

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE GIRÓN DENTRO DE LA ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL EN SALUD MENTAL HACIENDO USO DE LA GUÍA DE VALORACIÓN Y CUIDADO EN RIESGO DE IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA DE LA RNAO

“SAME POR GIRÓN 2022”

**PRESENTADO POR:
ALIMA VALENTINA ARDILA ÁLVAREZ
U00098066**

**DIRECTOR:
BERNANDO USECHE**

**CO-DIRECTOR:
GINO MONTENEGRO MARTÍNEZ**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN
2022**

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	3
Abstract	4
Planteamiento Del Problema	5
Justificación	8
Soporte Teorico	12
Objetivos	14
Objetivo General:	14
Objetivos Especificos:	14
Metodología	15
Resultados	21
Conclusiones	44
Bibliografía	49

TABLAS:

- Tabla 1. Codificación – Grupo Focal.
- Tabla 2. Características del grupo de riesgo.
- Tabla 3. Intervenciones en salud.
- Tabla 4. Proceso de Atención de Enfermería.
- Tabla 5. Habilidades Psicosociales para la Vida.
- Tabla 6. Proceso en Primeros Auxilios Psicológicos.
- Tabla 7. Intervenciones e intersectorialidad.
- Tabla 8. Ficha Técnica de Indicadores – Proceso.
- Tabla 10. Modelo educativo.
- Tabla 11. Evaluación interna.
- Tabla 12. Matriz de Análisis Estructural.

DIAGRAMAS:

- Diagrama 1. Proceso de Atención de Enfermería.
- Diagrama 2. Marco diferencial.
- Diagrama 3. Árbol de problemas.
- Diagrama 4. Árbol de soluciones.
- Diagrama 5. Flujograma de atención – RIAS.

RESUMEN

Planteamiento del problema: La conducta suicida es considerada problema de salud pública desde 1970, los factores sociales, psicológicos y culturales pueden interactuar para conducir al individuo al comportamiento suicida, sin embargo, la estigmatización de los trastornos mentales evitan el despliegue de estrategias de intervención asociadas a la prevención de los mismos y la promoción de la salud mental a nivel individual y colectivo, generando un aumento significativo de los intentos de suicidio, considerado como el factor de riesgo principal para el suicidio consumado en la población en general. **Justificación:** El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su dimensión social y salud mental enmarca el diseño de estrategias que potencialicen la prevención de trastornos mentales y promoción de salud mental además de la ejecución de intervenciones que contribuyan al bienestar y el desarrollo humano desde lo individual y social en todas las etapas del curso de vida a nivel territorial con el fin de disminuir los índices de mortalidad y morbimortalidad asociados a los eventos, problemas, formas de violencia y trastornos mentales al fortalecer las ofertas de servicios institucionales y comunitarios de salud mental. **Metodología:** El estudio ejecutado presenta un diseño de gestión enmarcado en el desarrollo social que utilizó herramientas de investigación cualitativa en base grupos focales y entrevista semiestructurada. **Objetivo:** Construir un marco de acción intersectorial para la promoción de salud mental y la prevención temprana del riesgo de ideación y comportamiento suicida sustentado en la política pública nacional de salud mental y enmarcada en la evidencia científica de la RNAO en el municipio de Girón. **Resultado:** Ruta de Atención Integral en Salud mental construida desde la participación social con enfoque enfermero enmarcado en la evidencia científica de las guías de RNAO. **Conclusión:** El desarrollo de la ruta integral de atención en salud para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida permite un abordaje integral desde el enfoque comunitario al hacer uso de la educación en salud a nivel intersectorial donde se pretende generar conocimientos y prácticas transformadoras a nivel individual, familiar y colectivo con el fin de potencializar el afrontamiento positivo a los problemas que impactan de manera negativa en la salud mental y favorecen el riesgo de autolesión en la población del municipio de Girón.

ABSTRACT

Statement of the problem: Suicidal behavior has been considered a public health problem since 1970, social, psychological and cultural factors can interact to lead the individual to suicidal behavior, however, the stigmatization of mental disorders prevents the deployment of associated intervention strategies to their prevention and the promotion of mental health at an individual and collective level, generating a significant increase in suicide attempts, considered the main risk factor for completed suicide in the general population.

