CARACTERIZACIÓN DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA CONDUCTA SUICIDA: UNA PROPUESTA PARA EL ABORDAJE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

ADRIANA MARCELA DUARTE PEÑALOSA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNAB

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA

2018

CARACTERIZACIÓN DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA CONDUCTA SUICIDA: UNA PROPUESTA PARA EL ABORDAJE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

ADRIANA MARCELA DUARTE PEÑALOSA

Bajo la dirección

SERGIO ARMANDO RIBERO MARULANDA Mgs.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNAB

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA

2018

Tabla de contenido

Introducción 1
Pregunta de Investigación 8
Justificación 9
Objetivos 11
General 11
Específicos 11
Antecedentes 12
Marco teórico 27
Diseño de investigación 38
Participantes 38
Instrumentos 39
Procedimiento 39
Consideraciones éticas 40
Resultados 41
Discusión 49
Conclusiones 54
Referencias 55
Apéndices 67

CARACTERIZACIÓN DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA CONDUCTA SUICIDA: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL ABORDAJE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Resumen

El suicidio es responsable de múltiples muertes a nivel mundial y Colombia es un país con una tendencia positiva. La efectividad de la intervención está relacionada con la oportuna actuación del personal de atención, los cuales se ven afectados en su salud física y mental, ya que deben intervenir desplegando una cantidad de recursos cognitivos, emocionales y conductuales. Por esto, el presente trabajo, ubicado dentro de los estudios empíricos cualitativos con modalidad de diseño de caso múltiple, tiene como objetivo identificar cuáles son las habilidades necesarias para la atención eficaz de la emergencia suicida, llevando a cabo entrevistas a profundidad a miembros de bomberos, policías y defensa civil en la ciudad de Bucaramanga. Los resultados mostraron que la mayoría de socorristas no están preparados frente a este tipo de emergencias, además de ausencia de protocolos y bajas capacitaciones son variables que afectan el fenómeno de estudio.

Palabras clave: Suicidio, Intentos de suicidio, Emergencias, organismos de atención, estrategias cognitivo-conductuales.

CHARACTERIZATION OF THE ABILITIES OF PRIMARY ATTENTION TO SUICIDE BEHAVIOR: A PROPOSAL FROM A COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH

Abstract

Suicide is responsible for multiple deaths worldwide and Colombia is a country with a positive trend. The effectiveness of the intervention is related to the performance of the care personnel, who have been affected in their physical and mental health, who must present a quantity of cognitive, emotional and behavioral resources. Therefore, the present work, take place within the qualitative empirical studies with the modality of multiple case design, aims to identify the necessary skills for the effective care of the suicide emergency, carrying out in-depth interviews with the members of firefighters, police and civil defense in the city of Bucaramanga. The results showed that the majority of lifeguards are not prepared for this type of emergency, in addition to the absence of protocols and low training are variables that affect the phenomenon of study.

Key words: Suicide, Suicide attempts, Emergencies, attention agencies, cognitive-behavioral strategies

Lista de tablas

Tabla 1 Muestra de estudio 38
Tabla 2 Categorías de análisis y frecuencias. 42

Lista de figuras

Figura 1 Caracterización de las habilidades del personal de atención primaria a la conducta suicida 48

Caracterización de las habilidades del personal de atención primaria a la conducta suicida: una propuesta para el abordaje desde el enfoque cognitivo-conductual

A lo largo de la historia y a través de diferentes culturas se han ido esbozando múltiples aproximaciones sobre el concepto de vida, muerte y maneras de morir. El suicidio es una de las variadas formas de muerte que ha estado presente en todas las civilizaciones (Vargas, 2016) y como fenómeno que se mantiene en el tiempo, se ha definido también desde diferentes campos disciplinares: psicológico, sociológico, antropológico, e inclusive biológico. Por lo tanto, su conceptualización varía según el cuerpo de conocimiento que aborde el fenómeno. Algunos hablan de éste como un resultado de un desequilibrio de las estructuras sociales o como una respuesta natural a condiciones familiares complejas, otros como una desviación en el entrenamiento de estrategias adecuadas para la solución de problemas, o también como un desequilibrio biológico interno que posee el sujeto que intenta el acto suicida (Barrón y Krmpotic, 2016; Zapata y Quintero, 2016; Morales, Fischman, Echávarri, Barros, Armijo, Moya y Núñez, 2016). Por ello reconocer la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, a la hora de estudiar un fenómeno complejo como el suicidio, permitirá entenderlo desde los múltiples factores que se interrelacionan y afectan entre sí, situaciones ideográficas, que impiden hablar de solo un suicidio e imperan en la necesidad de referirse a suicidios variados, trazados por conflictos internos y externos únicos, que envuelven al ser humano que comete un acto suicida (Salazar y Portillo, 2017).

Como se puede observar, variadas son las explicaciones que se dan frente a la emisión del comportamiento suicida, que como conducta específica, se ha definido como todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto consciente realizado por la misma persona

(OMS, 2016). Acción, que se convierte poco a poco en un tema de salud pública (con más de 800.000 personas que se suicidan cada año y muchas otras que intentan hacerlo (OMS, 2016)) y extiende exponencialmente su complejidad, más allá de su operacionalización, a la identificación de las diversas estrategias de intervención, protocolos y entrenamiento a personal para el manejo y control efectivo de dichas situaciones.

Por lo tanto, el estudio de las condiciones y variables relacionadas con el personal de atención primaria que aborda e intentan controlar los diferentes intentos suicidas, es un tema tan relevante como su conceptualización misma, pues las personas encargadas de los grupos de intervención en situaciones de crisis y/o desastres, deben estar preparadas para desempeñar las funciones que dicho escenario trae consigo: atender la emergencia, controlar a los usuarios, asumir el riesgo y afrontar el desenlace, tanto para quien intenta o consuma el acto suicida, como para su propia salud física y emocional, antes, durante y después de la atención Gallego, Morales, Rotger, y Prior, (2002).

Así las cosas, la presente investigación buscó caracterizar las habilidades de quienes atienden estas emergencias, identificar el perfil psicológico necesario para la atención primaria de emergencias suicidas y finalmente, delinear posibles estrategias para el entrenamiento y formación, para que estos se vuelvan efectivos y permitan reducir gradualmente las altas tasas de suicidio (Ospino, 2017). El estudio se llevó a cabo desde una aproximación cualitativa. Se realizaron doce entrevistas a profundidad a miembros de organismos de control (cuatro miembros por cada Institución): Policía Nacional de Colombia, Defensa Civil y Bomberos y se llevó a cabo un análisis del discurso teniendo en cuenta el contexto Bumangués y la preparación que posee el personal de la ciudad, para luego aportar elementos que sean de utilidad no solo a nivel institucional, sino también local, pues un mayor nivel de conocimiento contribuirá a la

implementación oportuna de medidas de cuidado, así como al diseño de estrategias efectivas para ser usadas en personas cuya vulnerabilidad suicida tiende a ser persistente (Calderón, et al., 2016).

El presente documento está constituido por diferentes apartados, empezará por la justificación y planteamiento del problema, pasará al marco teórico y posteriormente se encontrarán los aspectos metodológicos, análisis de resultados y finalmente la discusión.

Planteamiento del problema

El comportamiento suicida hace referencia a ese grupo de conductas que incluyen aspectos subjetivos como emociones, pensamientos y deseos, que en unión con factores familiares, sociales y psicopatológicos desembocan en acciones puntuales orientadas al suicidio (Pacheco y López, 2016). Su ejecución tiene un proceso que podría identificarse, según Van (2003), como un continuo que se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida. Como consecuencia de ello, el sujeto se vuelve vulnerable ante la aparición de estresores y, en ausencia de estrategias adecuadas para sobrellevar dicha situación, surge un desequilibrio psicológico que puede o no terminar en una crisis y justo en ella es cuando se hace necesario una intervención, la cual estaría enfocada en la recuperación del equilibrio perdido (Rodríguez González, Posada-Villa, Bayón Montaña y Pacheco, 2016).

No obstante, parece no ser fácil volver a ese equilibrio, por lo que los actos suicidas se convierten con el paso del tiempo en una consecuencia frecuente y de aumento constante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) más de 800.000 personas se suicidan cada año y 75% de ellas lo hacen en países de ingresos medios y bajos y muchas más intentan hacerlo. Se estima 1,5 millones de muertes por cada año para el 2020 (OMS, 2013). Por otra parte, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento, ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo: “De acuerdo con los estimativos de la OMS, el suicidio está entre las diez causas mayores de muerte en cada país, y es una de las tres causas principales de muerte en la franja de edad entre 15 y 35 años” (Vargas Cuadros, G., Vásquez Arango, C., Soto Marín, G., y Ramírez Jaramillo, L., 2015, p. 30).

En Colombia desde el año 2006, según el registro del Sistema Médico y Forense se ha presentado una tendencia de aumento, datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses apoyan la idea reportando para el año 2015, 900 suicidios, el equivalente a un 10% más que el año 2014 (Ospino, 2017). Datos más recientes indican que la tendencia al aumento se mantuvo, pues durante el año 2016, 784 hombres y 164 mujeres optaron por el suicidio y solo en el primer semestre del año 2017, 881 hombres y 219 mujeres ya lo habían realizado (Medicina legal, 2016-2017). Con relación a la ubicación geográfica, Medicina legal (2016) informó que los departamentos colombianos con mayor número de casos de suicidio fueron: Valle del Cauca, Antioquia, Santander y Cundinamarca (sin incluir Bogotá). Durante 2016 la tasa de lesiones fatales autoinfligidas en el departamento de Santander fue de 5,77 casos por cada 100 mil habitantes mayores de cinco años, es decir 110 casos correspondientes al departamento, en donde 94 de ellos correspondían a hombres y 16 a mujeres (Medicina Legal, 2016- 2017). En esta misma tendencia se encuentra la ciudad de Bucaramanga que durante el año 2016 se presentaron 24 suicidios consumados y en el 2017 se tiene un número de 44 casos de suicidios ejecutados y 182 intentos (Medicina Legal, 2016- 2017).

Ahora bien, investigaciones realizadas por Lamb, Weinberger y DeCuir (2002) identificaron que aunque los oficiales de policía, bomberos y otros socorristas de primera línea son los primeros en hacer recepción de estas emergencias y en actuar con discreción para identificar y tratar a las personas que son suicidas y que pueden estar mentalmente enfermas, estos en muy pocos casos están capacitados o cuentan con las habilidades necesarias para ejercer este rol. Pues, no reconocen las señales y síntomas de los problemas mentales serios, ni tienen claro las acciones más apropiadas que se deben seguir cuando las conductas suicidas son una

preocupación. De allí la importancia de empezar a estudiar con mayor sistematicidad y rigurosidad los procesos de preparación para la atención de este fenómeno.

Entonces, de acuerdo con lo anterior, es posible afirmar que a nivel nacional el principal problema está en que los socorristas de primera línea, no cuentan con la preparación para el manejo oportuno de este tipo de situaciones. Por ello, más que transmitir un mensaje de aliento similar a: *"no estás solo, estoy totalmente comprometido en ayudarte a superar tu situación" "cálmate que todo tiene solución" ...;* el personal de atención debe estar adecuadamente capacitado para reconocer las señales y los síntomas frente a los riesgos de suicidio, los quiebres emocionales y entender la legislación local en salud mental (OMS, 2009). Bajo estas circunstancias, debe desplegar ciertas estrategias que garanticen la preservación de la vida y el manejo efectivo de la situación, ya que lo que se ha observado es que las actuaciones o aproximaciones solo consiguen entristecer o enfurecer aún más a la víctima, provocando con ello la conducta suicida (Salazar, 2012; Larrotta, Luzardo, Vargas y Rangel, 2014). Asimismo, debe dar importancia al desarrollo de pasos para el manejo de la emoción en el personal de atención primaria, para evitar así la sensación de pérdida, impotencia y poca efectividad que pueda agudizar la situación.

Países como los Estados Unidos cuentan con personas capacitadas para esta labor y cuando se presenta una crisis con conducta suicida, los primeros en llegar no son los bomberos o la policía, sino un personal especializado que posee las herramientas de negociación para neutralizar la situación. Esta manera de actuar frente a este fenómeno, y en concordancia con las cifras de este país, comprueba que una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorando la capacidad de los socorristas de atención primaria para reconocer y tratar la conducta suicida (Haste, Charlton y Jenkins, 1998). En España distintos organismos han

elaborado recomendaciones acerca de las principales acciones a realizar o evitar ante una situación de ideación suicida: según el *programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área Sanitaria de Ourense* (2017) se deberían realizar entrenamientos en la detección de personas en riesgo, técnicas de manejo inicial y criterios de derivación que afianzan el aprendizaje sobre situaciones suicidas de alto riesgo.

Recomendaciones similares arroja el programa de *Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona* (2011)
que se centra en el manejo de habilidades especiales de negociación y empatía, haciendo más hábiles a las personas que atienden las crisis suicidas. Teniendo en cuenta lo anterior, la evaluación y el control de la conducta suicida es un desafío para las habilidades de los socorristas, los cuales sin duda deben tener la capacidad de hablar abiertamente de la idea o posibilidad de muerte, de presenciar situaciones suicidas, mostrar seguridad y saber manejar cualquier desenlace que la situación traiga consigo (Pineda, Fernández, Rodríguez, Brown y Martínez, 2015; Muñoz, Cruz, Palacios y Franco 2014). Asimismo, deben lidiar asertivamente con dificultades emocionales, sentimientos de culpabilidad, fracaso de su rol, miedo, deseos de abandono de la profesión. Afecciones de carácter psicológico que varían en función de la proximidad temporal al suceso y a la prolongación de los síntomas en el tiempo (Macías, Orozco, Amaris y Zambrano, 2013; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009; Grazziano y Ferraz, 2010).

