el tipo de tratamiento queda a criterio del terapeuta a cargo. Además, no hay un uso de modelos o variaciones de terapias especializadas en la prevención del suicidio (CAMS, CBT-SP)
Transitar		X		La organización realiza un plan de seguridad que establece contactos de apoyo para el paciente. Sin embargo, no establece dentro de sus políticas el uso de herramientas de seguimiento (cartas de atención, mensajes de texto, entre otras estrategias), durante el tratamiento ni a largo plazo.
Elementos de Implementación	No ejecutado	Ejecutado Parcialmente	Ejecutado	Observaciones
Liderar		X		La organización ejecuta parcialmente con el establecimiento del actual protocolo de prevención del suicidio. Sin embargo, existe aún una falencia en otros protocolos específicos para todos los elementos del ZS.
Capacitar		X		La organización ejecuta parcialmente este elemento debido a que cuenta con profesionales clínicos capacitados para emergencias relacionado con el suicidio, sin embargo, no todo el personal correspondiente al sistema está totalmente capacitado sobre cómo interactuar y atender a un paciente en crisis por suicidio.
Mejorar	X			La organización no ejecuta este elemento debido a que no posee una base de datos que recopile información sobre el progreso del tratamiento y seguimiento de pacientes con ideación o comportamiento suicida.

La CSM cumple parcialmente con los elementos clínicos y elementos de implementación del modelo ZS. La organización no aplica evaluaciones específicas para detectar el riesgo suicida, no implementa un tratamiento diferencial para cada individuo, solo el personal de salud mental se encuentra parcialmente capacitado para manejar una situación

en crisis, así mismo, el plan de seguridad se encuentra enlazado al contrato de seguridad lo cual reduce su efectividad. La organización no realiza seguimiento durante y después del tratamiento, no presenta una base de datos que recopile información sobre el progreso del tratamiento y seguimiento de pacientes con ideación o comportamiento suicida post tratamiento.

Primera Posible Solución: Restructuración del protocolo de la CSM

Se propone como primera solución el planteamiento de un nuevo protocolo de atención para pacientes con crisis de suicidio basado en el modelo ZS, por lo que se opta en primera instancia utilizar los siete elementos del modelo como una estrategia sistemática para el planteamiento de aspectos importantes a considerar en un protocolo y proponer mejoras en el protocolo existente en la CSM. Este programa propone como primer paso llenar las plantillas de guía: Guía rápida para comenzar con el ZS (*Quick Guide to Getting Started with Zero Suicide*), Autoestudio Organizacional Zero Suicide (*Zero Suicide Organizational Self-Study*), y la Plantilla de Plan de Trabajo de Zero Suicide (*Zero Suicide Work Plan Template*) (ZS, 2020b).

Guía Rápida para implementar protocolo del ZS (Quick Guide to Getting Started with Zero Suicide)

La Guía rápida del ZS permite a la organización entender en primera estancia cual es la aplicabilidad de los siete elementos que proponen un enfoque integral y organizacional para la atención del suicidio (ZS, 2017). Sugiere empezar con el kit de herramientas “*Lead Toolkit*”, que favorece comprender cuáles son los recursos disponibles y qué implementaciones deben emprenderse de inmediato (ZS, 2017); proporcionando a la organización una visión mejorada sobre la atención ideal ante una crisis emergente o la prevención del suicidio (ZS, 2017).

Autoestudio Organizacional Zero Suicide (Zero Suicide Organizational Self-Study)

La plantilla de Autoestudio Organizacional Zero Suicide permite evaluar qué herramientas del modelo ZS tiene implementada una organización (ZS, 2020a), en este caso la CSM. Esta guía va a permitir a la organización, CSM, evaluar sus fortalezas, así como debilidades y finalmente desarrollar un plan de trabajo (ZS, 2020a). Más adelante esta guía puede servir a la organización, CMS, como herramienta de control, para evaluar si se están implementando los componentes del modelo ZS y como una oportunidad para identificar posibles áreas de mejora (ZS, 2020a).

Plantilla de Plan de Trabajo de Zero Suicide (Zero Suicide Work Plan Template)

La plantilla de Plan de Trabajo del ZS es un formulario que establece los pasos a seguir que sirve de guía para que el equipo de implementación cree un plan de trabajo para mejorar la atención y el cumplimiento de los 7 elementos del modelo ZS (ZS, 2020c). Esta debe ser utilizada por el equipo de implementación después de completar la plantilla del “autoestudio organizacional” (ZS, 2020c).

Segunda Posible Solución: Selección de Recursos Aplicables

La valoración diagnóstica o el juicio clínico de admitir a un paciente psiquiátrico en un hospital o casa de salud, se fundamenta en la apreciación sobre la gravedad, agudeza y el peligro que representa para sí mismo o su entorno (Sakinofsky, 2014). Ya que el paciente se encuentra en un estado de fragilidad absoluta, claramente la admisión a un centro de salud tendrá que ser respaldado por familiares u amigos del paciente (Sakinofsky, 2014). Por ende, parte del protocolo de prevención de suicidio, requiere enlistar distintos recursos comunitarios donde pueda ser ingresado un paciente en crisis y esto permita el resguardo de la integridad del paciente mientras es analizado por personal médico que pueda estabilizar las conductas y pensamientos suicidas (Stanley & Brown, 2012).

A continuación, una lista de referencias que aceptan pacientes en crisis en el Distrito Metropolitano de Quito.

Tabla 2

Lista de recursos aplicables para prevención del Suicidio en Quito.

Sistema	Descripción	Contacto	Dirección
San Lázaro	Centro de atención ambulatoria especializada; triada y emergencia psiquiátrica, parte del grupo de Plan Estratégico Nacional de Salud Menta (MSP, 2013).	(02) 2-288921 ext. 220. Atención: 7h30 am- 6pm; lunes a viernes/ 8am- 12pm sábados	Calle Ambato No. Oe6-49 y San Rafael Barahona
Orden Hospitalaria San Juan de Dios	Hospitalización especializada en psicogeriatría y cuidados paliativos, psiquiatría, y adicciones (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2015).	(02) 2861197 - <i>Consulta externa</i> : lunes a viernes de 8:30 a 15:30. - <i>Psicogeriatría y cuidados paliativos</i> : lunes a sábado de 14:00 a 18:00 y domingo de 10:00 a 16:00. - <i>Psiquiatría</i> Sábado y domingo de 10:00 a 18:00 (Luego de transcurridos 30 días de hospitalización) - <i>Adicciones</i> : Domingo de 10:00 a 17:00.	Calle San Juan de Dios S2 – 209 y Calle Argentina - Valles de Los Chillós
Comunidad Terapéutica San José Marina	Servicios de hospitalización permanente, hospital del dial, hospital noche, tratamiento ambulatorio y consulta externa. Cuenta con servicios de traslados de pacientes de centros de especialidades a la comunidad terapéutica y servicios de clínica abierta (Comunidad Terapéutica San José Marina, s.f).	Contacto de emergencias: +593 2884083 (593 - 2) 2884 083- (593-9) - 097770252 – 097777852. Atención a emergencias 24 horas.	Pedro Bruming Lote # 15 y Luis Cordero - Parroquia Rayón
Hermanas Hospitalarias Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	Fundación sin fines de lucro, acogida, asistencia, cuidado especializado y preferente con población con trastornos mentales, con discapacidad física o psíquica, entre otros (Hermanas Hospitalarias Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, s.f). Servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación en diversas áreas.	(+593) 22 49 08 60 Atención; Emergencias las 24 horas, los 365 días del año	Manuel Córdoba Galarza, Km 4 Quito
Centro Psicológico Salesiano	Atención presencial e inmediata en emergencias psicológicas e intervención en crisis, además de atender las necesidades de los diversos segmentos poblacionales (Universidad Politécnica Salesiana, 2017).	(02) 3962800 ext. 2220 Atención: 9am-1pm / 2pm- 6pm ; lunes a viernes).	Universidad Politécnica Salesiana.

Fundación Ecuatoriana Equidad	Funciona como un recurso comunitario que desarrolla la comunicación y el acompañamiento a través de grupos de apoyo conformados por la comunidad LGBTI que se encuentra enfrentando experiencias de discriminación, identidad de género, enfermedades de transmisión sexual, entre otros.	(02) 222-2385	Av. 6 de Diciembre N 24 253 y Lizardo García, Quito
Fundación Teléfono Amigo	Servicio gratuito de emergencia telefónica, su atención es inmediata, por lo que no se requiere solicitar una cita previa. La atención es anónima y confidencial, además de brindar la oportunidad de aliviar crisis a individuos con conflictos internos (Rompe el silencio Teléfono amigo te escucha, s.f)	(02) 2-906030 / (02) 2-906 060; atención (9am-1pm/ 3pm-11pm). Celular: 0995278202 / 0980782356 (atención diaria).	
Anima EC	Apoyo y contención a personas con pensamientos suicidas y con cuadros de depresión, principalmente (Veletanga, 2019).	(Aplicación gratuita disponible en App Store y Google Play). Atención; Comunicación y asistencia inmediata las 24h.	