Justification: The Ten-Year Plan for Public Health 2012-2021 in its social and mental health dimension frames the design of strategies that enhance the prevention of mental disorders and promotion of mental health, as well as the execution of interventions that contribute to well-being and human development from the individual and social at all stages of the life course at the territorial level in order to reduce mortality and morbidity and mortality rates associated with events, problems, forms of violence and mental disorders by strengthening the offerings of institutional and community health services mental.

Methodology: The study carried out presents a management design framed in social development that uses qualitative research tools based on focus groups and semi-structured interviews. **Objective:** To build a framework of intersectoral action for the promotion of mental health and the early prevention of the risk of suicidal ideation and behavior based on the national public policy on mental health and framed in the scientific evidence of the RNAO in the municipality of Girón. **Result:** Route of Comprehensive Care in Mental Health built from social participation with a nursing approach framed in the scientific evidence of the RNAO guidelines. **Conclusion:** The development of the comprehensive health care route for the prevention of the risk of suicidal ideation and behavior allows a comprehensive approach from the community approach by making use of health education at the intersectoral level where it is intended to generate knowledge and transformative practices to individual, family and collective level in order to enhance positive coping with problems that have a negative impact on mental health and favor the risk of self-harm in the population of the municipality of Girón.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la conducta suicida como “acto continuo que va desde la ideación, planeación y tentativa hasta el suicidio consumado”; desde 1970 es considerado problema de salud pública (1), los factores sociales, psicológicos y culturales pueden interactuar para conducir al individuo al comportamiento suicida, sin embargo, la estigmatización de los trastornos mentales evitan el despliegue de estrategias de intervención asociadas a la prevención de los mismos y la promoción de la salud mental a nivel individual y colectivo, generando un aumento significativo de los intentos de suicidio, considerado como el factor de riesgo principal para el suicidio consumado en la población en general (2). Además, la OMS estima que por cada muerte atribuible a causa del suicidio se producen entre 10 a 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones, traumas emocionales y mentales (3), representando la mayor causa de pérdida de años de vida saludable después del VIH/SIDA para el año 2030 (4). Adicionalmente los trastornos mentales se posicionan entre las primeras 20 causas de años de vida ajustado por discapacidad (AVAD) entre 2008 y 2018 (5).

Por lo anterior, la conducta suicida es entendida como “*Urgencia Vital*” no solo desde el punto de vista de pérdida del estado salud del individuo, sino también del debilitamiento de sus redes afectivas y sociales, donde el intento suicida se ve reflejado por la toma de decisiones basadas en tres componentes básicos: el nivel emocional (sufrimiento intenso), nivel conductual (carencia de herramientas para hacerle frente) y nivel cognitivo (percepción de la muerte como única salida) (6).

Ante esta sentida problemática, la OMS ha desarrollado estrategias que abordan la conducta suicida y el suicidio desde una mirada basada en la evidencia como la guía MhGAP que establece al suicidio como la tercera causa principal de muerte a escala mundial de los individuos entre los 15 a 34 años, y la décimo tercera causa principal de muerte en todas las edades combinadas, cada año mueren cerca de 875.000 personas por suicidio, representando el 1,4% de la carga de mortalidad. El incremento de esta, se asocia a: dependencia al alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión, adversidades en la niñez, abusos físicos, emocionales, sexuales y presencia de patologías mentales de base (7). Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece como factores de riesgo: discriminación, aislamiento, pérdidas y diversos entornos sociales, así como las dificultades para acceder a la atención en salud y disponibilidad de recursos para suicidarse (1).