De ahí que la presente investigación se centre en el personal de atención primaria y en las estrategias, características y habilidades necesarias para atender una situación de riesgo suicida.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las habilidades necesarias que requieren los socorristas de atención primaria a la conducta suicida para intervenir en situaciones de crisis?

Justificación

En la actualidad, el suicidio sobresale como factor relevante de un país debido a las múltiples muertes que ocasiona. Dicha situación se mantiene debido a que en muchos casos no se conoce con certeza cómo afrontar esta problemática. Por ende, el presente proyecto de investigación busca identificar cuáles son las habilidades necesarias que requieren los socorristas de atención primaria a la conducta suicida para intervenir en situaciones de crisis en la ciudad de Bucaramanga. Dicha problemática configura un problema de salud pública para la región, por esto es indispensable examinar los métodos de contención e intervención con los que cuenta el personal encargado para la atención primaria de la conducta suicida, que en el caso colombiano está conformado principalmente por Bomberos, Policía Nacional y Defensa Civil. De ahí que el personal de atención primaria cumpla un rol importante en la prevención del suicidio, pues se encuentra en una posición única para determinar el curso y resultado de las crisis suicidas (OMS, 2009).

Por esta razón, la presente investigación aborda el fenómeno desde las necesidades puntuales del personal encargado de dar respuesta a la conducta suicida en la ciudad de Bucaramanga y, a su vez, brinda estrategias y herramientas que faciliten a dicho personal llevar a cabo un trabajo exitoso y productivo con el cual se sienta familiarizado y seguro. De igual manera, con el fin de que reconozca adecuadamente las señales o síntomas de la víctima y lleve a cabo un procedimiento efectivo.

Para ello es necesario determinar el perfil psicológico del personal de atención primaria a la conducta suicida a la hora de intervenir en una situación de riesgo. Asimismo se requiere

caracterizar las destrezas de los socorristas propios de la ciudad de Bucaramanga y, asimismo, identificar estrategias efectivas para fortalecer y entrenar a dicho personal.

Teniendo en cuenta lo anterior, la importancia de esta investigación radica, entonces, en que da luz a ciertos aspectos vinculados con el intento de suicidio que hasta el día de hoy requieren de mayor destreza, claridad y profundidad para los socorristas y demás entidades gubernamentales y sanitarias encargadas del bienestar social en la ciudad.

Objetivos

General

Identificar cuáles son las habilidades necesarias que deben tener los socorristas de atención primaria para la atención eficaz de emergencias suicidas.

Específicos

1. Caracterizar las habilidades de los socorristas para la atención primaria de emergencias suicidas en la ciudad de Bucaramanga.
2. Determinar el perfil psicológico necesario para la atención primaria de emergencias suicidas.
3. Identificar estrategias efectivas para el entrenamiento de socorristas de atención primaria de emergencias suicidas en la ciudad de Bucaramanga

Antecedentes

Teniendo en cuenta lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (2002) en su manual "Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias", durante la década de los años 70 y hasta 1985 (en el momento en que ocurren los desastres de México y Armero) se trae a colación a nivel mundial la necesidad de fortalecer la salud mental de los trabajadores de la red de atención primaria. En esta medida, se abre la posibilidad de pensar en nuevas alternativas de intervención en situaciones de crisis debido a desastres colectivos presentados en el momento. Con ello se implementan estrategias para el manejo de la problemática de salud mental y se brindan espacios de cooperación y trabajo en equipo.

Para los años 90, la OPS reconoce y reafirma la importancia del componente psicosocial en las estrategias de intervención y fortalece el concepto de gestión de riesgo, abordándolo desde la propia comunidad. De esta manera, se logra determinar que en países de Latinoamérica algunos problemas de salud mental están relacionados con la ausencia de un programa nacional de salud mental, pues este no se hace evidente en los planes de salud en situaciones de emergencia. Asimismo, la pobre preparación de los trabajadores de atención primaria en salud a la hora de abordar los efectos psicosociales de los desastres y las dificultades de coordinación entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias llevan a que una intervención en situación de riesgo se torne complicada y negativa, trayendo consigo consecuencias desfavorables.

En esta medida, se hizo latente la necesidad de conformar un modelo de desarrollo y fortalecimiento a la salud mental, el cual brindara un servicio oportuno de amplia cobertura, así como que integrara de una u otra forma a los diferentes actores sociales implicados en la atención de emergencias. Por ello, en los últimos años se ha buscado la manera de reorientar los

servicios de salud mental, paso necesario para lograr la continuidad y sostenibilidad de las acciones que se desarrollan en las situaciones de emergencia. Asimismo, la OPS interpela a la necesidad de que los profesionales que participan en programas de emergencia tengan una formación mínima en la temática psicosocial. Dicho estudio profundiza en la necesidad de vincular el componente de salud mental como parte de las políticas nacionales en desarrollo con tal de fortalecer la red de servicios y mejorar los procesos de coordinación interinstitucionales.

De acuerdo con lo anterior, es posible dilucidar ciertas pesquisas vinculadas con el objeto de estudio de la presente investigación, pues se muestra la necesidad inicial de preparar al personal de atención primaria desde el ámbito sicológico para una situación de riesgo o desastre colectivo. Sin embargo, a pesar de que la problemática se identifica y está latente, difiere en aspectos clave vinculados con el suicidio. Ya que solo aborda la temática desde un conflicto colectivo y deja de lado el cómo afrontarla a partir de un conflicto individual. Aun así, es relevante clarificar los primeros indicios por los cuales se abre paso al fortalecimiento y preparación del personal de atención primaria.

Con base en lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (2009) lleva a cabo un manual de "Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea" en el cual propone en primera medida un recorrido por los hechos y cifras de suicidio a nivel mundial. Asimismo, determina y dilucida sobre conceptos relacionados con el suicidio para, finalmente, mencionar el riesgo físico y psicológico al que se expone un socorrista a la hora de atender una situación de crisis. Junto con ello evidencia la importancia que estos tienen en un caso de suicidio, su papel y la necesidad de que se preparen cognitiva y conductualmente. Culmina su texto brindando ciertas pautas de capacitación a dicho personal y afianzando lo dicho con la intervención propicia de entidades gubernamentales: "…la

capacitación en salud mental para los (…) policías, bomberos y otros socorristas de primera línea se debe organizar con la colaboración de las instituciones comunitarias locales de salud mental. Esto ayudará a construir las relaciones interpersonales e institucionales" (OMS, 2009, p. 23). Es decir, con el presente apartado se evidencia la importancia de que no solo se involucre la salud mental del personal de atención primaria, sino también a las entidades gubernamentales que de una u otra forma brindan orientación y ayuda oportuna en este tipo de situaciones.

Seguidamente, en agosto de 2009 se presenta en la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México, el trabajo especial de grado "Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el área de protección civil del distrito federal" por Rodrígo Arumir García, como requisito para optar el título de *Licenciado en Psicología.* En dicha investigación se hace un recuento de los variados conceptos y teorías que intervienen en el perfil psicológico del personal de primera respuesta en emergencias y desastres. Luego de ello, se determina un "Protocolo de desahogo psicoemocional para el personal de protección civil del D.F.", basado en la investigación relacionada con la sicología comunitaria (Montero, 2007) y sus principios. Su objetivo primordial era facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación, así como prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades. De esta manera, el estudio concluye mencionando la importancia de elaborar programas de mitigación y prevención que se adecúen con las necesidades de los grupos de apoyo. Asimismo, es importante que dicho personal se encuentre muy bien preparado, no solo en el contexto laboral, sino también en el contexto personal y en el psicoemocional.

Trabajo similar el expuesto anteriormente lo lleva a cabo Marta de la Torre Martí en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM, 2013): "Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida", en el cual se presenta de forma concisa una serie de pasos y

consideraciones relevantes en la detección de la ideación suicida, así como el abordaje psicológico inicial en pacientes que acuden a consulta psicológica. Este protocolo determina el enfoque que se sigue en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y busca complementar lo existente sobre el manejo de la conducta suicida, con la particularidad de pretender ajustarse a un contexto clínico universitario o similar. Se dirige fundamentalmente a los psicólogos clínicos para que, desde una perspectiva cognitivo-conductual y centrado en la práctica profesional, suministre la actuación terapéutica en aquellos casos clínicos que revelen o insinúen la voluntad de terminar con su vida. Entonces, sumado a lo ya dicho, las entidades gubernamentales y demás personal de apoyo deben regirse y facilitarse el trabajo a partir de ciertos protocolos que vislumbren estrategias y pasos a seguir antes, durante y después de ocurrida una crisis suicida.

Lo anterior, se relaciona con uno de los objetivos propios a tener en cuenta en la presente investigación, pues se brindarán ciertas pautas y estrategias para la elaboración a futuro de un protocolo que permita esclarecer ciertas conductas suicidas en la ciudad de Bucaramanga. De ahí la importancia de tener en cuenta el contexto social y los paradigmas propios de cada individuo a la hora de llevar a cabo una intervención en crisis.

En esta misma línea, el manual "Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida" escrito por el Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad (2012), tiene como fin dilucidar las posturas y las actividades llevadas a cabo por la OMS y ciertos países tercermundistas a la hora de prevenir el suicidio. Para ello, dicho manual inicia afirmando que desde hace más de 40 años la OMS invita a la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio. Por ello, en el año 1969 redacta un documento en el cual reconoce la importancia de vincular la prevención del suicidio con el campo de la salud pública y la

necesidad de instituir centros de prevención del suicidio a nivel nacional y local, como se evidencia al inicio de este apartado. De ahí que, en 1984, los países de la oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyeron la reducción del suicidio dentro de sus objetivos de política sanitaria.

Asimismo, se menciona que en el año 1999 se emitía una iniciativa a nivel mundial llamada SUPRE (Suicide Prevention) con el fin de disminuir la progresiva mortalidad provocada por el suicidio. Entre los objetivos generales del programa se buscaba prevenir la morbimortalidad vinculada con la conducta suicida y desarraigar los tabúes que rodean al suicidio. Asimismo, resaltaba que la prevención del suicidio requiere la mediación de un equipo multidisciplinar, incluyendo sectores sanitarios y no sanitarios, entre los cuales incluía a médicos generales y profesionales de atención primaria. Luego de una reunión propuesta por la OMS en 2004 relacionada con las "Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa" se tuvieron en cuenta ciertas recomendaciones revisadas detalladamente:

– La prevención de la conducta suicida necesita un enfoque global y debe ser responsabilidad de los gobiernos.

– Son necesarios programas de prevención del suicidio que incluyan intervenciones específicas para los diferentes grupos de riesgo, contando para ello con los diferentes sectores implicados.

– Los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en servicios de urgencias, deben estar capacitados para identificar el riesgo de suicidio y para colaborar con los servicios de salud mental.

– La formación de los profesionales y la educación de la población general debe centrarse en los factores de riesgo y protección.

– Es necesario fomentar la investigación y la evaluación de los programas de prevención del suicidio.

– Los medios de comunicación deben participar y seguir las directrices propuestas por la OMS" (2012, p. 65).

A partir de ello, algunos países han tomado la determinación de desarrollar estrategias que busquen prevenir el suicidio, definidas estas como "un enfoque global y nacional para reducir la conducta suicida, mediante respuestas coordinadas y culturales en múltiples sectores públicos o privados de la sociedad" (Nordentoft M, citado por Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, 2012, p. 68).

Entonces, según el Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad (2012); países como EE.UU., Dinamarca, Nueva Zelanda, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Alemania, Finlandia o Noruega, entre otros; han elaborado estrategias nacionales para la prevención del suicidio siguiendo las propuestas de la OMS. Es el caso de Europa, país que llevó a cabo un programa preventivo llamado "Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)", ejecutado en los años 2001 y 2002 y que incluyó formación a médicos de atención primaria, campañas de información en medios de comunicación, cooperación con figuras clave o gatekeeper e intervención en grupos de riesgo. Los resultados evidenciaron la efectividad del programa, con una disminución significativa tanto de intentos como de suicidios consumados (reducción del 21,7% al finalizar la intervención y del 32% un año más tarde) en comparación con los datos de referencia de Nuremberg y otra región alemana con la que se comparó.

Teniendo en cuenta estos resultados, el programa se ha desarrollado en otras zonas de Alemania y se han iniciado actividades similares en otros 17 países europeos, favorecidas por el

proyecto OSPI (Optimizing Suicide Prevention Interventions), la Alianza Europea contra la depresión (European Alliance Against Depression, EAAD) y el "Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar". Actualmente se está llevando a cabo un estudio multicéntrico y detallado fundado en las líneas desarrolladas en el proyecto de Nuremberg. El protocolo de actuación se publicó en 2009 con un supuesto de intervención de dos años por lo que todavía no se han publicado sus resultados. En este se tiene como eje central la importancia de la formación de los médicos de atención primaria, pues se reconoce la necesidad de que estos se encuentren muy bien capacitados a la hora de intervenir en una situación de riesgo suicida, pues son los primeros en afrontarla.

Situación que tiene clara España, pues dentro de la "Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013", se mostró como objetivo general: "prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general" (2012). Para ello propone ejecutar y supervisar acciones específicas que sirvan para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo y recomienda, a su vez, desarrollar intervenciones preventivas (preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio), en entornos como centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias geriátricas.

A su vez, dicho país propone una serie de programas clínicos de prevención terciaria de la conducta suicida desarrollados allí mismo. Estos se basan en la puesta en marcha de módulos en los que se garantiza una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un episodio de conducta suicida. Pese a que se habla de prevención terciaria, estos programas abordan también la prevención secundaria, pues otro de sus objetivos es la

sensibilización, formación y educación sanitaria, con tal de incrementar el diagnóstico de pacientes en riesgo de conducta suicida.