Referencias

- Betancourt, A. (2008). El suicidio en Ecuador: Un fenómeno en ascenso. *Ciudad Segura*, 26.
<https://pdfs.semanticscholar.org/d076/aabb772072f1664ecda629aca7905d936387.pdf>
- Brodsky, B., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9(33). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00033>
- Clínica de Salud Mental Universidad San Francisco de Quito. (2019). *Guía de las prácticas formativas*. Quito: USFQ.
- Comisión para la Prevención del Suicidio. (2015). *Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio*. Departamento de Salud de Puerto Rico.
<https://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/PROTOCOLO.pdf>
- Comunidad Terapéutica San José Marina. (s/f). *Nuestros servicios*.
<https://www.sanjosemarinacomunidadterapeutica.com/index.php/servicios>
- Corona, B., Hernández, M., & García., R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
<https://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1070/974>
- El suicidio en menores de 10 a 14 años es 380% más alto desde 1990. (2019). *El Telégrafo*.
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/suicidio-menores-ecuador>
- García, C., Skay, C., Sieving, R., Naughton, S., & Bearinger, L. (2008). Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among latino students. *Journal of School Health*, 78(9), 487-495. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.00334.x>
- Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>

- Hermanas Hospitalarias Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. (s.f). *Nuestro instituto*.
<http://www.hospitalariasec.org/IPSC/es/nuestro-instituto>
- Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2019). *Informe estadístico anual: Casos de suicidio en Puerto Rico*. Departamento de Salud.
<https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/Informe%20Estadístico%20Anual%20Muertes%20por%20Suicidio%202019.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones (2001-2014)*. Departamento de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-y-defunciones-2017/>
- Kuhlberg, J., Peña, J., & Zayas, L. (2010). Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent latinas. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 425-440.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-010-0179-0>
- Labouliere, C., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., & Stanley, B. (2018). “Zero Suicide” A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22-30.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6022755/>
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review*. Scottish Government Social Research.
<https://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/2206/1/Suicide%20review%5B1%5D.pdf>
- Meza, T. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida. *Psiquiatría*, 13(3). <https://psiquiatria.com/sin-categoria/factores-psicosocioculturales-y-neurobiologicos-de-la-conducta-suicida-articulo-de-revision/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Centro de atención ambulatoria especializado San Lázaro*.

<http://www.sanlazarogob.ec/index.php/component/content/?view=featured>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Capacitación para cuidadores comunitarios en suicidio*.

https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_0342_2019%2012%20ABRIL.pdf

National Center for Injury Prevention and Control. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*.

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>

National Center for Injury Prevention and Control. (2017). *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*.

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>

Observatorio Social del Ecuador. (2019). *Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador, una mirada a través de los ODS*.

https://www.unicef.org/ecuador/media/496/file/SITAN_2019.pdf

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2015). Hospital Especializado San Juan de Dios.

Quiénes somos. <https://www.hospitalsanjuandedios.com.ec/quienes-somos-presentacion>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/585331/retrieve>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1174021/retrieve>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Datos y cifras sobre el suicidio*.

https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

- Organización Panamericana de la Salud Pública. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
- Ortiz, E., Simbaña, K., Gómez, L., Henríquez, A., Cornejo, F., Vasconez, E., Castillo, D., & Viscor, G. (2017). The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001–2015). *BMC Psychiatry*, *17*(1), 342-53. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1502-0>
- Quinlan, M., Sanhueza, A., Espinosa I., Escamilla, J., & Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the Americas. *Journal of Adolescent Health*, *54*(3), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.012>
- Rendón, E., & Rodríguez, R. (2016). Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *45*(2), 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.003>
- Rompe el silencio Teléfono amigo te escucha (s/f). *Quienes somos*. <https://www.telefonoamigo.org/telefono-amigo-ecuador.html>
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(3): 131–140. <https://doi.org/10.1177/070674371405900304>
- Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. (2019). *Misión y visión ECU 911*. <https://www.ecu911.gob.ec/mision-y-vision/#>
- Stanley, B., & Brown, G. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Suicide Prevention Center. (2020). *Zero Suicide*. <https://www.sprc.org/zero-suicide>
- Suicide Prevention Center of New York. (s.f). *Suicide safer care practices: The AIM model*. <https://www.preventsuicideny.org/suicide-safer-care-practices-the-aim-model/>

The Columbia Lighthouse Project. (2016). *About the protocol*. <https://cssrs.columbia.edu/>

Universidad Politécnica Salesiana (UPS). (2017). *Centro Psicológico Salesiano Padre Emilio Gambirasio recibe certificación del Ministerio de Salud Pública*.

<https://www.ups.edu.ec/noticias?articleId=10683943>

Reflexión final

El reto en el que trabajamos me permitió comprender a nivel profesional que en nuestro país hay escasos recursos para prevenir o tratar el suicidio. Esta percepción fomentó un mayor compromiso, motivación y deseo de desarrollar y adaptar un modelo de prevención del suicidio que pueda aplicarse no solo en la CSM, sino en un futuro también capacitar y dar a conocer el modelo buscando un beneficio nacional. Durante el desarrollo del proyecto y la información recopilada me ha servido permitido comprender que como país aún nos falta no solo desarrollar sistemas de prevención del suicidio, sino también, concientizar y eliminar el mito que rodea al suicidio mediante centros de psicoeducación sobre el suicidio. El mito que hay sobre el suicidio reduce el apoyo social, sirve de freno hacia la prevención del suicidio, debido a que las personas que presentan ideación o conductas riesgosas sus problemas no son tomados en serio (Pérez, 2005).

Es regocijante culminar el objetivo propuesto a pesar de habernos encontrado con algunas dificultades en el proceso. Es difícil trabajar en equipo y la situación se vuelve muy tensa cuando el objetivo en común es muy importante. Trabajar en equipo involucra conocer las fortalezas y debilidades uno mismo y de los miembros de grupo; sin embargo, es importante percibir las debilidades como un elemento a mejorar, esta percepción permitió no limitarnos en la visión de nuestras capacidades. Así mismo, como grupo comprendimos que en un trabajo en equipo es muy importante la organización, implementación de roles, cronogramas. Sin embargo, durante el proceso de trabajo comprendimos que es muy importante la comunicación, la tolerancia y apoyo. Así mismo, ante situaciones difíciles es importante que el grupo sea flexible y negocien para continuar con el desarrollo del trabajo y no generar desorganización y caos en el grupo.

En mi caso aprendí que es muy importante el autocuidado, en donde factores como el sueño, la alimentación, ya que pueden afectar a la motivación, estado de ánimo desarrollando depresión, conflictos de relación, desesperación, desgaste, culpa, atención negativa de los medios y hasta negligencia profesional (Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance, 2008). La terapia psicológica online también fue un factor importante para lograr la meta. Hubieron momentos en los que llegaba al límite por la presión y estrés, en esos momentos es en donde herramientas para el manejo del estrés, técnicas de respiración permitía continuar trabajando en la meta y decaer. Durante todo este trabajo también comprendí que el apoyo de la familia es un factor importante de motivación, especialmente ante la situación de estrés en la que nos encontramos

Es importante que como profesional de la salud mental continúe capacitándome en brindar una mejor atención e intervención, no sólo a pacientes con ideación suicida, sino a pacientes con problemas que involucran signos y síntomas emocionales, para de esa manera contribuir hacia un cambio en el sistema de salud mental que se busca en el Ecuador. Así mismo, ha sido una experiencia maravillosa, retadora y satisfactoria debido a que logramos contribuir con un pequeño aporte de lo cual estoy segura pueden beneficiarse muchos centros que brindan servicios de bienestar mental. A partir de nuestro aporte queremos motivar a otras profesionales a formar parte de este maravilloso cambio en la atención mental, una atención que enfatice más el compromiso de un sistema y que todos formemos parte de esta prevención que busca el bienestar de nuestros pacientes.

Referencias de la reflexión final

Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance. (2008).