Adicionalmente, el impacto negativo de la salud mental asociado a la emergencia sanitaria por SARS CoV-2 representa un reto de salud pública en donde se ve reflejada una amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y colectivo secundario a brotes epidemiológicos y brechas en la prestación de servicios de salud asociado a inequidades en donde se incrementan los niveles de disfuncionalidad social evidenciado por las altas índices de consulta a urgencias a causa de: insomnio, ansiedad, depresión y estrés postraumático, siendo características propias del aislamiento social como barrera de prevención ante el contagio y propagación de la infección por SARS CoV-2. En donde, estas afectaciones emergentes pueden llegar a evolucionar a problemas de salud de mediano plazo. No obstante, el estado de emergencia potencializó el incremento de tasas asociadas a intentos suicidas y suicidio consumado secundario a la interrupción del tratamiento, pobre control sobre la dosificación, dificultades en el seguimiento de la enfermedad de base y la baja disponibilidad de psicofármacos (8).

Así mismo, a nivel nacional las dificultades de acceso a servicios de salud y la redistribución de recursos afectaron negativamente en la salud mental de la población durante la pandemia, lo anterior sustentado en un estudio de investigación realizado en el año 2020 en donde el riesgo de depresión, ansiedad, somatización, soledad y baja resiliencia fueron factores de riesgo para el desenlace de patologías a nivel de la esfera mental; los índices de riesgo se potencializaban por las dificultades en la adaptación, el acceso a conductas de prevención, el nivel de confianza en las autoridades y la percepción de amenaza, asociado al nivel de ingresos, ocupación, nivel de estudio, grupo étnico, área de residencia, región y edad (9). Por lo cual, dentro de las recomendaciones del estudio se destaca el diseño de estrategias no farmacológicas para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental al incentivar conductas individuales y colectivas encaminadas en el desarrollo de habilidades enfocadas en el mantenimiento de la propia salud y la corresponsabilidad social (9).

Por lo anterior, la Federación Mundial de Salud Mental plantea “*Salud mental en un mundo desigual*” donde la desigualdad social enmarcada en los determinantes sociales constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales e incluso la OMS reconoce que existen desigualdades sistémicas que son desencadenantes directas de las diferencias del estado de salud mental de la población; evidenciando en la relación causal bidireccional entre la pobreza y trastornos de salud mental más comunes, como la depresión y ansiedad (10).

En Colombia la encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 enmarca que el intento suicida en niños y adolescentes aumenta con la edad y representa la cuarta causa de muerte violenta en esta población, estimándose que el 10% de los niños y adolescentes que han realizado intentos de suicidio se suicidarán en los 10 años siguientes. Adicionalmente, la mayoría de los niños y adolescentes con intento de suicidio no solo presentan una patología mental de base e intentos suicidas previos, sino que se ha encontrado que no han recibido tratamiento, ni seguimiento adecuado (11). Dado al creciente riesgo de suicidio con la edad, los niños y adolescentes son el principal grupo etario para el planteamiento y ejecución de intervenciones de prevención, lo anterior asociado a los factores de riesgo relacionados a nivel social (consumo de sustancias psicoactivas y deserción escolar), familiar e individual (11).

En un estudio de salud mental en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia, con una muestra de 1.586, el 11% de la población informo la posibilidad de suicidarse, con un pico para los hombres entre los 12 y 13 años, y para las mujeres entre los 14 y 15 años (11). En la población adulta colombiana se evidencia que el 7,4% de los adultos han pensado en suicidarse, el 5.5% de los hombres y el 7.6% de las mujeres han expresado ideas suicidas, el plan suicida se presenta en el 2,7% de las mujeres y 2,0% para hombres y el intento suicida se observa en el 1,9% de los hombres y en el 3,3% de las mujeres; en esta población se estima que los principales factores de riesgo son el nivel socioeconómico, grado de escolaridad, consumo de sustancias psicoactivas y el estado civil (11). Además, el comportamiento del suicidio en la población colombiana desde un enfoque forense determina que los mecanismos de acción empleados a la hora de generar un intento suicida o suicidio consumado son: el ahorcamiento, el uso de tóxicos o medicamentos, las armas de fuego y el lanzamiento al vacío (12).

Adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud (INS) en su boletín estadístico del mes de agosto de 2021 registró 1.688 casos de suicidio, con un incremento de 157 casos frente al año anterior en donde el sexo masculino es el más afectado con 1.374 muertes asociadas al suicidio; este representa el 9,98% de muertes violentas del país. Los grupos etarios con mayor tasa de muerte asociada al suicidio son los adultos jóvenes (30,9%), adultos (46,5%) y adultos mayores (11,9%). El Área Metropolitana de Bucaramanga reportó 28 casos de suicidio representando 2,8% de muertes violentas a nivel país. Se evidencia un incremento de 200 casos por mes frente al año inmediatamente anterior (13).

A nivel del municipio de Girón durante el año 2020 se notificaron al Instituto Nacional de Salud 84 intentos de suicidio donde el 52% se atribuyen al sexo femenino y el 48% al masculino, el 93% de los casos presentados pertenecen a la cabecera municipal, la población mayormente afectada se encuentra en la adultez, el 48% requirió de hospitalización en unidad de salud mental, el 94% presentaba al menos un intento suicida previo y los factores de riesgo más relevantes en la población girones son: problemas de pareja, consumo de sustancias psicoactivas y problemas legales, los métodos más utilizados son el ahorcamiento, armas corto-punzantes e intoxicaciones medicamentosas.

Además, un estudio en desarrollo (2021) en el análisis y reporte de datos preliminares evidencia que la población adulta y adulta mayor del municipio de Girón (muestra de 1.012 personas estudiadas) en riesgo de ideación y comportamiento suicida es de 20,21% y 37,9% respectivamente; donde el sexo femenino representa mayor riesgo, dentro de las variables estudiadas se observa que los sucesos estresantes recientes (perdidas de trabajo, preocupaciones familiares y económicas), la presencia de desesperanza, el aviso de intención de suicidio, la anhedonia, la viudez y la privación socioeconómica son los principales factores de riesgo para el desarrollo de la conducta, lo anterior es reconocido como situaciones predisponentes al riesgo de ideación y comportamiento suicida en la última Encuesta Nacional de Salud Mental.

Finalmente, el INS reportó para el año 2021 un total de 29.274 casos de intentos de suicidio a nivel nacional con un aumento de 11,7% de casos frente al año inmediatamente anterior, se observa que a nivel departamental continua en incremento los intentos de suicidio con una incidencia de 55,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los principales factores de riesgo identificados son: ideación suicida persistente: 33,4%, antecedentes de trastorno psiquiátrico: 30,9%, consumo de sustancias psicoactivas: 12,8% y plan organizado de suicidio: 12,6%; los principales factores desencadenantes: conflictos de pareja: 30,4%, problemas familiares: 27,3% y problemas económicos: 11,6%. Las etapas del ciclo vital más afectadas son la adolescencia: 33,3%, la juventud: 40,7% y la adultez: 31,7%. El sexo femenino representa el 64,2% de los casos con 18.797 casos y el sexo masculino el 35,8% con 10.477 casos de intento de suicidio (14).

JUSTIFICACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 en su dimensión social y salud mental enmarca el diseño de estrategias que potencialicen la prevención de trastornos mentales y promoción de salud mental además de la ejecución de intervenciones que contribuyan al bienestar y el desarrollo humano desde lo individual y social en todas las etapas del ciclo de vital a nivel territorial con el fin de disminuir los índices de mortalidad y morbimortalidad asociados a los eventos, problemas, formas de violencia y trastornos mentales al fortalecer las ofertas de servicios institucionales y comunitarios de salud mental; lo anterior evidenciado en el desarrollo de políticas públicas, estrategias, acciones intersectoriales y comunitarias orientadas al óptimo despliegue de recursos individuales y colectivos para disfrutar de la vida cotidiana fomentando el autocuidado y la corresponsabilidad social al fortalecer factores protectores en personas y poblaciones de riesgo (24), garantizando el goce efectivo del derecho a la salud entendido como el “disfrute más alto de nivel de bienestar físico, mental y social” en interdependencia con otros derechos, como un asunto de salud pública desde una perspectiva de determinantes sociales.