Es el caso del programa de "Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense", el cual tuvo como objetivo primordial brindar cuidado específico a pacientes tras un intento de suicidio o por presentar ideación suicida de riesgo, mediante un programa específico. Para ello, se llevaron a cabo 19 cursos de formación de hora y media en los principales servicios de atención primaria del área sanitaria de Ourense. Dichos cursos incluían un entrenamiento en la detección de pacientes en riesgo, técnicas de manejo inicial y criterios de derivación. Los resultados obtenidos determinaron que el programa es una intervención más eficaz para prevención de reintentos de suicidio que la asistencia habitual.

Situación similar se presentó con el programa de "Intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)", el cual consistía en la elaboración de un programa de gestión telefónica que fue aplicado a 991 pacientes atendidos por tentativa de suicidio. Este era llevado a cabo mediante seguimiento telefónico regular durante un año (a la semana y a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses). Se evaluó el tiempo entre la primera y segunda tentativa y los cambios en la tasa anual de reintentos autolíticos respecto al año anterior y a la población control, el cual recibió el tratamiento habitual. Los resultados demostraron que los pacientes que siguieron el programa de gestión telefónica tardaron más tiempo en cometer el siguiente reintento de suicidio en relación con el año anterior. Asimismo, en el grupo de intervención se redujo la tasa de pacientes con reintentos de suicidio en 8% con respecto al año anterior y a la población control.

De igual manera, entidades como NICE en 2004 ha elaborado una guía en la cual recomienda que todo el personal, sanitario y no sanitario, con la alternativa de estar en contacto

con personas con conducta suicida posea un entrenamiento apropiado para tratar y entender a este tipo de pacientes. La actualización en 2011 de dicha guía dedica un capítulo a la formación del profesional sanitario de atención primaria, salud mental, urgencias y de otros profesionales del campo de la salud. Asimismo, la guía de la EPA (European Psychiatric Association) de tratamiento y prevención del suicidio, también del 2011, establece un apartado a la mejora de las habilidades del personal médico. Esta formación debe incluir "la evaluación, el tratamiento y el manejo de la conducta suicida y sensibilización sobre el estigma y la discriminación que generalmente se asocia con estas personas" (Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, 2012, p. 69).

En esta medida, el recuento anterior ofrecido por el *Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad* muestra la importancia de que el personal de atención primaria se encuentre muy bien capacitado para afrontar una situación de riesgo, pues se afirma que de esta manera es posible evitar un hecho lamentable. Para ello tiene en cuenta la necesidad de llevar a cabo talleres, programas y demás actividades que involucren a todo el personal inscrito en una situación de riesgo; incluyendo así socorristas, médicos, enfermeros, familia, pacientes, amigos, entre otros que también tienen que ver con la problemática en el momento. Entonces, dicho antecedente es relevante para la presente investigación, ya que permite determinar hasta dónde han llegado las organizaciones y los países internacionales en la temática del suicidio para de esta manera brindar nuevos horizontes e identificar posibles discrepancias que modifican el proceso debido a su ámbito cultural y social.

En esta medida, a nivel nacional, es viable dilucidar un manual propuesto para profesionales de la salud por parte de la Alcaldía de Medellín: "Atención con calidad a las

personas que presentan conducta suicida" (2015), estructurado en cuatro partes, la primera de ellas relacionada con aspectos básicos del manual, vinculados con su importancia y función a nivel social, la segunda parte muestra generalidades de la conducta suicida y aspectos epidemiológicos vinculados con el suicidio, tales como *ideación suicida*, *intento de suicidio*, *conducta suicida*, *auxilios sicológicos,* entre otros. Seguidamente, en tercer lugar, confronta y valora dichos términos con la problemática propia de Colombia y de Medellín, evidenciando aquellos factores que repercuten notablemente a la hora de evitar o subsanar un intento de suicidio. Finalmente, como cuarta parte, el Manual muestra ciertas rutas de atención para las personas que presentan conducta suicida, a través de Programas e iniciativas orientadas a la intervención de dicha conducta, con los cuales se puede articular el sector salud. La propuesta general de dicho manual se basa en mostrar ciertas orientaciones técnicas dirigidas a los profesionales que trabajan en instituciones, programas o proyectos de salud de la ciudad de Medellín.

Además, presenta aspectos útiles para la evaluación y atención integrales de las personas con conducta suicida, según la clasificación del riesgo, para luego contribuir a mejorar la capacidad resolutiva desde la atención primaria; fortaleciendo las capacidades del personal de salud en la atención a las personas que presentan conductas suicidas, sensibilizando frente al tema, motivando a conocer y apropiándose de los aspectos relacionados con la salud mental, optimizando el talento humano en nuestro sistema de salud y aportando a la salud de la población: "La premisa de este manual es que tanto en entornos hospitalarios como no hospitalarios donde se cuente con personal entrenado, como profesionales de enfermería, psicólogos, médicos, nutricionistas, entre otros se puede detectar tempranamente un riesgo y hacer una contención inicial, …" (2015, p. 10).

De acuerdo con ello, en el anterior estudio llevado a cabo desde el ámbito nacional se evidencian aspectos temáticos que afectan principalmente a Colombia y que dan luz a la problemática tratada en la presente investigación, pues estos se acercan un poco más al entorno social y al ámbito cultural santandereano, ya que es posible tomarlos como eje o base para esclarecer y ampliar las propuestas y los estudios llevados a cabo hasta el día de hoy.

En esta medida, un breve análisis llevado a cabo por Carlos Andrés Gantiva Díaz de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, facultad de sicología (2010), llamado "Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia", dilucida que algunas de las causas por las cuales se aplica la intervención en crisis en Colombia se sustentan en factores como el conflicto armado, el fenómeno de desmovilización, la pobreza y el fenómeno del desempleo colombiano, los delitos sexuales, el suicidio, víctimas por desastres naturales y el diagnóstico de enfermedades de alto impacto. Sin embargo, dicho estudio solo esboza la problemática y la necesidad de afrontarla, pero no plantea soluciones efectivas al caso.

Situación similar ocurre en la revista *Universidad y salud* del año 2011, psicólogos como Edwin Gerardo Luna Tascón, Diana Milena Rodríguez Pabón y Nubia Rocío Sánchez Martínez pertenecientes a la Universidad de Nariño y a la Universidad de Colombia publicaron un artículo titulado: "Análisis de planes estatales de intervención sobre el suicidio", en el cual identificaron las estrategias llevadas a cabo con más frecuencia para intervenir en la problemática. Por ende, realizaron un análisis de contenido de siete planes estatales de intervención sobre el suicidio, en los cuales se identificaron 49 unidades de análisis, a partir de los cuales emergieron 9 categorías inductivas. Se encontró que la mayoría de estrategias buscan (1) adquirir información y generar conocimiento relacionado con la problemática, (2) mejorar los procesos de oferta de servicios de

salud mental y rutas de detección y atención a los casos de suicidio, (3) desarrollar actividades de prevención primaria y (4) afectar el ambiente físico o social. De igual manera, se recurrieron a dos momentos de investigación que se complementan entre sí. El primer momento relacionado con un análisis inductivo y el segundo momento correspondiente a un análisis deductivo a partir de criterios de clasificación basados en modelos teóricos.

Pese a que el estudio es llevado a cabo por personal colombiano, el objeto de estudio tenido en cuenta no está relacionado con Colombia, sino con países como Estados Unidos de Norteamérica, Francia, Groenlandia, Inglaterra, Nicaragua, Noruega y Nueva Zelanda. Demostrando con ello, la poca investigación elaborada para el país colombiano y el poco análisis de la problemática en el presente contexto.

En esta misma línea, en julio del año 2012, se presenta en la facultad de Salud de la Universidad del Valle, Santiago de Cali, un proyecto de investigación educativa, llevado a cabo por Laura Elvira Piedrahita S., Karla Mayerling Paz y Ana Maritza Romero; el cual se titula: "Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto". En dicho proyecto se buscaba "fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo para intento de suicidio, identificados en adolescentes y promover el conocimiento de los factores de riesgo y dotarles de herramientas para el abordaje inicial a educadores y padres de familia" (2012, p. 1). Para ello se tuvieron en cuenta 30 estudiantes entre 9 y 14 años, matriculados en una institución educativa de la ciudad de Cali entre septiembre de 2009 y junio de 2010. Asimismo, siete adultos entre docentes y padres. Con ello, se elaboró la intervención en cuatro fases: una inicial, la cual pretendía identificar en los estudiantes los factores de riesgo. En la segunda fase, se llevó a cabo el programa educativo. En la tercera fase, se implementó el

programa bajo los principios de educación en salud. Y una cuarta fase, donde se evaluó el impacto de las actividades realizadas. Los resultados obtenidos evidenciaron el desconocimiento de los adultos respecto al suicidio. A partir de ello, se mostró mayor precisión respecto a los conceptos básicos de suicidio y de las intervenciones a realizar con adolescentes en riesgo. De esta manera, fue posible identificar aquellos factores de riesgo en los adolescentes y, a su vez, mostrar una representativa efectividad al aumentar el nivel de conocimiento en los padres y docentes. Por lo tanto, se dilucidó que una mayor información permite la identificación y el tratamiento oportuno de una situación de riesgo suicida.

Una revisión documental titulada "Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva", llevada a cabo por Ronald Toro, Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, de la Universidad Católica de Colombia en Bogotá (2012); establece que la Conducta Suicida (CS) se relaciona con ideas, intentos y actos autoinfligidos de muerte, provocados por cogniciones negativas autorreferentes (triada cognitiva), un detallado, riguroso y generalizado procesamiento de información con rasgos confirmatorios y modos de resistencia pobres. El cual puede llegar a tratarse con Terapia Cognitiva (TC). Sin embargo, se muestran dificultades en la demostración empírica de la efectividad de estas psicoterapias como la selección de la muestra (discriminación entre ideación, intento, comorbilidades, disponibilidad, reporte), grupos control, generalización de resultados, entre otros. Por ende, se analizan posibilidades metodológicas como clasificar los grupos según patología psiquiátrica o tipo de conducta suicida: intento, ideación y control, llevar enfoques de conductas de riesgo y desesperanza, y usar modelos estadísticos actualizados, entre otros. Se concluye afianzando la necesidad de Terapia Cognitiva, pero teniendo en cuenta, a su vez, mejoras metodológicas que brinden mayor eficacia al estudio.

Finalmente, un proyecto de investigación llevado a cabo por los estudiantes Miguel Amorocho Lozano y Ana Fernanda Uribe de la Universidad Pontificia de Bucaramanga, titulado: "Evaluación del nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento de estrés en socorristas activos de la defensa civil de los municipios de Piedecuesta y Girón del departamento de Santander" (2013), esboza la importancia de la Defensa Civil Colombiana y, asimismo, busca detectar el nivel de ansiedad en un grupo de socorristas activos de los municipios de Piedecuesta y Girón, con tal de evaluar su forma de afrontar el estrés, condicionado por sus estilos de vida, edad actual y de inicio de labores como socorrista voluntario, entre otros aspectos. Para ello, se conformó una muestra de seis hombres y dos mujeres, con un rango de edad entre los 14 y 42 años, los cuales fueron voluntarios activos en atención a emergencias y desastres, con una permanencia mínima de dos años en la institución. Para medir el nivel de ansiedad se tuvo en cuenta el inventario de Ansiedad: estado- rasgo (IDARE) y la forma de afrontamiento por medio del Cuestionario de afrontamiento de estrés (CAE), distribuidos en cuatro etapas de la investigación. Los resultados obtenidos evidenciaron un predominio de ansiedad media, seguido del nivel de ansiedad alta y una tendencia de afrontamiento del estrés enmarcado en el afrontamiento racional correspondiente a las subescalas de focalizado en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. Con dicho estudio regional se da luz a la problemática relacionada con la necesidad de que el personal se capacite a la hora de atender una situación riesgosa vinculada con el suicidio, el estrés y la ansiedad. Asimismo, que asuma estrategias y habilidades para afrontarlo. Sin embargo, no se muestran las posibles estrategias o protocolos a tener en cuenta para afrontar dichas problemáticas. Entonces, una vez más se queda en el vacío, solo mirando el problema sin sugerir soluciones efectivas y trascendentales.

A partir de lo anterior es posible esbozar la necesidad latente de fomentar y crear más proyectos investigativos que traigan consigo problemáticas nacionales y regionales vinculadas al suicidio, las cuales puedan solventarse a partir de estrategias y protocolos propios creados a partir del contexto social y cultural. Pues, es notorio que Colombia no muestra programas de prevención, tampoco protocolos y estrategias que puedan sugerirse en sus departamentos o municipios. De ahí que la necesidad sea aún más vital y requiera de mayor efectividad.

Marco teórico

Modelos explicativos de la conducta suicida

Las explicaciones que se han ofrecido desde los diferentes modelos frente al razonamiento de la conducta suicida, permiten esbozar algunas líneas de compresión y manejo efectivo frente a los protocolos de atención. Mann, Oquendo, Underwood, y Arango (1999) proponen un modelo biopsicosocial, con el fin de comprender la conducta suicida como comportamientos que se generan en consecuencia a la interacción entre estresores externos y una propensión o vulnerabilidad interna. A partir de dicha hipótesis, Oquendo et al. (2004) proponen el modelo estresor–diátesis, en donde se conjugan elementos biológicos, sociales y personales. Los estresores externos (eventos importantes como dificultades económicas, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva, entre otros) son considerados factores precipitantes del acto suicida, lo que sumado a la vulnerabilidad individual, hace más probable la respuesta desde el pesimismo y la desesperanza, sintomatologías que aparecen simultáneamente con respuestas de agresividad o impulsividad de origen orgánico, haciendo más probable las situaciones de riesgo suicida (Blandon Cuesta, O.M., Andrade Salazar, J.A., Quintero Núñez, H., García Peña, J.J., y Layne Bernal, B., 2015, p.18).