Professional health and well-being for psychologists. American Psychological Association. <https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/well-being>

Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría, 3 (36), 386.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634305>

ANEXOS

ANEXO A: Guía para Implementar el Protocolo del Zero Suicide (Quick Guide to Getting Started with Zero Suicide)

GUIA RAPIDA PARA INICIAR CON ZERO SUICIDE

1	Se debe leer vía online el Zero Suicide Toolkit para comprender el marco del modelo de Zero Suicide y cuáles son los recursos disponibles para hacer este trabajo.
2	Desafíe a su organización a adoptar un enfoque integral de atención al cuidado del suicidio utilizando lecturas y herramientas en la sección Lead Toolkit .
3	Convocar a un equipo de implementación del modelo Zero Suicide. Este debe ser compuesto por 5-10 miembros del personal de la organización que puedan liderar esta iniciativa.
4	Completar la Guía de estudio Zero Suicide Organizational Self-Study en equipo.
5	Se debe visitar el centro Zero Suicide Institute ® para aprender sobre capacitación y consultas disponibles.
6	Formule un plan para recopilar datos que respalden la evaluación y la mejora de la calidad de los servicios de la organización utilizando la hoja de trabajo Zero Suicide Data Elements Worksheet . Se debe planear la misma para revisar los datos rutinariamente.
7	Anunciar al personal la adaptación de este Nuevo enfoque mejorado de atención en crisis de suicidio. Es necesario administrar Zero Suicide Workforce Survey a todo el personal clínico y no clínico para obtener esta información acerca de las competencias y aptitudes percibidas en el cuidado de personas en riesgo de suicidio.
8	Revisar y desarrollar procesos y políticas para la detección, evaluación, formulación de riesgos, tratamiento y transiciones de atención. Se debe examinar el uso de registros de salud para apoyar los procesos.
9	Evaluar el progreso y medirlo.
10	Utilice la Lista de discusión Zero Suicide Email Discussion List . Publique preguntas, obstáculos, éxitos y resultados con la comunidad más grande de Suicidio Cero.

ANEXO B: Autoestudio organizacional Zero Suicide (Zero Suicide Organizational Self-study)


IN HEALTH AND BEHAVIORAL HEALTH CARE
www.zerosuicide.com

ZERO SUICIDE AUTO-ESTUDIO ORGANIZACIONAL

CLINICA DE SALUD MENTAL UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
Nombre de la Organización

CUMBAYÁ, PICHINCHA
Ciudad, Provincia

24 de abril de 2020
Fecha de Finalización del Estudio

Miembros del equipo que completan el estudio:

Camila Cortez	TERAPEUTA INTERNO
<small>Nombre</small>	<small>Rol</small>
Zoraida Andrade	TERAPEUTA INTERNO
<small>Nombre</small>	<small>Rol</small>
Lissa Yaguana	TERAPEUTA INTERNO
<small>Nombre</small>	<small>Rol</small>
Joselyne Lino	TERAPEUTA INTERNO
<small>Nombre</small>	<small>Rol</small>
<small>Nombre</small>	<small>Rol</small>

Antecedentes:

El autoestudio organizacional está diseñado para permitirle evaluar qué componentes del enfoque integral de "Zero Suicide" su organización está actualmente implementado. El autoestudio se puede utilizar al comienzo del lanzamiento de una iniciativa de "Zero Suicide" para evaluar las fortalezas y debilidades de la organización y para desarrollar un plan de trabajo. Más adelante en sus esfuerzos de implementación, el autoestudio puede usarse como un control de fidelidad para determinar qué tan de cerca se están siguiendo los componentes del modelo de "Zero Suicide" y como una oportunidad para identificar áreas de mejora. Recomendamos realizar el autoestudio en el lanzamiento y luego en intervalos de 12 meses.

El personal involucrado en la formulación de políticas y el cuidado de pacientes en riesgo de suicidio debe completar el autoestudio como parte de un equipo de implementación. El equipo debe completar esta herramienta juntos durante una de sus reuniones iniciales. (Puede encontrar información sobre cómo armar un equipo de implementación de Zero Suicide en nuestro sitio web). Si bien el autoestudio no es exhaustivo con respecto a todos los problemas que pueden afectar la atención y los resultados del paciente, sí refleja componentes que definen al enfoque de "Zero Suicide". Para obtener más información o aclaraciones sobre cualquiera de los elementos de este autoestudio, visite www.zerosuicide.com.

Cada componente del modelo de "Zero Suicide" se mide en una escala de calificación del 1 al 5, que se describe a continuación. La escala está destinada a equilibrar la carga mínima de informes con la medición de la implementación de las partes más esenciales del modelo. Esta herramienta debe ser completada por miembros del equipo de implementación responsables de desarrollar e implementar la iniciativa de "Zero Suicide" de la organización.




1.11.17
EDC. ©2017 All Rights Reserved.

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana.

Guía general para calificación:

Se incluyen expectativas específicas, para la mayoría de los componentes siguiendo esta guía.

Calificación	Descripción
1	Atención de rutina o atención habitual para este elemento. La organización aún no se ha enfocado específicamente en desarrollar o incrustar un enfoque de atención suicida para esta actividad.
2	Acciones iniciales implementadas hacia la mejora para este elemento. La organización ha tomado algunos pasos preliminares o tempranos para enfocarse en mejorar la atención del suicidio.
3	Varios pasos realizados hacia la mejora de este elemento. La organización ha dado varios pasos avanzados hacia un enfoque suicida mejorado.
4	Prácticas integrales cercanas para este elemento. La organización ha avanzado significativamente en su enfoque de cuidado del suicidio.
5	Prácticas integrales establecidas para este elemento. La organización ha incorporado la atención al suicidio en su enfoque y ahora se basa en el monitoreo y mantenimiento para garantizar la sostenibilidad y la calidad de la mejora continua.

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

1. Crear una cultura orientada al liderazgo y a la seguridad:

¿Qué tipo de compromiso ha asumido el liderazgo para reducir el suicidio y brindar una atención del suicidio más segura?

Este elemento se refiere al desarrollo de políticas, procesos o pautas formales en una o más de las siguientes áreas:

- Entrenamiento del personal que labora en la organización
- Detección del suicidio
- Evaluación del riesgo de suicidio y formulación del riesgo.
- Plan del manejo del cuidado del suicidio
- Plan de seguridad
- Reducción de medios letales
- Tratamiento basado en evidencia
- Contacto con pacientes en riesgo de suicidio que no se presentan a las sesiones
- Seguimiento de pacientes con riesgo de suicidio durante las transiciones de atención o después del alta

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	La organización no tiene procesos específicos para la prevención y atención del suicidio, aparte de qué hacer cuando alguien menciona el suicidio durante la admisión o una sesión.
<input type="radio"/>	2	La organización tiene 1–2 procesos formales específicos para la atención del suicidio.
<input type="radio"/>	3	La organización tiene procesos escritos específicos para el cuidado del suicidio. Se han desarrollado al menos 3 componentes diferentes de "Zero Suicide".
<input checked="" type="radio"/>	4	La organización tiene procesos y protocolos específicos para la atención del suicidio. Abordan al menos 5 componentes de "Zero Suicide". El personal recibe capacitación sobre procesos como parte de sus orientaciones o cuando se desarrollan nuevos. Los procesos se revisan y modifican al menos anualmente.
<input type="radio"/>	5	Los procesos abordan todos los componentes del "Zero Suicide" enumerados anteriormente. El personal recibe capacitación anual sobre procesos actuales y cuando se introducen nuevos. Los procesos se revisan y modifican anualmente y según sea necesario.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,208)

Como el enfoque de "Zero Suicide" se basa en la formalización de varias políticas destinadas a establecer pautas y promover la adopción de una atención suicida más segura, considere si ha establecido políticas escritas y capacitación del personal en las siguientes áreas:

	¿Tiene un protocolo escrito específico para este componente de la atención suicida? (sí / no)	¿Este componente está integrado en su registro de salud electrónico o es fácilmente identificable en su documentación escrita? (sí / no)	¿Ofrecen capacitación del personal específica para este componente de la atención del suicidio? (sí / no)	Comentarios Adicionales (Límite de caracteres: 126)
2. Detección	NO	NO	NO	Existe una pequeña parte en la entrevista clínica inicial que involucra la detección de ideación suicida.
3. Evaluación	NO	SI	NO	No existen evaluaciones del riesgo suicida a pacientes que se realicen de forma periódica dentro de la Organización.
4. Reducción de medios letales	NO	NO	NO	Existe evaluación de los medios letales a los que el paciente tiene acceso, sin embargo, no se cuenta con una guía de intervención.
5. Plan de Seguridad	SÍ	SÍ	NO	El plan de seguridad se encuentra adjunto a un contrato de seguridad.
6. Plan de manejo de cuidado de Suicidio	NO	NO	NO	No se establecen planes de manejos específicos para cada paciente de acuerdo con sus necesidades.

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

7. Crear una cultura orientada al liderazgo y orientada a la seguridad:

¿Qué tipo de compromiso formal ha hecho el liderazgo a través del personal para reducir el suicidio y proporcionar una atención del cuidado del suicidio más segura?

* Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	La organización no cuenta con personal dedicado para construir y administrar procesos de atención suicida.
<input type="radio"/>	2	La organización tiene una persona de liderazgo o supervisión que es responsable del desarrollo de los procesos relacionados con el suicidio y las expectativas de la atención. Las responsabilidades son difusas. El individuo no tiene la autoridad para cambiar las políticas.
<input checked="" type="radio"/>	3	La organización ha creado un equipo de implementación que se reúne según sea necesario para discutir el cuidado del suicidio. El equipo tiene autoridad para identificar y recomendar cambios en las prácticas de atención suicida.
<input type="radio"/>	4	La organización tiene un equipo formal de implementación de "Zero Suicide" que se reúne regularmente. El equipo es responsable de desarrollar pautas y compartir con el personal.
<input type="radio"/>	5	El equipo de implementación de "Zero Suicide" se reúne regularmente y es multidisciplinario. Los miembros sirven en el equipo por periodos de uno a dos años. El equipo modifica los procesos en función de la revisión de datos y la aportación del personal.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,320)

La organización cuenta con un comité de ética que se reúne semanalmente para discutir los casos de pacientes que se presentan en la clínica, sin embargo, no cuentan con un equipo especializado y encargado particularmente en la prevención del suicidio.

8. Cree una cultura orientada al liderazgo y a la seguridad:

¿Cuál es el rol de los sobrevivientes de intento de suicidio y de individuos que han perdido a una persona allegada; en el diseño, implementación y organización en la mejora de las políticas y actividades de atención suicida?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	Los sobrevivientes de intentos de suicidio o sobrevivientes de una pérdida personal no están explícitamente involucrados en el desarrollo de actividades de prevención del suicidio dentro de la organización.
<input type="radio"/>	2	Los sobrevivientes de intentos de suicidio o sobrevivientes de una pérdida personal tienen roles ad hoc o informales dentro de la organización, como servir como voluntarios o apoyo de pares.
<input type="radio"/>	3	Los sobrevivientes de intento de suicidio o pérdida personal se incluyen de manera específica y formal en el enfoque general de la organización para la atención del suicidio, pero la participación se limita a una actividad específica, como dirigir un grupo de apoyo o contratar una línea directa de crisis. Los sobrevivientes aportan informalmente información sobre las políticas de atención suicida de la organización.
<input type="radio"/>	4	Los sobrevivientes de intentos de suicidio y pérdida personal participan como miembros activos de los equipos de toma de decisiones, como el equipo de implementación del Zero Suicide.
<input type="radio"/>	5	Los sobrevivientes de intentos de suicidio y sobrevivientes de pérdida personal participan en una variedad de actividades de prevención del suicidio dentro de la organización, como formar parte de equipos o juntas de toma de decisiones, participar en decisiones políticas, ayudar con la contratación y capacitación de empleados y participar en la evaluación y la mejora de la calidad.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1.320)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

9. Desarrolle una fuerza laboral competente, segura y solidaria:

¿Cómo evalúa formalmente la organización al personal sobre la confianza, habilidades y apoyo percibido para atender a las personas en riesgo de suicidio?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1-5.

<input checked="" type="radio"/>	1	No hay una evaluación formal del personal sobre su percepción de confianza y habilidades para proporcionar atención suicida.
<input type="radio"/>	2	A los médicos que brindan atención directa a un paciente, se les pide de manera rutinaria que brinden sugerencias para la capacitación.
<input type="radio"/>	3	El personal clínico completa una evaluación formal de habilidades, necesidades y apoyos con respecto a la atención del suicidio. La capacitación está vinculada a los resultados de esta evaluación.
<input type="radio"/>	4	Una evaluación formal de la percepción de confianza y habilidades para proporcionar atención suicida es aplicada a todo el personal (clínico y no clínico). Los planes integrales de capacitación organizacional están vinculados a los resultados.
<input type="radio"/>	5	Una evaluación formal de la percepción de confianza y habilidades para proporcionar atención suicida es aplicada a todo el personal y son reevaluados al menos cada tres años. La capacitación y las políticas organizacionales se desarrollan y mejoran en respuesta a las debilidades percibidas del personal.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,425)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

10. Desarrollar una fuerza laboral competente, segura y solidaria:

¿Qué capacitación básica se ha brindado al personal NO CLÍNICO sobre la identificación de personas en riesgo suicida o sobre la atención proporcionada a personas en riesgo suicida?

► Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1-5.

<input checked="" type="radio"/>	1	No hay capacitación respaldada por la organización sobre la atención del suicidio y no se requiere que el personal complete la capacitación sobre identificación del riesgo de suicidio.
<input type="radio"/>	2	La capacitación está disponible para la identificación y atención del riesgo de suicidio a través de la organización, pero no se requiere del personal.
<input type="radio"/>	3	Se requiere capacitación de personal selecto (por ejemplo, personal de crisis) y está disponible en toda la organización.
<input type="radio"/>	4	Se requiere capacitación sobre la identificación y el cuidado del riesgo de suicidio de todo el personal de la organización. La capacitación utilizada se encuentra dentro de las mejores prácticas (best practices) y no se desarrolló internamente.
<input type="radio"/>	5	Se requiere capacitación sobre la identificación y el cuidado del riesgo de suicidio de todo el personal de la organización. La capacitación utilizada se encuentra dentro de las mejores prácticas (best practices). El personal repite el entrenamiento en intervalos regulares.

Indique el enfoque de capacitación o plan de estudios que utiliza la organización para capacitar a todo el personal en la identificación y atención del riesgo de suicidio:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASIST (capacitación en habilidades de intervención suicida aplicada) | <input type="checkbox"/> QPR para enfermeras |
| <input type="checkbox"/> Kognito en riesgo en atención primaria | <input type="checkbox"/> QPR para médicos, asistentes médicos, enfermera Practicantes y otros |
| <input type="checkbox"/> Kognito en riesgo en el servicio de urgencias | <input type="checkbox"/> SafeTALK |
| <input type="checkbox"/> QPR (Pregunta, persuadir y referir)
Conecte la capacitación sobre prevención / intervención del suicidio | <input type="checkbox"/> Otro (nombre): _____ |

_____ Indique el número mínimo de horas de capacitación requeridas anualmente para el personal en la identificación y atención del riesgo de suicidio.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,054)

11. Desarrolle una fuerza laboral competente, segura y solidaria:

¿Qué capacitación avanzada sobre identificación de personas en riesgo de suicidio, evaluación de suicidio, formulación de riesgos y manejo continuo se ha brindado al personal CLÍNICO?

* Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	No hay capacitación respaldada por la organización sobre identificación de personas en riesgo de suicidio, evaluación del suicidio, formulación de riesgos y gestión continua, y no existe ningún requisito para que el personal clínico reciba entrenamiento completo sobre crisis de suicidio.
<input type="radio"/>	2	Se ofrece capacitación sobre identificación de personas en riesgo de suicidio, evaluación del suicidio, riesgo formulación y gestión continua a través de la organización, pero no se requiere del personal clínico.
<input type="radio"/>	3	Se requiere capacitación de personal selecto (por ejemplo, psiquiatras) y está disponible en toda la organización.
<input type="radio"/>	4	Existe capacitación sobre identificación de personas en riesgo de suicidio, evaluación del suicidio, riesgo formulación y se requiere un manejo continuo de todo el personal clínico. La capacitación utilizada se encuentra dentro de las mejores prácticas (best practices). Y no fue desarrolla internamente.
<input type="radio"/>	5	Capacitación sobre identificación de personas en riesgo de suicidio, evaluación del suicidio, formulación de riesgos y se requiere un manejo continuo de todo el personal clínico. La capacitación utilizada se encuentra dentro de las mejores prácticas (best practices). El personal repite el entrenamiento a intervalos regulares.

Indique el enfoque de capacitación o plan de estudios que utiliza la organización para capacitar al personal clínico en habilidades avanzadas de prevención del suicidio:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AMSR (Evaluación y manejo del riesgo de suicidio) | <input type="checkbox"/> RRSR (Reconocimiento y respuesta al riesgo de suicidio) |
| <input type="checkbox"/> Enfoque de caso (evaluación cronológica del suicidio Eventos) | <input type="checkbox"/> RRSR-Atención primaria |
| <input type="checkbox"/> Compromiso de vivir | <input type="checkbox"/> suicidio a la esperanza |
| <input type="checkbox"/> QPRT Evaluación de riesgos de suicidio y capacitación en gestión | <input type="checkbox"/> Otro (nombre): _____ |

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. Límite de caracteres: 820)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

12. Identificar y evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio:

¿Cuáles son las políticas de la organización para detectar el riesgo de suicidio?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1 - 5.