Por otra parte, para Blumenthal (1988), indica que el comportamiento suicida se produce como resultado de la interacción y el solapamiento de cinco clases de factores: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales, y por la historia familiar y genética. Este último factor genético es apoyado también por Mann, Waternaux, Haas y Malone (1999) que mantienen la idea de una trasmisión familiar, de cierta propensión a externalizar la agresividad y una tendencia a tener conductas suicidas, que serían expresadas en

un ambiente particular. Desde la psicopatología, se evidencia que los factores con los que se asocia dicha problemática guardan relación con trastornos mentales y de personalidad, depresiones y conductas adictivas (Motto y Bostrom 1990); Lo que, sumado a acontecimientos estresantes, exclusión social, sentimientos de soledad y enfermedades crónicas que se llevan con dolor y angustia, aumentan la probabilidad de dichos actos (Ahrens y Linden, 2000). También se habla de la influencia de factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado (Sharma, 2003). Asimismo, están los factores que comprenden el uso de múltiples drogas y alcohol los cuales son detectados hasta en el 33% de autopsias de sujetos suicidas (Sánchez, Orejarena y Guzmán, 2004).

Con todo lo anterior se señala que el riesgo suicida no se determina únicamente por la posibilidad hereditaria de cierta enfermedad psiquiátrica sino, también mediante la propensión a experimentar una mayor vulnerabilidad frente a situaciones sociales complejas, una tendencia a actuar de manera impulsiva, unos ambientes complicados, bajas oportunidades laborales, pocas circunstancias que permitan el desarrollo de estrategias adecuadas de afrontamiento y un pobre acompañamiento del contexto frente a las necesidades de cada individuo, que generan una propensión a cometer un acto suicida (Casullo, Bonaldi y Liporance, 2004; Durkheim, 1897).

Ante todo esto, el enfoque cognitivo ha aportado una explicación de la conducta suicida, resaltando al pensamiento como un factor causal de estos eventos. Así las cosas, se centra en que las emociones y los comportamientos humanos se basan en las formas particulares en las que se procesa la información y por ende, el control se logra cambiando ideas y pensamientos (Beck, 1983; Lazarus, 1972). Dentro de este enfoque se destaca la explicación desde la triada cognitiva

propuesta por el psicólogo Aaron Beck (1976), la cual se vincula con unos patrones de conducta en los que se muestra una percepción negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro.

Situaciones de emergencia

Dado que el eje central de la presente investigación radica en las habilidades psicológicas por parte del personal de atención primaria a la hora de atender situaciones de riesgo (suicidio), es importante plantear algunos parámetros que sirvan de guía esclarecedora y de apoyo a la lectura de la presente problemática. Por tanto, hablar de las situaciones de emergencia será un punto de partida, para el abordaje del fenómeno de estudio. En las situaciones de emergencia se deberán tomar medidas de: (1) *Prevención* entendidas como un conjunto de acciones y mecanismos implementados con antelación de la presencia de los agentes perturbadores, con la finalidad de conocer los peligros o los riesgos, identificarlos, eliminarlos o reducirlos; impedir o amortiguar su impacto destructivo sobre las personas, bienes e infraestructura, así como anticiparse a los procesos sociales de construcción de los mismos (Ley general de Protección civil, 2013). (2) *Protección* como acciones solidarias y participativas con las cuales se adoptan medidas universales para salvaguardar la vida, integridad y salud de una población (Coordinación nacional de protección civil, 2016) y (3) *Control sobre las consecuencias* en donde se requiere que las entidades correspondientes tengan claro el procedimiento a seguir luego de ocurrido un desastre.

Para cumplir en su totalidad con la secuencia anterior es importante tener claro el ciclo de emergencias y desastres correspondiente a una calamidad. El cual está distribuido de forma sistemática como una secuencia cíclica de siete etapas que se relacionan entre sí (prevención, mitigación, preparación, alerta, respuesta, rehabilitación, reconstrucción), y que se agrupan, asimismo, dentro de tres fases (antes, durante y después). De dicha secuencia se concluye que el

manejo de los desastres tiene que ver con el esfuerzo por prevenir la ocurrencia de un desastre, mitigar las pérdidas, prepararse para sus consecuencias, alertar su presencia, responder a la emergencia y recuperarse de los efectos Bello Gutiérrez, B., Cruz Álvarez, N., Álvarez Sáez, M., Chao Rojas, F., y García Gómez, V., (2004).

Fase I - *Antes del desastre*: Esta involucra las actividades que corresponden a las etapas de prevención, mitigación, preparación y alerta. Durante esta fase se educa a la población, se instruyen a los recursos humanos necesarios, se efectúan inventarios y se recolectan los recursos para su movilización rápida. Es el período más significativo del proceso de planificación, el más largo y de mayores posibilidades a la hora de cumplir medidas de prevención, mitigación y preparación contra emergencia y desastre, según el fenómeno que se esté analizando.

Fase II - *Alerta*: Normalmente la alerta se conoce como parte de la preparación, pero dada su importancia es útil considerarla como una etapa más con sus características. Es el estado declarado con el fin de tomar precauciones definidas, debido a la probable y cercana ocurrencia de un evento adverso. La alerta es el aviso formal, en algunos casos legales, para notificar la activación de la respuesta adoptada en función de la evaluación de la amenaza, y tiende a delimitar el impacto del fenómeno por medio de las acciones de preparación. La declaración de alerta debe ser: 1. Clara y entendible, 2. Posible, propagada por todos los medios, 3. Rápida, sin demora, 4. Coherente, sin contradicciones, 5. Oficial, procedente de fuentes oficiales o gubernamentales.

Fase III - *Durante el desastre:* esta fase es fundamental por las consecuencias que podría tener una mala praxis; esta se relaciona con una respuesta planificada y oportuna, con el fin de que una amenaza no se convierta en un acto consumado; En esta fase se requiere la actuación de un conjunto de actividades integradas, multifactoriales y multisectoriales para salvar vidas,

mitigar sufrimientos, pérdidas económicas y daños al medio ambiente.

Fase III – *Después del desastre*: En esta se contempla el proceso de recuperación y se llevan a cabo actividades que buscan reparar las secuelas resultantes a corto, mediano o a largo plazo; comprende las etapas de rehabilitación y reconstrucción: (1) Rehabilitación, en donde se da la recuperación a corto plazo de los servicios básicos e inicio de la reparación de los daños físicos y sociales y la (2) Reconstrucción, donde se repara el daño físico, social y económico, a mediano y largo plazo, a un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del desastre.

Las acciones de emergencias que se llevan a cabo en la fase II, son atendidas por organismos de socorro que con frecuencia son los primeros involucrados en situaciones donde han ocurrido conductas suicidas, tales como una amenaza de suicidio, intento suicida o suicidio consumado (OMS, 2009). Ellos trabajan sobre situaciones de crisis en las que se necesitan intervenciones inmediatas y eficientes y son, por lo tanto, llamados los "primeros mediadores" o "primeros socorristas" (OMS, 2009). Quienes para prevenir un intento de suicidio deben identificar las señales de advertencia, mantener una comunicación abierta y brindar una oportunidad de ayuda cuando sea necesario (OMS, 2009).

Habilidades e intervención del personal de atención

El apartado que se expone a continuación, muestra una parte relevante del presente estudio, ya que comprende el conjunto de actividades y de habilidades que determinan la intervención del personal de atención primaria a la hora de prevenir un suicidio.

En las situaciones de crisis se tienen en cuenta, la intervención de primera instancia, conocida como primeros auxilios psicológicos y la intervención en segunda instancia, reconocida como terapia para crisis o intervención en crisis. Ambas son importantes a la hora de determinar una eventual solución a la crisis o emergencia. Los primeros auxilios psicológicos (PAP) hacen

intervención psicológica en el momento de crisis. Son considerados la ayuda breve e inmediata para la persona que necesita recobrar su equilibrio y estabilidad emocional (Egozcue, 2006). Buscan mediante la empatía, la comunicación y la escucha activa, potenciar la ventilación emocional de sentimientos, haciendo una reestructuración de percepciones e ideas vinculadas con la catástrofe o con la situación de crisis.

La Cruz Roja incentiva le da importancia a llevar a cabo una aproximación inmediata, que buque primordialmente renovar la calidad de la asistencia humanitaria, entrenando en la actuación con seguridad y eficacia, a través de la implementación de habilidades sociales básicas de comunicación, estrategias orientadas a conocer e identificar las diferentes manifestaciones del estrés, desarrollar técnicas que permitan conocer los síntomas de este y, asimismo, adquirir técnicas para su control.

De igual manera, Pérez (2001) expone algunas habilidades que hacen parte de la relación de ayuda-apoyo, tales como: escucha y orientación de la persona afectada; teniendo presentes las siguientes pautas de actuación: diálogo con el afectado mostrando la disponibilidad de ayudarlo; confianza a la hora de relatar los acontecimientos, pensamientos y sentimientos; escucha activa; orientación y apoyo a la hora de normalizar determinadas reacciones; facilidad a la hora de brindar información útil; identificación de necesidades y, finalmente, orientación ante la confusión y el aturdimiento.

Ahora bien, para que exista intervención psicológica debe darse la posibilidad de diálogo, así sea mínima. Ya con ello es posible proceder, a través de cinco componentes estratégicos (Garcia, 2010)

1. Realizar contacto psicológico: Este busca generar empatía hacia los sentimientos y las necesidades de la persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis

visualiza la situación y se comunica. Asimismo, se estimula a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, instigando pensamientos reflexivos y produciendo sentimientos opuestos frente a su acción.

2. Analizar las dimensiones del problema: La indagación de los eventos se orienta en tres áreas: a) el momento presente b) pasado inmediato y c) futuro inmediato. se busca entender: qué sucedió, cómo se siente, qué piensa y qué puede empezar a hacer. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que llevaron al estado de crisis y su búsqueda implica preguntas como: "quién, qué, dónde, cuándo, cómo" y el futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y cuál debe ser su preparación para la solución inmediata.

3. Sondear posibles soluciones: Involucra la caracterización de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas. Esto implica llevar o "acompañar" a la persona en crisis a buscar y generar alternativas seguidas de otras posibilidades.

4. Iniciar pasos concretos: Tiene que ver con el compromiso de ayudar a la persona a llevar a cabo alguna acción concreta. El fin es limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. Quien interviene toma una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias dadas por la crisis del sujeto y finalmente

5. Verificar el progreso: en la cual se busca extraer información y construir un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El objetivo es ante todo completar el circuito determinando si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

Por su parte la Intervención en crisis se relaciona con el proceso que podría llevar a cabo

el personal de atención primaria ante la conducta suicida, ya que en su procedimiento busca orientar a una persona, familia o grupo y llevarlo a que acepte un hecho traumático, minimizando aquellos efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) y buscando el crecimiento de nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida (Morales, Gallego y Rotger, 2008; Benveniste, 2000; Slaikeu, 1988).

Desde La Organización Panamericana de la Salud (2006) se identifican algunos objetivos como: Contener el proceso agudo de descompensación psicológica, apaciguando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento, Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, minimizando los sentimientos de anormalidad o enfermedad, Impedir dificultades adicionales, Restituir las funciones psíquicas y reajustar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible y advertir o aminorar el impacto del estrés postraumático.

En esta medida, involucrarse en una crisis significa adentrarse de manera activa en la situación vital del sujeto que la experimenta y ayudarla a mover sus propios medios para superar el problema y recuperar su equilibrio emocional (Arumir García, R., 2009) todas acciones que se delimitan previamente requieren que los socorristas estén capacitados y preparados tanto física como mentalmente para manejar situaciones de riesgo. Pues, a menudo, tropiezan con ciertos peligros que aparecen de forma desprevenida, corriendo el riesgo de vivir experiencias en las que incluso esté la muerte presente (Valero, 1997), extendiendo la afectación en tiempo posterior a la intervención, por ello, es viable afirmar que luego de terminada la intervención, el socorrista se puede ver afectado, pues está expuesto a emergencias que pueden llegar a confrontarlo: vivencias de excesivo sufrimiento humano, muertes traumáticas, cuerpos mutilados o quemados, situaciones amenazantes para su propia integridad física, pérdida de compañeros de equipo o la observación de accidentes masivos

(Valero, 1997). Se debe resaltar con ello que la preparación psicológica debe ser un proceso que inicie con la formación profesional, seguir con entrenamiento informal y buscar ponerse a prueba con el contexto real.

Para ello, se resalta la necesidad de un concepto de *autoeficacia positivo,* que se relaciona con la creencia que tiene un individuo de poseer las capacidades que le permitan desempeñar acciones necesarias para obtener resultados deseados (Bandura, 1995. Citado por Olivari Medina, C. y Urra Medina, E., 2007).

De acuerdo con la teoría e investigación un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001. Citado por Olivari Medina, C. y Urra Medina, E., 2007) haciendo más propenso al personal de atención a tener un menor rendimiento frente a la ayuda de casos con emergencias suicidas. Un alto sentido de eficacia facilitaría el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones (Bandura, 1997. Citado por Olivari Medina, C. y Urra Medina, E., 2007), aspectos que deberían presentarse para la resolución adecuada de las situaciones de riesgo.

Por otra parte, el personal de atención debe ser *resiliente*, se entiende esta característica, como la capacidad para recuperarse o ajustarse fácilmente al cambio o a los acontecimientos negativos que pueden estar presentes (Mish, F.C., Morse, J. M., Gilman, E. W., Copeland, R. D., Lowe, J. G., y Pease, R. W., 1989), da cuenta de una habilidad para ajustarse fácilmente a las demandas que las diversas situaciones de riesgo pueden presentarle, sin que estas los desborden y desajusten fácilmente. Esto se acogería alrededor de la prevención de la salud y el bienestar tanto de las personas en emergencia como también en los trabajadores y su desempeño (Salanova y Schaufeli, citados por Arumir García, R., 2009).