<input type="radio"/>	1	No existe una evaluación sistemática del riesgo de suicidio.
<input type="radio"/>	2	Las personas en los programas o categorías designadas de mayor riesgo (por ejemplo, llamadas de crisis) son evaluadas.
<input checked="" type="radio"/>	3	El riesgo de suicidio se evalúa en la admisión para todas las personas que reciben atención de salud conductual.
<input type="radio"/>	4	El riesgo de suicidio se examina en el momento de la admisión para todas las personas que reciben atención médica o de salud conductual y son reevaluadas en cada visita para aquellos en riesgo.
<input type="radio"/>	5	El riesgo de suicidio se examina en el momento de la admisión para todas las personas que reciben atención médica o de salud conductual y son reevaluadas en cada visita para aquellos en riesgo. El riesgo de suicidio también es reevaluado en cada visita para aquellos en riesgo. El riesgo de suicidio también se examina cuando un paciente tiene un cambio en estado: transición en el nivel de atención, cambio en el entorno, cambio a un nuevo terapeuta o posible nuevos factores de riesgo (p. ej., cambio en las circunstancias de la vida, como el divorcio, el desempleo o una enfermedad diagnosticada).

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,444)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

13. Identificar y evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio:

¿Cómo evalúa la organización el riesgo de suicidio en las personas a las que sirve?

Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	La organización se basa en el juicio clínico de su personal con respecto al riesgo de suicidio.
<input type="radio"/>	2	La organización desarrolló su propia herramienta de detección de suicidios, pero no todo el personal está obligado a utilizarla
<input type="radio"/>	3	La organización desarrolló su propia herramienta de detección de suicidios que todo el personal debe utilizar.
<input checked="" type="radio"/>	4	La organización utiliza una herramienta de detección validada que todo el personal debe utilizar.
<input type="radio"/>	5	La organización utiliza una herramienta de detección validada y el personal recibe capacitación sobre su uso y es obligatorio utilizarla.

Si se utiliza una herramienta de detección de tendencias suicidas, el evaluador utiliza:

- PHQ-9
 PHQ-3
 Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS)
- Normas nacionales de evaluación del riesgo de prevención del suicidio
 Otra herramienta (nombre): Entrevista Clínica Inicial / CORE-OM

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,416)

No se usa una herramienta de evaluación específica para la detección del riesgo suicida. Sin embargo, una sección de la Entrevista Clínica inicial evalúa los pensamientos y comportamientos suicidas. Así mismo se aplica el CORE-OM para indicar la sintomatología global del paciente

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

14. Identificar y evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio:

¿Cómo evalúa la organización el riesgo de suicidio entre aquellos que dieron positivo?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1-5.

<input checked="" type="radio"/>	1	La política es enviar a los clientes que dieron positivo por suicidio al departamento de emergencias para la autorización y/o no existe un procedimiento de rutina para las evaluaciones de riesgos que siguen al uso de un diagnóstico de suicidio.
<input type="radio"/>	2	Se requiere una evaluación de riesgos después del examen, pero el proceso o la herramienta utilizada depende del criterio de clínicos individuales y/o solo psiquiatras pueden hacer evaluaciones de riesgo
<input type="radio"/>	3	Los terapeutas que realizan evaluaciones de riesgos utilizan una herramienta de evaluación de riesgos estandarizada, que puede tener desarrollado internamente. Todos los pacientes que dan positivo por suicidio tienen una evaluación de riesgo. Las evaluaciones de riesgo de suicidio están documentadas en los registros médicos.
<input type="radio"/>	4	Todas las personas con riesgo identificado, ya sea en el examen de admisión o en cualquier otro punto durante la atención, son evaluados por médicos que usan instrumentos válidos o protocolo establecidos y que tienen o han recibido entrenamiento. La evaluación incluye tanto factores de riesgo como de protección.
<input type="radio"/>	5	Una evaluación del riesgo de suicidio se completa utilizando un instrumento validado y/o un protocolo establecido que incluya la evaluación de los factores de riesgo y protección y la formulación del riesgo. El personal recibe entrenamiento sobre la herramienta y el enfoque de evaluación de riesgos. El riesgo se reevalúa e integra en las sesiones de tratamiento para cada visita para personas con riesgo.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,440)

Eventualmente dentro de la sección de Evaluación de Suicidio, existen preguntas que detectan el riesgo suicida. Sin embargo, no se emplea una evaluación validada que permita determinar factores de riesgo y de protección de los pacientes que presentan ideación suicida.

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

15. Asegúrese de que cada persona tenga un plan de gestión de atención suicida (vía de atención):

¿Cuál describe mejor el enfoque de la organización para cuidar y monitorizar a las personas en riesgo de suicidio?

Un plan de manejo de atención suicida debe incluir lo siguiente:

- Detección del riesgo suicida
- Evaluación y formulación de riesgos.
- Plan de seguridad
- Reducción de medios letales.
- Tratamiento basado en la evidencia
- Contacto de apoyo con pacientes que no se presentan a las citas y/o durante las transiciones de atención

Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	Los terapeutas usan el mejor juicio en el cuidado de las personas con pensamientos o conductas suicidas y buscan consulta si es necesario. No existe una guía formal relacionada con la atención de personas en riesgo de suicidio.
<input type="radio"/>	2	Cuando se detecta el riesgo de suicidio, el plan de atención se limita a la detección y la derivación a un médico con experiencia.
<input type="radio"/>	3	Se espera que todos los terapeutas brinden atención a las personas en riesgo de suicidio. La organización tiene orientación para la gestión de la atención de personas con diferentes niveles de riesgo, incluida la frecuencia de contacto, la planificación de la atención y la planificación de seguridad.
<input type="radio"/>	4	La ficha médica electrónica o en papel se mejoran para integrar todos los componentes de gestión de atención suicida enumerados anteriormente. Los terapeutas poseen protocolos o políticas claras para la gestión de la atención de personas con ideación y conductas suicidas, y se comparte información y colaboración entre todos los terapeutas relevantes. El personal recibe orientación y entiende claramente el enfoque de manejo de atención suicida de la organización.
<input type="radio"/>	5	Las personas en riesgo de suicidio se colocan en un plan de manejo de atención suicida. La organización tiene un enfoque coherente para el manejo del suicidio, que está integrado en la ficha médica electrónica. Registra y refleja todos los componentes de gestión de atención suicida enumerados anteriormente. Los protocolos para añadir o eliminar a alguien de un plan de administración de atención son claros. El personal mantiene periódicamente conferencias de casos sobre pacientes que permanecen en planes de manejo de atención suicida más allá de un cierto período de tiempo, establecido por el equipo de implementación.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 702)

16. Planificación colaborativa de seguridad:

¿Cuál es el enfoque de la organización para la planificación colaborativa de seguridad cuando un individuo está en riesgo de suicidio?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	La planificación de seguridad no es utilizada sistemáticamente por el personal ni se espera de ella.
<input type="radio"/>	2	Se esperan planes de seguridad para todas las personas con riesgo elevado, pero no existe una guía formal o política en torno al contenido. No hay un plan de seguridad estandarizado ni una plantilla de documentación. La calidad del plan varía según los terapeutas.
<input checked="" type="radio"/>	3	Se desarrollan planes de seguridad para todas las personas con riesgo elevado. Los planes de seguridad se basan en apoyos formales o contactos (p. ej., llamar al terapeuta, a la línea de ayuda). Los planes de seguridad no incorporan la individualización, como las fortalezas y los apoyos naturales de un individuo. La calidad del plan varía según los terapeutas.
<input type="radio"/>	4	Los planes de seguridad se desarrollan para todas las personas con riesgo elevado y deben incluir riesgos y factores desencadenantes y estrategias de afrontamiento concretas. El plan de seguridad se comparte con la pareja o los miembros de la familia del individuo (con consentimiento). Todo el personal utiliza la misma plantilla de plan de seguridad y recibe capacitación sobre cómo crear un plan de seguridad colaborativo.
<input type="radio"/>	5	Se desarrolla un plan de seguridad el mismo día en que se evalúa al paciente como positivo para el riesgo de suicidio. El plan de seguridad se comparte con la pareja o los miembros de la familia del individuo (con consentimiento). Identifica riesgos y factores desencadenantes y proporciona estrategias de afrontamiento concretas, priorizadas de la más natural a la más formal o restrictiva. Otros médicos involucrados en la atención o las transiciones conocen el plan de seguridad. Los planes de seguridad se revisan y modifican según sea necesario en cada visita con la persona en riesgo.

Indique si la organización utiliza o no la plantilla del plan de seguridad Stanley / Brown: SI NO

En caso negativo, identifique la herramienta o enfoque de planificación de seguridad que utiliza la organización:

Plan / Contrato de Seguridad de la misma institución.

¿Con qué frecuencia se revisa el plan de seguridad con el individuo? **Cada dos o tres semanas**

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 851)

El Plan de Seguridad y Contrato de Seguridad se encuentran en un mismo documento.

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

17. Restricción colaborativa del acceso a medios letales:

¿Cuál es el enfoque de la organización para la reducción de medios letales?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	Las discusiones sobre restricciones de medios y a quién preguntar sobre los medios letales dependen del criterio clínico individual. El asesoramiento de restricción de medios rara vez se documenta.
<input type="radio"/>	2	Se espera que la restricción de los medios se incluya en los planes de seguridad para todos los pacientes identificados en riesgo de suicidio. Los pasos para restringir los medios dependen del criterio del clínico individual. La organización no ofrece capacitación sobre asesoramiento sobre acceso a medios letales.
<input type="radio"/>	3	Se espera que la restricción de medios se incluya en todos los planes de seguridad. La organización brinda capacitación sobre asesoramiento sobre acceso a medios letales. Los pasos para restringir los medios dependen de cada clínico individual juicio. La familia u otras personas significativas pueden o no estar involucradas en reducir el acceso a medios letales.
<input type="radio"/>	4	Se espera que la restricción de medios se incluya en todos los planes de seguridad, y que las familias sean incluidas en la planificación de la restricción de medios. La organización ofrece capacitación en asesoramiento sobre el acceso a medios letales. La organización establece políticas con respecto a las acciones mínimas para restringir el acceso a los medios.
<input type="radio"/>	5	Se espera que la restricción de medios se incluya en todos los planes de seguridad. La práctica estándar requerida es contactarse con la familia para confirmar la eliminación de los medios letales. La organización ofrece capacitación en asesoramiento sobre acceso a medios letales. Las políticas apoyan estas prácticas. Las recomendaciones y planes de restricción de medios se revisan regularmente mientras el individuo tiene un riesgo elevado.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,602)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

18. Uso de tratamientos efectivos basados en evidencia que se dirijan directamente a pensamientos y comportamientos suicidas:

¿Cuál es el enfoque de la organización para el tratamiento de los pensamientos y comportamientos suicidas?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	Los médicos confían en la experiencia y el mejor juicio en la gestión de riesgos y el tratamiento de todos los trastornos de salud mental. La organización no utiliza un modelo formal de tratamiento para las personas en riesgo de suicidio.
<input type="radio"/>	2	La organización puede usar tratamientos basados en evidencia para algunos trastornos psicológicos, pero no usa tratamientos basados en evidencia que se dirijan específicamente al suicidio.
<input checked="" type="radio"/>	3	Algunos miembros del personal clínico han recibido capacitación específica en el tratamiento de pensamientos y comportamientos suicidas y pueden usar esto en sus prácticas.
<input type="radio"/>	4	Las personas con riesgo de suicidio reciben un tratamiento con respaldo empírico específicamente para el suicidio (CAMS, CBT-SP o DBT) además de tratamientos basados en evidencia para otros problemas de salud mental. La organización brinda regularmente a todo el personal acceso a capacitación basada en competencias de tratamientos empíricos dirigidos a pensamientos suicidas
<input type="radio"/>	5	La organización ha invertido en tratamientos basados en la evidencia para la atención del suicidio (CAMS, CBT-SP o DBT), y el personal designado recibe capacitación en estos modelos. La organización tiene un modelo para mantener la capacitación del personal. La organización ofrece modalidades de tratamiento adicionales para aquellos pacientes crónicos o con un continuo alto riesgo de suicidio, como los grupos DBT o los grupos de intento de sobrevivientes.

Indique si los médicos de la organización reciben capacitación formal en un modelo de tratamiento suicida específico:

- CAMS (Evaluación colaborativa y gestión de suicidios)
- CBT-SP (Terapia cognitiva conductual para la prevención del suicidio)
- DBT (Terapia Dialéctica Conductual)

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,057)

19. Proporcionar contacto y apoyo continuo:

¿Cuál es el enfoque de la organización para involucrar a personas de difícil acceso o aquellas que están en riesgo y no se presentan a las citas?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input type="radio"/>	1	No existen pautas específicas para contactar a las personas con riesgo elevado de suicidio que no se presentan a las citas programadas.
<input checked="" type="radio"/>	2	La organización requiere documentación por parte del clínico de aquellas personas que tienen un riesgo elevado de suicidio y no se presentan a una cita, pero los parámetros y métodos dependen del criterio del clínico individual.
<input type="radio"/>	3	El seguimiento de las personas con riesgo de suicidio que no se presentan a las citas incluye el contacto activo, como llamadas telefónicas a la persona o los miembros de su familia, hasta que se establezca contacto y se determine la seguridad de la persona.
<input type="radio"/>	4	El seguimiento de las personas con riesgo de suicidio que no se presentan a las citas incluye el contacto activo, como llamadas telefónicas a la persona o los miembros de su familia, hasta que se establezca contacto y se determine la seguridad de la persona. Existen protocolos organizacionales que abordan el seguimiento después de no presentarse. La capacitación del personal apoya la mejora de los esfuerzos de compromiso.
<input type="radio"/>	5	La organización puede tener un memorando de entendimiento establecido con una agencia externa para realizar llamadas de seguimiento. El seguimiento y el contacto de apoyo para las personas en los planes de gestión de atención suicida se registran sistemáticamente en la ficha médica electrónica. El seguimiento para individuos de alto riesgo incluye el contacto documentado con la persona dentro de las ocho horas posteriores a la cita perdida. La organización tiene enfoques, como el apoyo de pares, el alivio de crisis administrado por pares, las visitas domiciliarias o las citas previas, para abordar las necesidades de los pacientes que se encuentran reacios a la terapia.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,309)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

20. Proporcionar contacto y apoyo continuo:

¿Cuál es el enfoque de la organización para dar seguimiento a los pacientes que han sido dados de alta recientemente de entornos de atención médica (por ejemplo, departamentos de emergencia, hospitales psiquiátricos)?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	No existen pautas específicas para el contacto de las personas con riesgo elevado de suicidio después del alta de los entornos de cuidados médicos.
<input type="radio"/>	2	La organización requiere un seguimiento para las personas con riesgo de suicidio, pero los parámetros y métodos dependen del criterio del clínico individual.
<input type="radio"/>	3	Las pautas organizacionales se dirigen al nivel de riesgo del individuo y abordan uno o más de los siguientes: seguimiento después del contacto de crisis, transición de un departamento de emergencias o transición de hospitalización psiquiátrica.
<input type="radio"/>	4	Las pautas organizacionales están dirigidas al nivel de riesgo del individuo y abordan el seguimiento después del contacto de crisis, la no participación en los servicios (inasistencia a sesiones), la transición desde un departamento de emergencias o la transición desde la hospitalización psiquiátrica. El seguimiento para individuos de alto riesgo incluye contacto a distancia, como cartas, llamadas telefónicas o correos electrónicos.
<input type="radio"/>	5	Existen pautas organizativas que abordan el seguimiento después del contacto de crisis, la inasistencia a sesiones, la transición de un departamento de emergencia o la transición de la hospitalización psiquiátrica. El seguimiento para individuos de alto riesgo incluye visitas en persona o virtuales a la casa o la comunidad cuando sea necesario. El seguimiento y el contacto de apoyo para las personas en los planes de manejo de atención suicida se registran en la ficha médica electrónica. Las políticas establecen que el contacto de seguimiento después del alta de los sistemas de atención agudos se debe establecer dentro de las 24 horas.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,309)

21. Aplicar un enfoque de mejora de la calidad basado en datos:

¿Cuál es el enfoque de la organización para datar las muertes de los inscritos en la atención?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	En el mejor de los casos, cuando ocurre un suicidio o un evento adverso mientras el cliente está en tratamiento, un equipo se reúne para discutir el caso.
<input type="radio"/>	2	El análisis de la causa de suicidio se realiza en todas las muertes por suicidio de las personas que se encuentran en atención.
<input type="radio"/>	3	Los datos de la posible causa de suicidio se examinan rutinariamente para observar tendencias y realizar cambios en las políticas.
<input type="radio"/>	4	El análisis de la posible causa se lleva a cabo en todas las muertes por suicidio de las personas que se encuentran en atención, así como en aquellas hasta 30 días después del cierre del caso. Las políticas y la capacitación se actualizan como resultado.
<input type="radio"/>	5	El análisis de la posible causa se lleva a cabo en todas las muertes por suicidio de las personas bajo que se encuentran en atención, así como en aquellas hasta 6 meses después del caso cerrado, y en todos los intentos de suicidio que requieren atención médica. Las políticas y la capacitación se actualizan como resultado.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,309)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

22. Aplicar un enfoque de mejora de la calidad basado en datos:

¿Cuál es el enfoque de la organización para medir las muertes por suicidio?

» Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	La organización no tiene una política o proceso para medir las muertes por suicidio de las personas que están bajo su atención.
<input type="radio"/>	2	La organización mide el número de muertes de aquellos que están inscritos en la atención médica principalmente en base al informe familiar.
<input type="radio"/>	3	La organización tiene enfoques internos específicos para medir e informar sobre todas las muertes por suicidio para clientes inscritos, así como para aquellos que hayan finalizado el tratamiento hasta 30 días después. Las muertes se confirman mediante informes o médicos forenses.
<input type="radio"/>	4	La organización compara anualmente los datos de pacientes inscritos (por ejemplo, de una base de datos de la administración) con datos estadísticos vitales del estado u otros datos federales para determinar el número de muertes de aquellos inscritos en la atención hasta 30 días después de la finalización del tratamiento.
<input type="radio"/>	5	La organización compara anualmente los datos de pacientes inscritos (por ejemplo, de una base de datos de la administración) con estadísticos vitales del estado para determinar el número de muertes de los inscritos en la atención. La organización realiza un seguimiento de las muertes por suicidio entre clientes durante un período de hasta 6 meses cerrado.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,327)

Traducido y adaptado por Joselyne Lino, Zoraida Andrade y Lissa Yaguana

23. Aplicar un enfoque de mejora de la calidad basado en datos:

¿Cuál es el enfoque de la organización para las actividades de mejora de la calidad relacionadas con la prevención del suicidio?

Por favor seleccione el número que más este acorde a su organización en una escala de 1- 5.

<input checked="" type="radio"/>	1	La organización no tiene políticas específicas relacionadas con la prevención y atención del suicidio, y no se enfoca en otro tipo de atención del suicidio que no sea la atención habitual. La atención se deja a criterio del proveedor clínico.
<input type="radio"/>	2	La atención del suicidio se discute como parte de la capacitación de los empleados y por aquellos bajo supervisión en entornos clínicos.
<input type="radio"/>	3	Las primeras discusiones sobre el uso de la tecnología y / o el mantenimiento mejorado de registros para rastrear y registrar la atención del suicidio están en marcha. La gestión de la atención del suicidio está parcialmente integrada en la ficha médica electrónica o registro en papel.
<input type="radio"/>	4	La atención del suicidio está parcialmente integrada en una ficha médica electrónica o un registro en papel. Los datos de los planes de manejo de atención suicida se examinan para verificar la fidelidad a las políticas de la organización, y un equipo responsable de esto los analiza.
<input type="radio"/>	5	El cuidado del suicidio está completamente integrado en la ficha médica electrónica. Los datos de esta o revisiones de cuadros son examinados rutinariamente (al menos cada dos meses) por un equipo designado para determinar que el personal se adhiere a las políticas de atención suicida y para evaluar las reducciones en el suicidio. Los flujos de trabajo clínicos de las fichas médicas electrónicas o los registros en papel se actualizan periódicamente a medida que el equipo revisa los datos y realiza cambios.

Si desea describir o elaborar sobre este elemento, hágalo en el espacio provisto a continuación. (Límite de caracteres: 1,202)



Una vez que su equipo de implementación haya completado este autoestudio organizacional utilizando este documento, los resultados se pueden ingresar en línea en <http://zerosuicide.sprc.org/what-organizational-self-study>. Si tiene preguntas adicionales, envíe un correo electrónico a zerosuicide@edc.org

ANEXO C: Plantilla de plan de trabajo de Zero Suicide (Zero Suicide Work Plan Template)



PLANTILLA DE PLAN DE TRABAJO DE ZERO SUICIDE

Un equipo de implementación debe usar esta plantilla después de completar el Zero Suicide Auto-Estudio Organizacional. Está organizado por los elementos del modelo Zero Suicide y no tiene que completarse de una vez.

Para ir directamente a un elemento en particular, haga clic en el enlace en la tabla de contenido a continuación.

Tabla de Contenido	
LIDERAR	2
CAPACITAR	4
IDENTIFICAR	5
COMPROMETER	7
TRATAR	9
TRANSITAR	10
MEJORAR	11



Traducido y adaptado por Joselyne Lino y Camila Cortez

LIDERAR						
>> Crear una cultura orientada al liderazgo y a la seguridad comprometida dramáticamente a reducir el suicidio entre las personas bajo atención psicológica. Incluye intento de suicidio y sobrevivientes.	Cronología: año 1				Más allá del año 1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Establecer un equipo de implementación. Definir claramente las tareas y roles de los miembros del equipo.	X					Directiva CSM
Anunciar la filosofía del Zero Suicide al personal y establecer una comunicación continua sobre la iniciativa.	X					Directiva CSM
Considerar formas de vincular el Zero Suicide con otras iniciativas (por ejemplo, atención informada sobre traumas, abuso de sustancias).			X			Directiva CSM
Capacitar a la gerencia en una nueva iniciativa (por ejemplo, desarrollar una presentación de PowerPoint para capacitación del personal).	X					Administración CSM
Presente Zero Suicide a la junta, cuando corresponda	X					Directiva CSM
Establecer un presupuesto para implementar Zero Suicide (p. Ej., Para comprar cribadores, realizar capacitación).	X	X	X			Directiva y Administración CSM

Revisar las políticas de la agencia para determinar qué nuevas políticas deben desarrollarse	X					Directiva CSM
Asegurarse de que las políticas y procedimientos incluyan la revisión de los resultados adversos relacionados con el suicidio.	X	X	X	X		Directiva CSM
Asegurarse de que las políticas y procedimientos incluyan apoyo para el personal que ha experimentado la muerte por suicidio de un paciente.	X	X	X	X	Constantemente	Administración y Equipo Clínico CSM
Involucrar a los sobrevivientes de intentos de suicidio en el liderazgo y los roles de Planificación.					X	Directiva y Equipo Clínico CSM
Diseñar un plan de evaluación para evaluar el impacto.	X					Directiva, Administración, y Equipo Clínico CSM
Garantizar que la seguridad del paciente se aborde dentro del entorno del hospital (p. Ej., Barras de seguridad, alarmas de puerta).						

CAPACITAR						
>> Desarrollar un Equipo laboral competente, segura y solidaria	Cronología: Año 1				Más allá del año1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Capacitar al personal sobre la filosofía del Zero Suicide y en la organización del programa y las expectativas.	X					Directiva CSM
Evaluar el Equipo laboral en busca de habilidades y confianza para brindar atención suicida.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM
Proporcionar Información basada en investigación. Capacitación sobre riesgo de suicidio para todo el personal	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM
Proporcionar información basada en la investigación. Capacitación para atención y tratamiento del suicidio al personal clínico.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM
Repetir entrenamiento y reevaluación de habilidades periódicamente.					X	Directiva y Administración CSM
Proporcionar capacitación adaptada a las debilidades del personal como se identifica en la encuesta del Equipo laboral	X					Directiva y Administración CSM
Como mínimo proporcione personal clínico con capacitación que se centra en información, habilidades y Confianza en la recopilación de información correcta para desarrollar y escribir una formulación de riesgos en el registro del paciente y comunicarlo al paciente y su sistema de apoyo. Utilizar un formato estándar de formulación de riesgos en toda la organización.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico CSM

IDENTIFICAR >> Detección						
>> Identificar y evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio entre las personas que reciben atención.	Cronología: Año 1				Más allá del año 1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Asegurarse de que las políticas y los procedimientos describan cuándo los pacientes son evaluados por riesgo de suicidio.	X					Directiva CSM
Asegurarse de que el personal apropiado utilice una medida de detección válida y confiable.	X					Directiva CSM
Documentar frecuentemente las pruebas de riesgo de suicidio.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico CSM
Capacitar al personal en la detección del suicidio.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM
Esquema de frecuencia de cribado y evaluación.	X					Administración CSM
Establecer flujos de trabajo en procesos de selección e identificación.	X					Administración CSM