La regulación emocional por su parte, se considera como una estrategia orientada a conservar, desarrollar o suprimir los estados afectivos (Gross, 2002) Pese a que existen varias formas de estrategias de regulación, dos han sido estudiadas con amplitud: la reevaluación (asignar un significado "no emocional" a un evento) y la supresión (controlar la respuesta somática de una emoción) (Gross, 1998). Estas estrategias serán de gran utilidad pues las causas emocionales de quienes intervienen en una situación de trauma producen desgaste en los mismos y la exposición a sucesos estresores causa cansancio físico y alteraciones emocionales (Vega, 1994).

Adicionalmente el personal de emergencia suele exponerse a varios tipos de estrés, Por ello, es importante revisar cómo puede afectar el estrés un ámbito en constante movimiento como lo es la atención de emergencias, en la cual se trabaja con muerte y pérdidas, así el manejo del estrés y las estrategias que permiten mitigar la carga emocional van a ser absolutamente necesarias.

A su vez, el personal de emergencia puede llegar a experimentar un tipo de estrés crónico, desgaste profesional o como es conocido un Síndrome de Burnout, por ende la habilidad de estar atento a los síntomas de agotamiento físico y psíquico, sentimientos de impotencia, temor, frustración y desesperanza, autoconcepto negativo y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y las otras personas, va a ser fundamental para el trabajo en este tipo de contextos (Maslach, 1977). Ya que en este proceso, el trabajador puede ir acabando con su capacidad adaptativa de respuesta. Finalmente se destacan algunas herramientas más como relevantes para los socorristas en su proceso de atención eficaz: la empatía, la adecuada solución de problemas, las habilidades adecuadas de comunicación y el desarrollo de estrategias de negociación.

Teniendo en cuenta esto, la presente investigación busca hacer una aproximación teórica y un análisis cualitativo, al proceso de atención de la conducta suicida en la ciudad de Bucaramanga en los principales organismos de socorro.

Aspectos metodológicos

Diseño de investigación

El presente trabajo se ubica dentro de los estudios empíricos cualitativos con modalidad de diseño de caso múltiple, se presentan datos empíricos originales que parten de la perspectiva de los participantes y se enmarcan en una tradición subjetivista, eligiendo varios casos prototípicos que ilustran variantes del fenómeno de estudio (Montero y León, 2007; Anyon, 1981).

Participantes

La muestra de estudio estuvo conformada por doce (12) miembros de organismos de socorro, cuatro (4) miembros por cada Institución. Las condiciones del muestreo fueron elegidas por conveniencia y se dividieron en una matriz 2 x 3 (*Ver tabla 1*), se organizaron en tres grupos diferentes de atención (bomberos, policías y defensa civil) y 2 condiciones de edad: participantes de 18 años a 35 años para la primera condición y participantes de 40 a 60 años para la segunda condición.

Tabla 1
Muestra de estudio

Condiciones	Bomberos	Defensa Civil	Policía Nacional
Condición 1 (18 años a 35 años)	2 Sujetos	2 Sujetos	2 Sujetos
Condición 2 (40 años a 60 años)	2 Sujetos	2 Sujetos	2 Sujetos

Cada uno de los miembros tenía educación formal finalizada para poder ejercer en cada una de sus instituciones y su nivel de experiencia no fue menor a 2 años.

Instrumentos

Se usó una entrevista semi-estructurada (Ver apéndice A) que buscaba visualizar la actitud de los participantes y los factores sociales involucrados en el abordaje y la atención a la conducta suicida. Su característica principal fue la posibilidad de adaptarse a los sujetos y sus necesidades, permitiendo motivar al interlocutor para su apertura frente a las preguntas, aclarar términos e identificar ambigüedades (Díaz et al., 2013, p. 163). La entrevista que se utilizó se organizó para abordar los siguientes aspectos: (1) Perfil sociodemográfico (2) conceptos básicos de suicidio (3) Manejo de experiencias suicidas (4) variables contextuales (5) posiciones críticas frente a la realidad actual del fenómeno y (6) sugerencias en la atención de la conducta suicida.

Procedimiento

La presente investigación estuvo organizada por fases de la siguiente manera:

I - Fase de organización y conceptualización: se llevó a cabo la elección del tema de investigación. Se realizó la revisión de literatura y la identificación de posibles dificultades teóricas y metodológicas con relación al tema de investigación y se identificaron los objetivos de investigación.

II – Fase de construcción: se planteó el diseño para abordar el fenómeno de estudio y se delimitaron las categorías de análisis de la entrevista, construyendo los ítems que la conformaron.

III - Fase de contacto: Se delimitaron los criterios de inclusión para la población y se realizó el contacto con las diferentes instituciones que contaban con los posibles participantes dando a conocer la investigación, los objetivos y las implicaciones para los participantes.

IV – Fase de trabajo de campo: Se seleccionaron los participantes, se les entrego el consentimiento informado (Ver apéndice B) y se les dio explicación de la investigación, su rol en la entrevista y la posibilidad de retirarse en el momento en que así lo decidieran. Finalmente se realizó la entrevista con cada uno de los participantes.

V – Fase de Organización de resultados: Se realizó la transcripción de las entrevistas y se codificaron a través del Software Nvivo y las respectivas categorías que emergieron de la búsqueda teórica y la riqueza del discurso de los participantes

VI – Fase de análisis: Se llevó a cabo el análisis de resultados y se contrastaron con la literatura para obtener la discusión y conclusiones de la investigación.

Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó bajo las consideraciones éticas que se disponen en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de salud en la cual se dan las directrices necesarias para la investigación en términos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en salud en Colombia considerando todo lo relacionado con: (1) *el consentimiento informado*: este será firmado al inicio de la investigación por los participantes, donde se dio previo conocimiento sobre la investigación, su participación y anonimato, su presencia voluntaria, los riesgos y ganancias de ser partícipe del estudio; el consentimiento hace hincapié en la posibilidad de retirarse de la investigación en el momento en que lo considere necesario y en la libertad de proporcionar o no la información requerida por el estudiante sin que esto tenga consecuencias para su trabajo, se habla de la confidencialidad y el uso de los datos solo con fines académicos. Además, la entrevista está regida por el principio de beneficencia y no maleficencia que rige el actuar del psicólogo (ley 1090 de 2006) contemplando así la ausencia de riesgos para los participantes, así como tampoco presentara conflicto de intereses.

Resultados

La presente investigación cualitativa muestra los resultados obtenidos en un estudio de caso con el personal de atención primaria a la conducta suicida en la Ciudad de Bucaramanga. Para el análisis y codificación de la información recolectada en las entrevistas realizadas a los participantes, se utilizó el programa Nvivo. Con las entrevistas codificadas y organizadas se estructuraron los datos, se obtuvieron frecuencias y se analizaron relaciones que emergían de las entrevistas, contrastando todo esto, con la información documental previamente analizada (Ver tabla 1). En la tabla se identifican las categorías, subcategorías (tipo I Y II) y los nodos que emergieron del análisis del discurso y de la revisión teórica sobre el tema identificando la frecuencia de cada nodo presente en las entrevistas.

La tabla está organizada teniendo como base primordial tres grandes categorías: (1) Formación personal, (2) Aspectos personales y (3) Atención directa. La *Formación personal*, hace referencia a la información relacionada con el conocimiento y la formación que posee cada auxiliar de atención primaria respecto a su trabajo y a su experiencia en el mismo. En esta categoría se identificaron tres subcategorías, que buscan aclarar y mostrar el conocimiento y la experiencia propia del entrevistado: (1) *Claridad conceptual*, que especifica la precisión con la que el entrevistado aclara y habla de conceptos propios del suicidio. (2) *Protocolos de seguridad,* que pretende hacer explícito el conocimiento y la experiencia que el entrevistado posee frente a su trabajo y frente a los protocolos de seguridad que este le exige y (3) *Capacitaciones recibidas*, en donde se hace evidente la preparación y la capacitación que han brindado las instituciones a las cuales se encuentran vinculados frente a la problemática.

Para la subcategoría de (1) *Claridad Conceptual* están los siguientes nodos: (1-1) *definición oportuna*, en caso de que el entrevistado responda acertadamente a lo cuestionado, y

(1-2) *Ambigüedad conceptual*, en caso de que el entrevistado redunde en lo mismo y no tenga muy claro lo cuestionado. Por su parte, la subcategoría de (2) *Protocolos de seguridad* cuenta con dos nodos que enfatizan en el desconocimiento y en el poco manejo del protocolo por parte del entrevistado (2-1) *Desconocimiento del protocolo* y (2-2) *Manejo del protocolo*. Finalmente, en la tercera subcategoría: (3) *Capacitaciones recibidas*, emergen los siguientes nodos (1) *Educación formal*, vinculado con la enseñanza impartida para asumir un caso suicida y (2) *Experiencia personal,* relacionada con las vivencias propias y el reconocimiento de acciones basados en atenciones previas frente a dichos casos.

Tabla 2
Categorías de análisis y frecuencias.

Categoría	Subcategoría I	Subcategoría II	Nodos	Frecuencia
Formación personal	Claridad Conceptual		Definición Conceptual	10
			Ambigüedad Conceptual	2
	Protocolos de Seguridad		Desconocimiento del protocolo	11
			Manejo del protocolo	1
	Capacitaciones Recibidas		Educación Formal	3
			Experiencia Personal	9
Aspectos personales	Factores que facilitan la atención	F. Factores Emocionales	Toma de perspectiva emocional.	1
			Identificación de la emoción.	1
			Validación de la emoción.	3
		F. Factores Cognitivos	Identificación de la situación.	1
			Explicación de la situación.	2

			Adecuada resolución de la situación crítica	1
			Resiliencia	1
			Tolerancia a la frustración	3
	Factores que dificultan la atención	D. Factores Emocionales	Juicios de valor en la emoción	6
			Negación de la emoción	4
			Sobrecarga emocional	9
		D. Factores Cognitivos	Tendencia al gregarismo	3
			Desconocimiento de la situación.	10
			Inadecuada resolución de la situación crítica	4
			Vulnerabilidad psicológica	4
			Déficit de habilidades comunicativas	8
			Baja tolerancia a la frustración	3
Atención directa	Experiencias Exitosas		Factores positivos	3
	Experiencias no Exitosas		Factores Negativos	10

De esta misma manera, la segunda categoría, relacionada con (2) *Aspectos personales* de los entrevistados evidencia características emocionales, comportamentales y cognitivas que facilitan o dificultan el proceso de atención primaria por parte del socorrista. Para continuar con su análisis con mayor precisión se dividieron en subcategorías tipo I y subcategorías tipo II, las subcategorías tipo II se encuentran inmersas dentro del tipo I, se dividieron de esta manera, debido a la gran cantidad de información y riqueza conceptual que hace parte de esta categoría principal. Así las cosas y teniendo esto claro, se identificaron dos subcategorías de tipo I: (1)

Factores que facilitan la atención, que pretende evidenciar aquellos ámbitos que facilitan el proceso de atención primaria por parte del socorrista y (2) *Factores que dificultan la atención,* que enmarcan aquellos ámbitos que dificultan el proceso de atención primaria.

La subcategoría tipo I de (1) *Factores que facilitan la atención*, se divide en dos subcategorías de tipo II: (1-1) *Factores emocionales*, que se encuentran vinculados con las emociones y los sentimientos y (1-2) *Factores cognitivos*, vinculados con el actuar y el procesar de la situación. La subcategoría II de (1-1) *Factores emocionales* se divide en los siguientes nodos: (1) *Toma de perspectiva emocional,* (2) *Identificación de la emoción,* (3) *Validación de la emoción*. En el caso de la subcategoría II de (1-2) *Factores cognitivos,* se hacen evidentes nodos como (1) *Identificación de la emoción* (2) *Explicación de la situación*, (3) *Adecuada resolución de la situación crítica*, (4) *Resiliencia* (5) *Tolerancia a la frustración*.

De igual forma, la subcategoría tipo I de (2) *Factores que dificultan la atención,* está relacionada con dos subcategorías de tipo II: (2-1) *Factores emocionales,* relacionados con la emoción y los sentimientos y (2-2) *Factores cognitivos*, vinculados con el actuar y el procesar de la situación. La subcategoría tipo II de (2-1) *factores emocionales,* se relaciona con los siguientes nodos (1) *Juicios de valor en la emoción*, (2) *Negación de la emoción*, y (3) *Sobrecarga emocional.* Asimismo, se identifican los nodos para la subcategoría tipo II de (2-2) *Factores cognitivos*: (1) *Tendencia al gregarismo*, (2) *Desconocimiento de la situación*, (3) *Inadecuada resolución de la situación crítica*, (4) *Vulnerabilidad psicológica*, (5) *Baja tolerancia a la frustración* y (6) *Deficiencia en habilidades comunicativas*.

En última instancia, se muestra la tercera categoría (3) *Atención directa,* la cual hace evidente aquellas experiencias exitosas o no exitosas mediante la aplicación de habilidades, la proyección y el fortalecimiento de acciones futuras a la hora de confrontar un caso de atención

primaria. Para esta categoría se identificaron dos subcategorías: (3-1) *Experiencias exitosas* y (3-2) *Experiencias no exitosas*. En el caso de (3-1) *Experiencias exitosas* delimita aquellas vivencias que fueron de éxito y de las cuales se obtuvo un aprendizaje significativo, el cual es viable poner en práctica en intervenciones futuras, frente a la cual emergió un nodo: (1) *Factores positivos*, los cuales relatan aquellas buenas vivencias por parte de los socorristas con un adecuado manejo de habilidades, que en este caso fueron tanto emocionales, cognitivas, como comportamentales. En el caso de la subcategoría correspondiente a (3-2) *Experiencias no exitosas,* que delimita aquellas situaciones que no fueron de éxito y con las que se hizo necesario un cambio práctico y metodológico a la hora de proceder en un caso de atención primaria, se esbozó un nodo: (1) *Factores negativos*, los cuales relatan los aspectos por mejorar y un mal manejo de habilidades tanto emocionales, cognitivas, como comportamentales, en donde se hace evidente aquello que no se debe hacer o pensar en caso de una situación de suicidio.

Adicionalmente, en la tabla se pueden identificar los nodos que presentan mayor frecuencia: *El mal manejo de habilidades, factores negativos en experiencias no exitosas, déficit de habilidades comunicativas, desconocimiento de la situación, sobre carga emocional y desconocimiento de protocolos*, siendo todos factores negativos frente al manejo de la situación de emergencia.

Por otra parte, se organizaron los resultados en un mapa de redes (Ver figura 1) éste informa sobre las relaciones principales entre las categorías, subcategorías y los nodos descritos previamente. Delimitando con mayor precisión las relaciones e interdependencias, diferencias, similitudes y posibilidades entre cada elemento de análisis. Es por esto que los resultados se organizaron en tres grandes apartados: (1) aspectos personales (2) formación personal y (3) atención directa. Los *aspectos personales* se dividieron en aquellos que facilitaban la atención en

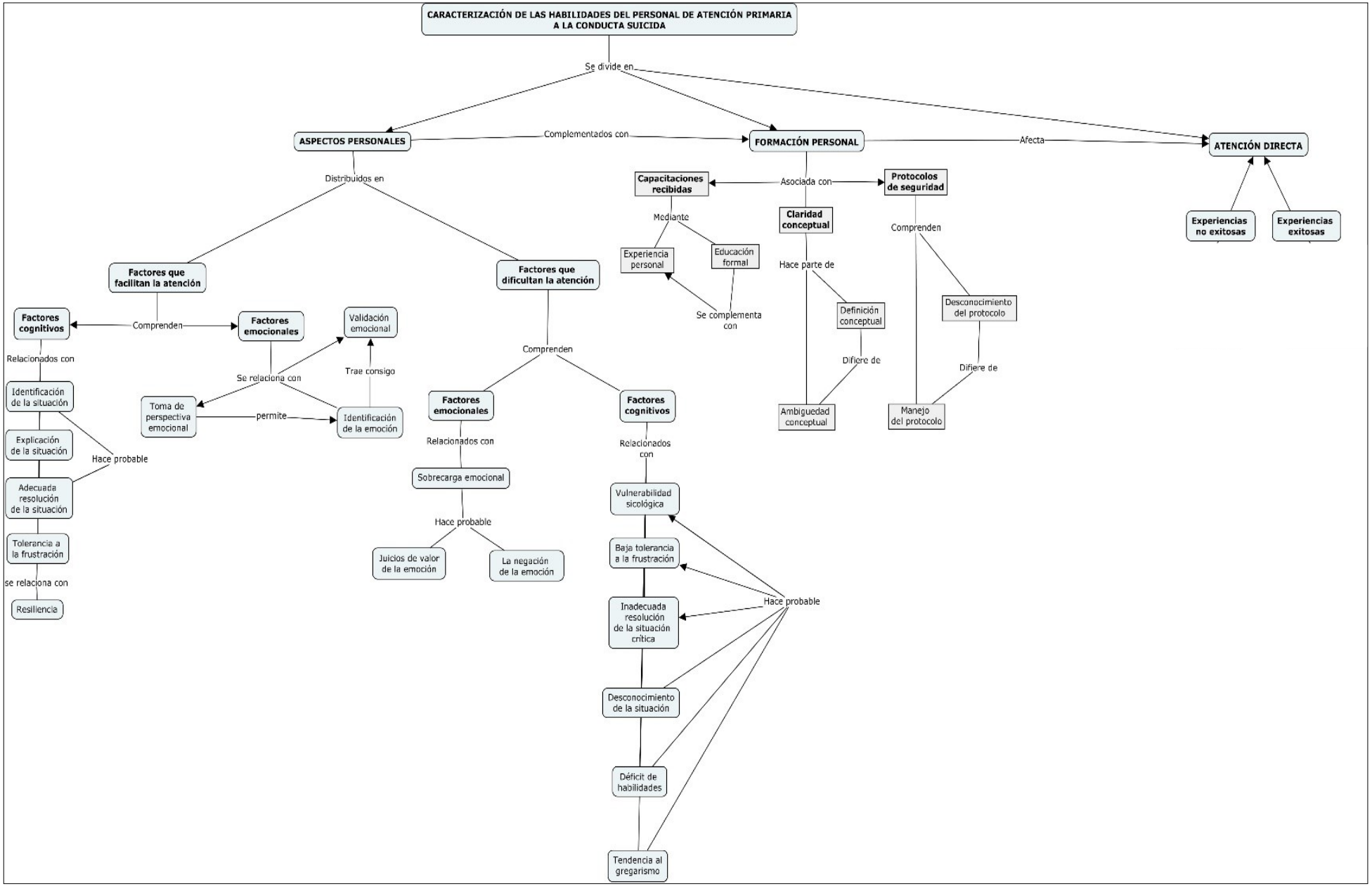
emergencias suicidas y los que la dificultaban, factores cognitivos y emocionales están presentes en estas dos opciones. A nivel cognitivo, facilita la atención de la conducta suicida, la *identificación de la situación de problema* y *la explicación de la situación*, estas dos imperan en a hacer probable una adecuada resolución de la situación, una mayor tolerancia a la frustración y finalmente una respuesta desde la resiliencia, tal y como se encuentra en los participantes que indican: *"trato de entender que es algo laboral y no dejarme afectar desde lo personal" "trato de comprender la situación lo más que puedo y no dejarme afectar"*. Por su parte los factores emocionales que facilitan la atención, se relacionan con la capacidad de tomar perspectiva frente a la emoción, que permite a su vez, la identificación y validación de la emoción.

No obstante, los factores emocionales también dificultan la ejecución en situaciones de emergencia, principalmente cuando se presenta sobrecarga emocional, haciendo probables juicios de valor y negación de la emoción, encontrando reportes como: *"cómo es posible que un hijo lo abandone a uno, que dolor esa situación, yo llegue a pensar que realmente esta señora tenía razón suficiente para quitarse la vida, me llevó a pensar que en una situación igual yo tomaría la misma decisión"*. Y factores cognitivos que dificultan el proceso de atención se relacionan con la vulnerabilidad psicológica, que influye: una baja tolerancia a la frustración, inadecuada resolución de la situación, desconocimiento de la situación, un déficit en habilidades y una tendencia al gregarismo, permitiendo que el personal de atención indique cosas como: *"después del resultado negativo es muy complicado no sentirse frustrado y aunque intenten ayudarlo no es posible, tener una vida y no ser capaz de salvarlo es algo muy duro" o "solo sentí que entre en shock, solo pensé en que no era capaz y sí, no fui capaz, me asusté mucho, sentí muchos nervios y miedo y después todo finalizo en un fatal desenlace con tristeza, rabia, impotencia y frustración" "era tan difícil de manejar que ninguno podía hacer nada"*.

Los elementos descritos previamente son complementados o no, a partir del segundo factor correspondiente a la *formación personal* que ha tenido el socorrista hasta el momento de la atención. Esta se da frente a las capacitaciones recibidas, la claridad conceptual y la información que se tiene sobre los protocolos de seguridad. Existiendo la posibilidad de presentar claridad o ambigüedad en la definición conceptual y manejo o no de los protocolos de atención, encontrando reportes cómo: *"Pues es el mismo protocolo de cualquier emergencia" "Protocolo de seguridad para eso no, no existe un protocolo"* entrenamientos que son propiciados por medio de dos vías: la educación formal brindada por las instituciones o la propia experiencia.

Finalmente, se encuentra que la formación personal afecta la *atención directa,* pues según el conocimiento o desconocimiento de las habilidades que se deben tener, es posible tener experiencias exitosas con factores positivos o experiencias no exitosas con factores negativos. Es el caso de la mayoría de entrevistados, se encontraron verbalizaciones negativas frente a la experiencia: *"uno piensa que todo lo hizo mal y se da una frustración muy brava" "creo que no debía reprocharles por qué lo iba a hacer" "uno sabe que no está preparado frente a la situación" "no debía lanzar palabras agresivas sin medir las consecuencia*

Figura 1 *Caracterización de las habilidades del personal de atención primaria a la conducta suicida*



Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las habilidades necesarias que deben tener los socorristas de atención primaria para la actuación eficaz de emergencias suicidas a través del análisis de la experiencia de 12 socorristas de diferentes organismos de control de la ciudad de Bucaramanga.

Tomando como punto de partida el análisis del discurso de los participantes y los resultados dispuestos, se observa que la mayoría del personal no evidencia preparación, capacitación o protocolos propios a la hora de atender una conducta suicida. Un protocolo según el Plan Local de Emergencias y Contingencias de Dosquebradas (2003) va a permitirle al personal no improvisar en caso de emergencias, contando con herramientas básicas ya estipuladas que le permiten al personal de apoyo brindar la mejor respuesta frente a situaciones que requieren asistencia. Así mismo, la Cruz Roja Colombiana (2007) a pesar de no tener un protocolo específico para el manejo de la conducta suicida reconoce que en general "los protocolos son acuerdos sobre roles y responsabilidades basados en la coordinación previa con la finalidad de ofrecer una respuesta más eficaz y eficiente" lo cual se contrasta a su vez, con las verbalizaciones constante de los participantes de la investigación que indican: *"Deberíamos tener protocolos para la atención de este tipo de emergencias, ya que durante la atención debemos actuar rápido y a veces perdemos tiempo pensando en los detalles sobre qué vamos a hacer, cómo y quién asume la responsabilidad".* Por lo tanto, la construcción de un protocolo para este fenómeno, debe permitir abordar con claridad aspectos teóricos relevantes, ser de fácil comprensión, que involucre a todo el personal sin exclusión, practicados constantemente y específicos para cada emergencia (Cruz Roja, 2007).

Por otra parte, el perfil psicológico del personal no es adecuado para afrontar riesgos vinculados con el suicidio, pues, según el análisis de los datos encontrados, los participantes presentan repertorios inadecuados al momento de la atención, estos se relacionan con la existencia de bajos niveles de afrontamiento, en palabras de Lazarus y Folkman (1986) son "los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales y que pueden extralimitar o poner a prueba los recursos de las personas", por lo tanto es habitual en los datos encontrar verbalizaciones que denoten al momento de la intervención poco conocimiento de la situación, niveles de estrés elevados y negación emocional, tales como: *"A veces no sabemos qué hacer y no queremos ni llegar al lugar" "el miedo es muy grande y eso lo angustia a uno mucho" "sientes como si te ganara y a veces termina uno empeorando la cosa, es más, hasta les cree uno a ellos y está de acuerdo con que se quiten la vida"* mostrándose así un desbordamiento frente a las habilidades y un mal manejo emocional inadecuado, relacionado directamente con los niveles de estrés, pues este actúa en consecuencia del desequilibrio entre los recursos del sujeto y las demandas de la situación (Lazarus y Folkman, 1986). Finalmente, se observa una estrategia de acción inadecuada, centrada en la evitación inicial del problema, esta evitación inicial reprime el incremento puntual de la ansiedad a corto plazo, pero como la situación de emergencia no se ha solucionado y la atención se debe realizar, lo que hace esta evitación, es facilitar el mantenimiento y perpetuación de la emoción, generando niveles aún mayores de ansiedad que traen consigo, bajos niveles de afrontamiento y una pobre toma de decisiones, olvidando la ejecución de planes adecuados e intereses que pueden ser importantes para la resolución de la emergencia (Roth y Cohen, 1986).

Así las cosas, se observa que el personal presenta estrategias de afrontamientos orientadas desde la emoción, emociones que queda claro, no han sido trabajadas adecuadamente, por lo que según Lazarus y Folkman (1986) se toman planes de acción partiendo de la idea en la cual el sujeto se siente frustrado, poco resiliente y vulnerable, creyendo que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno. Por ello, recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como son "evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos", categorías conceptuales que emergieron en el presente análisis.

Ahora bien, los datos encontrados, aunque en una menor proporción, también permiten delimitar experiencias exitosas de atención de emergencias suicidas, en ellas el afrontamiento estuvo dirigido al problema, se aproximan a la situación como susceptibles de cambio y se encuentran dirigidas a la definición de las variables involucradas en la crisis de la persona, buscar solución y considerar diferentes opciones en función de costo y beneficio. Dentro de estas podrían involucrarse categorías como la (1) *Adecuada resolución a la situación crítica*, (2) *Identificación y explicación de la situación.* En donde se reportan estrategias adecuadas en términos de regulación emocional, entendidas como "las destrezas para atender y percibir sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar el estado de ánimo propio o el de los demás de manera voluntaria" (Mayer, Caruso y Salovey, 2000; Cabello, Hernández-Berrocal, Ruiz y Extremera, 2006; Eisenberg y Spinrad, 2004; Kooler, 2009) logrando asi identificar el problema y asumiendo con resiliencia las consecuencia.

En conclusión los factores que dificultan el proceso de atención, tienden a sobresalir en las respuestas de los participantes, sumado a la poca claridad conceptual, baja asistencia a capacitaciones y ausencia de protocolos, hace de la atención por parte de los socorristas una situación que debe ser atendida, teniendo en cuenta las características actuales del personal de atención a la conducta suicida en la ciudad de Bucaramanga, junto con los aspectos teóricos, se pueden esbozar algunas estrategias adecuadas para el manejo oportuno de las emergencias suicidas, herramientas que apunten a la identificación de señales de advertencia, a mantener una comunicación adecuada y brindar oportunidades de ayuda efectiva cuando sea necesario (OMS, 2009).