IDENTIFICAR >> Evaluar y formular riesgos

>> Identificar y evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio entre las personas que reciben atención.	Cronología: Año 1				Más allá del Año 1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Asegurarse de que la instalación tenga una política y un procedimiento por escrito que indiquen que la evaluación del riesgo de suicidio es completado durante la misma visita cada vez que un paciente da positivo por riesgo de suicidio.	X					Directiva CSM
Asegurarse de que la instalación tenga una política y un procedimiento por escrito que indiquen que los pacientes reciben atención oportuna y tienen acceso al personal clínicamente capacitado después de dar positivo por riesgo de suicidio.	X					Directiva CSM
Asegurarse de que todo el personal utilice una evaluación estandarizada y un protocolo de formulación de riesgos.	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM
Proporcionar a todo el personal clínico capacitación formal sobre evaluación y formulación de riesgos.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM
Tener un mecanismo para alertar a todo el personal que brinda atención al paciente sobre el riesgo de suicidio.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM
Asegurarse de que el personal comprenda esa información de la detección (ideación y comportamiento suicida en el pasado y presente) es insuficiente para formular riesgos e informar el tratamiento. Instruir al personal para recopilar la siguiente información adicional para informar la formulación del riesgo: <ul style="list-style-type: none"> •• Factores de riesgo a largo plazo. •• Impulsividad / autocontrol, incluido abuso de sustancias •• Estresores identificables y precipitantes •• Presentación clínica / factores dinámicos Compromiso y confiabilidad del paciente.	X	X				Directiva y Administración CSM
Realizar una evaluación de riesgos antes de cualquier cambio menos restrictivo en el nivel de observación o alta.	X					Equipo Clínico CSM

COMPROMETER >> Plan de manejo de cuidado de suicidio						
>> Asegurarse de que todas las personas tengan un plan de manejo de atención suicida, o una vía de atención, eso es oportuno y adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.	Cronología: año 1				Más allá del año1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Coloque a las personas en riesgo de suicidio en un plan de manejo de atención suicida.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva Administración, y Equipo Clínico CSM
Desarrollar protocolos claros para indicar que un paciente ya no se considera suicida.	X	X				Directiva CSM
Asegurarse de que la documentación utilizada por todo el personal refleje el estado del paciente.	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM
Establecer un protocolo de divulgación para citas perdidas.	X					Directiva CSM
Mantener reuniones periódicas del equipo para hablar sobre pacientes en riesgo.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva, Administración, y Equipo Clínico CSM
Coordinar la atención entre todos los terapeuta para pacientes en un plan de manejo de atención suicida.	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM
Brindar alternativas para la atención de urgencia (por ejemplo, intentar grupos de apoyo para sobrevivientes, visitas directas)			X	X	X	Administración CSM
Utilizar una formulación exhaustiva de riesgos para determinar el manejo y estrategias de tratamiento para el plan de manejo de atención de cada paciente.	X				X	Administración CSM
Actualizar la formulación de riesgos en un horario regular y siempre que cualquier aspecto de presentación del paciente cambie. Incluya la descripción del estado de riesgo del paciente y el estado de riesgo, más recursos de afrontamiento y posibles factores desencadenantes.			X		X	Directiva y Administración CSM

COMPROMETER: Planificación colaborativa de seguridad y restricción de medios letales						
»» Asegurarse de que todas las personas tengan un plan de manejo de atención suicida, o una vía de atención, eso es oportuno y adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.	Cronología: año 1				Más allá del año 1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Incluya pasos para reducir el acceso a armas u otros medios potencialmente letales en las instalaciones del centro de atención. *NO APLICA						
Activamente, colaborando y rutinariamente involucrar a cada paciente en su propio papel en la recuperación del riesgo de suicidio.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico CSM
Haga que todo el personal de la organización use la misma plantilla de planificación de seguridad.	X					Administración CSM
Proporcionar al personal capacitación formal en planificación de seguridad ,incluida la reducción del acceso a un medio letal. Mantener actualizaciones periódicas.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM
Involucrar activamente a miembros de la familia u otros contactos a apoyar a las personas en función de la recuperación del paciente, incluida la reducción de medios letales.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico CSM
Capacitar al personal sobre cómo involucrar a la familia y otras personas de apoyo en la restricción letal y planificación de seguridad.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM

COMPROMETER: Planificación colaborativa de seguridad y restricción de medios letales						
>> Asegurarse de que todas las personas tengan un plan de manejo de atención suicida, o una vía de atención, eso es oportuno y adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.	Cronología: año 1				Más allá del año 1	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Incluya pasos para reducir el acceso a armas u otros medios potencialmente letales en las instalaciones del centro de atención. *NO APLICA						
Activamente, colaborando y rutinariamente involucrar a cada paciente en su propio papel en la recuperación del riesgo de suicidio.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico CSM
Haga que todo el personal de la organización use la misma plantilla de planificación de seguridad.	X					Administración CSM
Proporcionar al personal capacitación formal en planificación de seguridad, incluida la reducción del acceso a un medio letal. Mantener actualizaciones periódicas.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM
Involucrar activamente a miembros de la familia u otros contactos a apoyar a las personas en función de la recuperación del paciente, incluida la reducción de medios letales.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico CSM
Capacitar al personal sobre cómo involucrar a la familia y otras personas de apoyo en la restricción letal y planificación de seguridad.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva y Administración CSM

TRATAR						
» Usar tratamientos efectivos basados en evidencia que se dirijan directamente a las tendencias suicidas.	Cronograma: 1 Año				Más allá del año	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Cuando existen preocupaciones de suicidio, asegurarse de que el plan de tratamiento del paciente se centre explícitamente en reducir la tendencia suicida y tratar el riesgo de suicidio directamente.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM y Administración CSM
Evaluar la fidelidad del tratamiento y los resultados.			X			Administración CSM
Desarrolle políticas sobre cómo observar a los pacientes con ideación suicidas y capacitar al personal sobre estas políticas.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM
Realizar controles de rutina sobre el cumplimiento del personal a la política de observación.		X		X	Constantemente	Administración CSM

TRANSICION						
>> Proporcionar contacto y apoyo continuo, especialmente después de cuidados de emergencia.	Cronograma: Año 1				Más allá del año	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Establezca un plan de compromiso para pacientes que no se encuentran comprometidos con el tratamiento.	X					Administración CSM y Directiva CSM
Asegúrese de que la instalación tenga políticas escritas, procedimientos y / o contratos en torno a transferencias seguras de un nivel de atención suicida a otro nivel, tanto dentro del centro como con otras agencias comunitarias.	X	X				Directiva CSM
Capacitar al personal sobre el compromiso del paciente y la familia y las transiciones en la atención.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM y Administración CSM
Usar y documentar constantemente estrategias de enlace y herramientas de seguimiento (por ejemplo, cartas de atención, telesalud, mensajes de texto).	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM y Equipo Clínico

TRANSICION						
>> Proporcionar contacto y apoyo continuo, especialmente después de cuidados de emergencia.	Cronograma: Año				Más allá del año	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Establezca un plan de compromiso para pacientes que no se encuentran comprometidos con el tratamiento.	X					Administración CSM y Directiva CSM
Asegúrese de que la instalación tenga políticas escritas, procedimientos y / o contratos en torno a transferencias seguras de un nivel de atención suicida a otro nivel, tanto dentro del centro como con otras agencias comunitarias.	X	X				Directiva CSM
Capacitar al personal sobre el compromiso del paciente y la familia y las transiciones en la atención.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM y Administración CSM
Usar y documentar constantemente estrategias de enlace y herramientas de seguimiento (por ejemplo, cartas de atención, telesalud, mensajes de texto).	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM y Equipo Clínico

MEJORAR						
>> Aplicar un enfoque de mejora de la calidad basado en datos para informar los cambios del sistema que conducirán a mejores resultados para los pacientes y una mejor atención para aquellos en riesgo.	Cronograma: Año				Más allá del año	Personal Responsable
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Establecer objetivos estratégicos para elementos accionables.	X	X	X	X	Constantemente	Directiva CSM
Medición de las muertes por suicidio.	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM
Actualizar el plan de trabajo para reflejar los resultados de la encuesta del personal laboral y otros resultados de datos.	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM
Usar y documentar constantemente estrategias de enlace y herramientas de seguimiento (por ejemplo, cartas de atención, telesalud, mensajes de texto).	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM y Equipo Clínico
Evaluar la satisfacción del paciente.	X	X	X	X	Constantemente	Equipo Clínico
Evaluar la satisfacción del personal laboral y la comprensión de la filosofía de Zero Suicide.	X	X	X	X	Constantemente	Administración CSM