Es por esto, que un adecuado proceso de intervención, requiere fortalecer los primeros auxilios psicológicos a través de enseñar a los socorristas a (1) realizar contacto psicológico de forma adecuada (2) analizar rápidamente las dimensiones del problema de la persona en riesgo suicida (3) reconocer las posibles soluciones junto con su usuario (4) iniciar pasos concretos y (5) verificar el progreso (García, 2010). Para ello las instituciones deberán incrementar la formación de sus trabajadores en: (1) La identificación emocional (2) la validación de la experiencia (3) incrementar repertorios positivos de autoeficacia, para que tal y como indica García (2010) se tengan una sensación de seguridad y tranquilidad, se aumente la empatía con la víctima y la escucha activa, ganando la confianza necesaria para luego acceder a las soluciones posibles y a los pasos concretos.

El personal de atención primaria a la conducta suicida debe entrenarse en una autoeficacia positiva (Olivari Medina, C. y Urra Medina, E., 2007), ser resilientes (Mish, F.C., Morse, J. M., Gilman, E. W., Copeland, R. D., Lowe, J. G., y Pease, R. W., 1989), manejar el estrés asertivamente, controlar o evitar sentimientos de impotencia, temor,

frustración, abstenerse de autoconceptos negativos y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y las otras personas (Maslach, 1977). Asimismo, se debe procurar entrenar en habilidades como la empatía, adecuada solución de problemas, habilidades precisas de comunicación y desarrollo de estrategias de afrontamiento y negociación, para así evitar posibles tentativas futuras (Freemann, 1995).

Durante la realización de la presente investigación, se encontraron algunas limitaciones que pudieron afectar los resultados. Una de ellas tiene que ver con el tamaño de la muestra de estudio, ya que se dificulta la generalización de los resultados requiriendo más participantes, para de esta manera contar con potencia estadística. Adicionalmente el análisis se realizó solo con 3 instituciones de atención en la ciudad, por lo que próximas investigaciones podrían trabajar con otros organismos de atención y así vincular en los resultados de manera más amplia todas las entidades de atención de la ciudad. Finalmente se sugiere para próximos estudios la aplicación de algunas pruebas psicométricas para la valoración de cualquier cuadro psicopatológico, como trastornos de estrés postraumatico o niveles altos de ansiedad o la aplicación de instrumento que midan habilidades como la regulación emocional o la solución de problemas.

Conclusiones

La propuesta llevada a cabo en la presente investigación muestra la necesidad de crear estrategias y protocolos que delimiten el paso a paso para la atención efectiva de situaciones de emergencia en la que esté inmersa la conducta suicida y que esta no sea abordada como una emergencia más, sino reconociendo las variables propiamente psicológicas, que hacen parte tanto del fenómeno, como del proceso de atención por parte del personal. Facilitando herramientas y habilidades puntuales para el manejo efectivo de dicha situación de riesgo, ya que se ha identificado que el mal manejo de los recursos propios por parte de los socorristas y la ausencia de directrices para el manejo de la situación, ha llegado a relacionarse con las cifras de suicidios consumados.

Adicionalmente, la presente investigación permite observar cómo la salud mental en Colombia, es poco atendida y se presta poca atención a las problemáticas que están de base a este descuido. La salud es abordada tradicionalmente desde el bienestar orgánico y no desde la interdependencia que hay entre elementos psicológicos y manifestaciones biológicas, pues como indica la organización Mundial de la Salud (2013) se debe hablar de "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Referencias

Ahrens,. B., & Linden, M. (2000). Suicidal behavior-symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry. The Journal of Psychopathology.* Recuperado de http://www.comppsychjournal.com/article/S0010-440X(00)80017-6/abstract

Acero, D. (2009). La otra cara de la tragedia. Resiliencia y crecimiento postraumático. San Pablo.

Alcaldía de Dosquebradas. (2003). Plan Local de Emergencias y Contingencias de Dosquebradas. Recuperado de https://www.preventionweb.net/applications/hfa/.../72f5b0b36ff0b9d7fa00f22202ff79dc

Alcaldía de Medellín. (2015). Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. *Manual para profesionales de la salud.* Recuperado de http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES

Amorocho Lozano, M., & Uribe, A., F. (2013). Evaluación del nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento de estrés en socorristas activos de la defensa civil de los municipios de Piedecuesta y Girón del departamento de Santander. Recuperado de https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/896/digital_19247.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arumir García, R. (2009). *Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el area de protección civil del distrito federal*. Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.

Arumir García, R. (2009). *Diferencia entre Primeros Auxilios Psicológicos (APA) e Intervención en Crisis*. Recuperado de: Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el area de protección civil del distrito federal.

Barrón, E., V., & Krmpotic, C. S. (2016). La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. *Katálysis*. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802016000100043&script=sci_abstract&tlng=es

Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy of the Emotional Disorders. New York: New American Library

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexel, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Recuperado de https://cryptome.org/2012/10/beck-hopelessness.pdf

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Nueva York: Guilford Press.

Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Bello Gutiérrez, B., Cruz Álvarez, N., Álvarez Saez, M., Chao Rojas, F., & García Gómez, V. (2004). "Ciclo de desastres y factores que intervienen en ellos. Evaluación de riesgo en la comunidad". En, *Medicina de desastres*. (pp. 29-37). La Habana, Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/capitulo3.pdf

Beltrán, J.A. (2017). Creció en un 27% el número de suicidios en Bucaramanga en el último año. *Comunicación telefónica*, 11 de noviembre de 2017. Recuperado de http://caracol.com.co/emisora/2017/11/01/bucaramanga/1509549119_751479.html

Benveniste, D. (2000). Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. Trópicos: La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas. (1), p, 1-6. Traducción de Adriana Prengler.

Blandon Cuesta, O.M., Andrade Salazar, J.A., Quintero Núñez, H., García Peña, J.J., & Layne Bernal, B. (2015). *El suicidio: cuatro perspectivas.* Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigo.

Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. (2016). *suicidio y comportamiento suicida*. Recuperado de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm

Blumenthal, S. J. (1988). Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), American Psychiatric Press. Washington DC: American Psychiatric Press.

Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz, D. & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. Ansiedad y Estrés, 2-3 (12)

Calderón, S., Quant, D., Pardo, C., Zuluaga-Zapata, L., Pachón Rodríguez, L., Pérez, A. M., & Téllez, C. (2016). Fortalecimiento de la ruta de atención de la conducta suicida. Bogotá, Colombia.

Cano, A. V. (2009). Intervención en crisis en situaciones de desastre: intervención de primera y

de segunda instancia. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, *66*(587), 5-13.

Casullo, M., Bonaldi, P.D., & Liporace, M.F. (2004). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires.

Casullo, M., & Scheinsohn, M. (2006). Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica.* Recuperado de http:// www.aidep.org/03_ridep/R22/R222.pdf

Corcuera Mejía, E.E., & Iglesias Osorio, N. (2015). Intervención cognitiva conductual en el abordaje terapéutico en la depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes. Universidad Católica de Pereira. Recuperado de http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/3298/1/DDEPCEPNA21

Coordinación nacional de protección civil. (2016). LGPEC y su reglamento en relación con el PIPC. México, gobierno de la república. Recuperado de http://www.cenapred.gob.mx/es/documentosWeb/Enaproc/Programa_Interno.pdf

Cruz Roja Colombiana (2007). *Guía para la elaboración de planes de respuesta y contingencia.* Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Recuperado de http://web.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/planes_de_respuesta_y_contingencia_1722011_044520.pdf

De Agustín, H. (1990). *La Ciudad de Dios.* México: Editorial Porrua.

De Aquino, T. (1990). Tratado de la justicia. México: Editorial Porrua. p.177-25.

De la Torre Martí, M., (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Recuperado de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J.F.M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 27(1):4–15.

De Souza, M. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar editorial.

Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernandez, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. Investigación en Educación Médica, 62-167.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu-Olivares, A. (1997). Manual for the social problem solving inven-tory- revised. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). Problem SolvingTherapy. New York: Springer Publishing Com-pany.

Durkheim, Emile (1897). El suicidio. Libro II. Buenos Aires, Libertador, 2004.

Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide

Eisenberg, N. & Spinrad, T. (2004) Emotion-related regulation: sharpening the definition Child.

Fernández-Aedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiazu, Z., & Ballesteros-Peña, S. (2017). Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. *Enfermería Intensiva*, *28*(2), 57-63.

Freeman, A. & Reinecke, M. (1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao: Desclee de Brouwer.

García Ramos, J. C. (2010). Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional. *Psicoaymara's blog.* Recuperado de https://psicoaymara.wordpress.com/2010/08/06/45/

Gantiva Díaz, C., A. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a12.pdf

Gómez, J. A. M., & Suárez, A. C. R. (2016). Percepción de Actores Sociales sobre la Conducta Suicida: Análisis de Contenido a través de Grupos Focales. *Informes Psicológicos*, *16*(2), 53-68.

Goodwin, F.K., (2003). Preventing inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*, 64(1):13-13.

Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18).

Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). (2010). *Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. Recuperado de: http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf

Gutiérrez García, A., Contreras, Carlos M. & Orozco Rodríguez, R. Ch. (2006). *El suicidio, conceptos actuales.* Salud Mental, vol. 29, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 66-74. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf

Harris E.C., & Barraclough B. (1997, 1 de marzo). Suicide as an outcome for mental disorders. *A meta-analysis. British J Psych*. 1 Mar; 170:205-28.

Haste, F., Charlton, J., & Jenkins, R. (1998). Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 48:1759-63.

Hernández, M (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de Caso. Recuperado de http://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2000). *Suicidios.* Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33850/8+Suicidios.pdf/088bf4a4-b9d5-4246-a4e7-3298e9c0f05d

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). *Cifras preliminares de lesiones de causa externa en Colombia 2016- 2017*. Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/observatorio

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). *Tendencia de casos de suicidio en Bucaramanga, Santander, Colombia. Enero de 2015- septiembre de 2017* [Gráfico].

Kooler, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. Psychology press, 23 (1)

Lamb, H., Weinberger, L.E., & DeCuir, W.J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services,* (53), p.71.

Larkin, G.L., & Beautrais A.L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis, (*31), p. 1-6.

Larrotta Castillo, R., Luzardo Briceño, M., Vargas Cifuentes, S., & Rangel Noriega, K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, *56*(1), 83-95.

Latorre, A. (1996). Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona, Hurtado.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Nueva York: Martínez Roca.

Ley de protección civil, (2013). Ley de protección civil y la reducción del riesgo de desastres para el estado de veracruz de ignacio de la llave. Gaceta oficial de la Federación, órgano del Gobierno del estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

Lieb, R., Bronisch, T., Höfler, M., Schreier, A., & Wittchen, H.U.(2005). Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psych*, (162), p. 1665-1671.

Luna Tascón, E., G., Rodríguez Pabón, D., M., & Sánchez Martínez, N., B. (2011). Análisis de planes estatales de intervención sobre el suicidio. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v13n1/v13n1a06.pdf

Macías, M. A., Orozco, C. M., Amaris, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, (*30), p.* 1.

Mansilla, I. F. (2010). Suicidio y prevención, p.p. 41-78. [Vesión de InterSalud]. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3146/1 /suicidio_y_prevencion_fernando_mansilla_izquierdo.pdf

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry, 156, 181-189.

Macana Tuta, N. L. (2012). Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. *Forensis.* 13(1):243–65.

Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M. D., & Arango V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. Journal Clinical Psychiatry, 60(2), 7-11.

Marín, H. (2008). Psicología de la emergencia: comportamiento humano antes, durante y después de emergencias. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/introduccion_psicologia_emergencia_hmarin.pdf

Maris, R.W., (2002). Suicide. *Lancet*, 360:319-326.

Martín Pérez, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Psicología, ciencia y profesión: mirando al futuro.* Recuperado de http://www.copsrioja.org/Archivos/__Conductasuicidaprotocolointervenicon.pdf

Mayer, J.D., Caruso, D. & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: the case for ability scales. In R. Bar-On & J.D.A

Medina, O. A., Londoño, A.M., & Orozco, K. (2004). Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989- 2008). *Javeriana.* Recuperado de http://www.nextmedia-i.com/clientes/redpapaz/maildiciembre/images/camino.doc

Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. *Guías de práctica clínica en el SNS.* Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Mish, F. C., Morse, J. M., Gilman, E. W., et al. (Eds.). (1989). The New Merriam-Webster Dictionary. Springfield, MA, USA: Merriam-Webster

Mitchell, J.T. (1986). Living dangerously. Why firefighters take risk. *Firehouse.* 11 (8), 50-51; 63.

Miller, T.R., & Taylor, D.M. (2005). Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? Suicide Life Threat Behav. 35(4):425-35.

Monje, Álvarez, C., A. (2011). Metotología de la Investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Surcolombiana. Recuperado de https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf

Morales, S., Fischman, R., Echávarri, O., Barros, J., Armijo, I., Moya, C. & Núñez, C. (2016). Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, *7*(2), 60-68.

Moreno, E. (2017). *La triada cognitiva* [Gráfico].

Motto, J.A. & Bostrom, A. (1990). Models of suicide risk. Nice person, *Crisis*, 11(2):37-47. Citado por Sergio Andrés Pérez Barrero en Revista cubana de Medicina General Integral v.15 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1999, versión on- line ISSN 1561- 3038. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013

Muñoz, J. L., Cruz Sánchez Gómez, M., Palacios Vicario, B., & Franco Martín, M. Á. (2014). Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EUREGENAS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *48*(2).

Muñoz Sánchez, S., García Jorge, P., García de Fernando García, S., Portabales Barreiro, L., Moreno Fernández, L., & Ceverino Domínguez, A., (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de Salud Mental*, (48), 36-43.

Muños Serván, P., & Muños Serván, I. (2001). Intervención de la familia. Estudios de casos. *Dialnet.* Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=288880

Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Dan Med Bull,* (4), p. 306-368.

Olivari Medina, C. y Urra Medina, E., (2007). Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería. *Scielo.* (13), 1. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002

Oquendo, M.A., Kamali, M., Ellis, S.P., Grunebaum, M.F., & Malone, K.M. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study: *Am J Psych*, (159), 1746-1751.

Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S., & Mann, J. J. (2004). Prospective Study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am Journal Psychiatry, 161(14), 33-41.

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: p. 50.

Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. *Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/entity/mental_health/media/ primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). Preventing suicide: A resource for prison officers. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio : un instrument para docentes y demás personal institucional. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1976). El suicidio y los intentos suicidas. Ginebra: organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Prevención del suicidio un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. OMS. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Protección de la Salud mental en situaciones de desastres y emergencias. *Serie manuales y guías sobre desastres, N. 1.* Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, Washinton, D.C.

Ospino, G. A. C. (2017). El suicidio en Colombia durante el año 2015. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, *14*(1), 6-7.

Overmier, J.B. (2002). On learned Helplessness. *Int Physiol Behav* Sci, 37(1):4-8.

Pacheco, B. E., & Lopez, P. P. (2016). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, *40*(1), 47-55.

Pérez Serrano, G. (1994). Investigación cualitativa I: retos e interrogantes : métodos (6ª ed.).Editorial La Muralla.

Piedrahita, S., L., E., Paz, K., M., & Romero, A., M., (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a10.pdf

Pineda, M. S., Fernández, L. G., Rodríguez, D. D. C. P., Brown, M. P., & Martínez, O. D. L. M. O. (2015). Conocimiento sobre conducta suicida en profesionales de la salud. *Revista Información Científica*, *94*(6), 1228-1238.

Pintado, Jose Mª. (2011). Las Competencias y/o Capacidades básicas. IN. Revista Electrònica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa, V. 2, n. 2, PAGINES 49-74. Recuperado de: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol2_num2/pintado/index.html

Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, *16*(2).

Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (2011). *Guía Salud.* Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/resumida/apartado10/programas_clinicos.html

Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España. (2017). *Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área Sanitaria de Ourense.* Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/resumida/apartado10/programas_clinicos.html

Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. (2013). Guía desarrollada por el CPA (UAM). Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Rotger, David (1999). La preparación psicología del bombero y otros grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a las víctimas. Mapfre. Seguridad No. 74 - segundo semestre.

Rodríguez González, A., Posada-Villa, J. A., Bayón Montaña, M. C., & Pacheco, J. F. (2016). *Intervención en crisis durante la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres.* Guía de gestión de caso psicosocial para unidades móviles.

Rodríguez, G., Gil, J., & Garcia, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. España, Ediciones Algibe, Cap. III.

Rodríguez Lainz, J. L. (2016). Sobre la atención de pacientes con ideación autolítica en Urgencias: Aspectos legales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *36*(130), 325-345.

Roth, S. & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. American Psychologist, 813-819.

Salazar, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *15*(2), 688.

Salazar, J. A. A., & Portillo, J. G. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato/Relations between suicidal risk, self-steem, despair and parental socialization styles in high school students. *PSICOGENTE*, (*20), p.*37.

Sánchez, R., Orejarena, S. y Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá. *Revista Salud Pública*, 6, 3, 217-234.

Seligman, M.E. (1975). *Helplessnes on Development, Depression and Death*. Freeman and Company, Nueva York.

Serra-Taylor, J., Jiménez-Chafey, M. I., & Irizarry-Robles, C. Y. (2016). Diseño y evaluación de un adiestramiento para profesionales de ayuda sobre identificación y manejo de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, *15*(1), 271-280.

Sharma, V. (2003). Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disord*, 5(Supl.2):48-52.

Schilling, M. (2001). Estrategias de negociación. Editorial Chilena, Santiago de Chile.

Slaikeu, K. A. (1988) Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. México. Manual Moderno.

Toro, R. (2012). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a09.pdf

Tejedor, M.C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. *Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr.* 39(5):280-7.

Valero Alamo, S. (1997). El Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Lima, Perú.

Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*, 48(5):292-300.

Vargas Cuadros, G., Vásquez Arango, C., Soto Marín, G., & Ramírez Jaramillo, L. (2015). *Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud*. Alcaldía de Medellín. Secretaría de salud.

Vargas Cuadros, G., Vásquez Arango, C., Soto Marín, G., & Ramírez Jaramillo, L. (2015). *Dificultades para ofrecer atención de calidad frente a conductas suicidas* [Tabla]. Recuperado de: Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud.

Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Calidad en la Educación Superior, 3(1), 119-139

Vargas, N. (2016*). ¿Es el paciente dueño de su cuerpo y de su vida? Reflexiones en torno al suicidio asistido y la eutanasia Universidad de la laguna*. Universidad de la Laguna, San Cristóbal de la Laguna, España.

Vera Villarroel, P., & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/647/64720104/

Villalobos G. H. (2009). Ideación suicida en adolescentes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. (Tesis doctoral, Universidad de Granada, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico). Recuperado de http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf

Yapko, M. (2006). Para romper los patrones de la depresión. México: Pax

Zapata, C., & Quintero, P. (2016). Ideaciones suicidas en la adolescencia: lo que debemos saber de las metamorfosis de la pubertad. *Poiésis*, (30), 78-85.

Apéndices

Apéndice A. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA – ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA

1. **Perfil sociodemográfico del entrevistado (Rango de edad del personal sanitario).**
    - **a.** ¿Cuántos años tiene?
    - **b.** Actualmente, ¿es casado o soltero?
    - **c.** ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
    - **d.** Explique en qué consiste su trabajo como personal de atención primaria.
    - **e.** ¿En qué lugares ha trabajado? ¿Zona rural o urbana?
    - **f.** ¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo?
    - **g.** ¿Le gusta su trabajo? ¿Lo hace por vocación o por obligación?
2. **Conceptos de suicidio e intento de suicidio (Conocimiento que tenga de los conceptos).**
    - **a.** ¿Con base en su experiencia, qué significa para usted el suicidio?
    - **b.** ¿Por qué considera que la gente se suicida?
    - **c.** ¿Qué es para usted un intento de suicidio?
    - **d.** ¿Conoce el estado actual de Colombia respecto al riesgo suicida y las personas involucradas en este?
3. **Manejo de experiencias suicidas en el ámbito laboral.**
    - **a.** ¿Han influido en su manera de pensar las experiencias que ha tenido con suicidios?
    - **b.** Relate algunas situaciones que haya tenido con personas de riesgo suicida.
    - **c.** ¿Cómo manejó la situación?
    - **d.** ¿De qué manera le habla a una persona que está a punto de suicidarse?

e. Explique paso por paso cómo aborda una situación de riesgo suicida antes, durante y después de que esta se presenta. Asumiendo, a su vez, si el final es positivo o negativo.

f. Desde su punto de vista, ¿el suicidio es más propenso en jóvenes, niños o adultos mayores? ¿Por qué cree que es así?

g. De acuerdo con sus experiencias vividas ¿Cuáles son los motivos más comunes para que una persona se suicide o intente hacerlo?

4. Influencia del contexto social a la hora de abordar una situación de riesgo.

a. ¿Cómo actúa la gente cuando ve una conducta suicida?

b. ¿Se ha sentido apoyado por la comunidad a la hora de atender un suicidio o una conducta suicida?

c. ¿De qué manera considera usted que la sociedad puede combatir el suicidio?

d. ¿Considera que la sociedad está preparada para afrontar estas situaciones de riesgo?

e. ¿Qué valores o aspectos considera que deben fortalecerse para evitar conductas suicidas en Bucaramanga?

5. Sensaciones o emociones vividas antes, durante y después de ocurrido el suceso.

a. ¿Qué sentimientos o emociones tuvo a la hora de atender una emergencia de conducta suicida?

b. ¿Qué aspectos positivos rescata de las experiencias vividas?

c. ¿Qué aspectos negativos quedaron de dichas experiencias?

d. ¿Qué actos no volvería a realizar a la hora de confrontar un suicidio?

e. ¿Qué acciones considera efectivas para evitar un suicidio?

f. ¿Se siente preparado para afrontar una situación suicida?

g. ¿Cómo se siente luego de que la persona ha conseguido su cometido?, ¿Cómo se siente cuando logra evitarlo?

6. **Posición crítica frente a la situación actual del municipio de Bucaramanga en relación con el suicidio y con las habilidades obtenidas por el personal de atención primaria (Se muestra conforme o inconforme).**

   a. Desde sus conocimientos o puntos de vista, ¿de qué manera el suicidio ha afectado a la ciudad de Bucaramanga? ¿Tiene conocimiento de cuántos suicidios han ocurrido en Bucaramanga en lo trascurrido del presente año?

   b. ¿Considera que la sociedad en la que se vive promueve el suicidio? ¿con qué aspectos lo hace?

   c. ¿Qué habilidades considera usted que posee para enfrentar una conducta suicida?

   d. ¿Ha recibido alguna asesoría o clase respecto a cómo tratar con una situación de riesgo suicida? Si las ha tenido, ¿qué posición asume frente a estas? ¿sí le han servido?

   e. ¿Los protocolos de seguridad y atención primaria son efectivos en estas situaciones?

   f. ¿Existe algún acompañamiento para el personal de atención primaria luego de atender el suceso?

   g. ¿Qué Instituciones o programas preventivos conoce usted que en estos momentos estén mediando con el suicidio en Bucaramanga? ¿Está involucrado con alguno de ellos?

7. **Sugerencias a la hora de abordar una situación de riesgo suicida.**
    - **a.** ¿Es posible evitar un suicidio?
    - **b.** ¿Qué sugerencias da a los familiares de las personas que resolvieron su situación con un suicidio?
    - **c.** ¿Qué consejo o recomendaciones da a sus colegas a la hora de abordar un suicidio?

Apéndice B. Consentimiento informado del participante

unab Universidad Autónoma de Bucaramanga	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Fecha:

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación: "*Caracterización de las habilidades del personal de atención primaria a la conducta suicida: una propuesta metodológica para el abordaje desde el enfoque cognitivo-conductual"* Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con su psicólogo investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

El responsable en su totalidad de las implicaciones y riesgos a los que usted pueda verse sometido(a) es Sergio Ribero Marulanda (C.C. 1032448812) sribero781@unab.edu.co

INFORMACIÓN GENERAL

Propósito del estudio

Usted participará en un estudio que pretende identificar cuáles son las habilidades necesarias que deben tener los socorristas de atención primaria para la atención eficaz de emergencias suicidas.

Procedimiento del estudio

La presente investigación estuvo organizada por fases de la siguiente manera:

I - Fase de organización y conceptualización: se llevó a cabo la elección del tema de

investigación. Se realizó la revisión de literatura y la identificación de posibles dificultades teóricas y metodológicas con relación al tema de investigación y se identificaron los objetivos de investigación.

II – Fase de construcción: se planteó el diseño para abordar el fenómeno de estudio y se delimitaron las categorías de análisis de la entrevista, construyendo los ítems que la conformaron.

III - Fase de contacto: Se delimitaron los criterios de inclusión para la población y se realizó el contacto con las diferentes instituciones que contaban con los posibles participantes dando a conocer la investigación, los objetivos y las implicaciones para los participantes.

IV – Fase de trabajo de campo: Se seleccionaron los participantes, se les entrego el consentimiento informado (Ver apéndice B) y se les dio explicación de la investigación, su rol en la entrevista y la posibilidad de retirarse en el momento en que así lo decidieran. Finalmente se realizó la entrevista con cada uno de los participantes.

V – Fase de Organización de resultados: Se realizó la transcripción de las entrevistas y se codificaron a través del Software Nvivo y las respectivas categorías que emergieron de la búsqueda teórica y la riqueza del discurso de los participantes

VI – Fase de análisis: Se llevó a cabo el análisis de resultados y se contrastaron con la literatura para obtener la discusión y conclusiones de la investigación.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, si usted se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel legal. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento que usted lo considere.

Riesgos de participación

No existe ningún riesgo por participar en este estudio. Las investigaciones previas han demostrado que no hay ningún peligro.

Confidencialidad

Toda la información que se obtenga en el estudio será confidencial y solo será usada con fines académicos. Para garantizar la confidencialidad nos aseguraremos que la identidad de los participantes permanezca anónima, mantendremos los registros en audio, el cuestionario y en general cualquier registro en un sitio seguro.

Todos los participantes serán identificados por un código que será usado para referirse a cada participante.

Así se guardará el secreto profesional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1090 que rige la profesión de psicología.

La confidencialidad será también guardada en cualquier publicación o presentación que se realice para dar a conocer a la comunidad científica de los resultados de esta investigación.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ con Cédula de Ciudadanía Nº _____ de _____ he comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento.

Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio "*Caracterización de las habilidades del personal de atención primaria a la conducta suicida: una propuesta metodológica para el abordaje desde el enfoque cognitivo-conductual".*

Su firma a este documento indica que usted ha leído y comprendido los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de participar en este estudio y confirma que usted:

1. Ha recibido la información de parte de Adriana Marcela Duarte y se le ha informado acerca de los riesgos y beneficios de participar.

2. Que la decisión de retirarse no tendrá ninguna consecuencia en su permanencia en la institución, ni a nivel académico.

3. Que usted entiende sus derechos y participa de forma voluntaria en este estudio.

Firmas

Participante:
Nombre
Firma _____
Documento de identidad

Teléfono

Asesor de investigación:

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Investigador 1:

Nombre

Firma _____

Documento de identidad

Teléfono

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con: Sergio Armando Ribero-Marulanda, 3186421270.