Las intervenciones desde el PDSP que están encaminadas a la prevención de la conducta suicida y suicidio son de carácter transectorial implicando la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y sobre todo a una transformación cognitiva “*Conocimiento orientado a la construcción de país*” en donde, se influya positivamente en los determinantes sociales y de la salud, mejorando la calidad de vida de la población y su percepción de estado de salud. Además, invita al empoderamiento y participación ciudadana contribuyendo a la gestión integral de riesgos asociados a la salud mental, interviniendo los factores de riesgo y mejorando la capacidad de respuesta individual, institucional y comunitaria; garantizando el óptimo ejercicio de los derechos humanos, para el logro del bien común y el desarrollo humano y social (25).

El PDSP definió 18 metas para la dimensión de convivencia social y salud mental, de las cuales 11 están enfocadas en resultado y 7 en gestión; en cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 22.22% (4 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 27.78% (5 metas) reporta un avance "Bueno", el 5.56% (1 meta) un avance "En riesgo", el 5.56% (1 meta) reporta un avance crítico, el 16.67% (3 metas) no cuenta con medición y el 22.22% restante (4 metas) no cuentan con reporte técnico.

Las metas enfocadas en la prevención del riesgo de ideación y comportamiento son: Meta 1: A 2021 aumentar en un 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población en general, Meta 2: A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población en general, Meta 4: A 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas, Meta 8: A 2021, aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas y Meta 11: A 2021, aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno (25). Por lo anterior, los nuevos lineamientos generales para la formulación del PDSP 2022-2031 genera acciones específicas para el cuidado de la salud mental.

Adicionalmente, el nuevo ABECÉ generado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) frente al nuevo PDSP 2022-2031 establece nuevos abordajes conceptuales y ordenadores en donde las acciones de salud pública a nivel sectorial e intersectorial busquen proteger y mejorar la salud de los habitantes del territorio nacional al contemplar la perspectiva de derechos humanos y de género, la etnicidad, la equidad y la diversidad con enfoque diferencial al incorporar y el curso de vida en la estructuración de intervenciones en donde se fomenta el desarrollo humano y social sostenible al hacer uso del modelo de determinantes sociales y

desigualdades sociales en salud en donde se logre la promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y salud a nivel físico, mental y social (26).

Asociado al PDSP, la ley 1616 de 2013 garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana desde un enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de Atención Primaria en Salud (APS) en donde se promocióne la salud y se prevea el trastorno mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) e igual manera presenta un enfoque promocional para la implementación, reformulación y evaluación de la política pública nacional de salud mental (27).

Así mismo, estudios han demostrado que los cambios no han sido significativos después la implementación de la Ley 1616 evidenciado por la falta de coherencia entre la norma y la realidad, siendo como causa principal la carencia de fuerzas para la transformación de un sistema de salud fragmentado y en crisis; respecto a la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental el impacto es escaso o nulo debido a que los linimentos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad. Adicionalmente existen barreras de acceso a servicios de salud mental, en parte por la explicada escasez de psiquiatras, su concentración en las grandes ciudades y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas debido a la no contratación de personal especializado por las instituciones de salud (28).

Como respuesta a lo anterior, la resolución 4886 de 2018 determina la conducta suicida y el suicidio consumado con un evento prevenible y de gran impacto en el individuo, familia y sociedad, en donde se incrementa la tasa de años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura por esta causa, afectando en mayor proporción a la población joven colombiana entre los 15 y 29 años de edad. (29). Además, el Observatorio Nacional de Salud Mental desde el enfoque de promoción de la salud mental involucra actividades de diseño y ejecución de investigaciones con enfoque de APS donde se busque generar intervenciones que impacten los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo en su automanejo a nivel individual, familiar y colectivo (30).

Sin embargo, la mayoría de las intervenciones de prevención frente al riesgo suicida van encaminados hacia médicos generales, psicólogos o psiquiatras lo cual, dificulta su uso a nivel de la APS en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (30). Por esto, resulta necesario implementar la propuesta de la OPS y generar una política de salud mental más inclusiva en donde se amplíe el rol del personal de enfermería en busca de eliminar barreras en el acceso a los servicios de salud y permita expandir los cuidados enfermeros basados en la evidencia a áreas con escaso personal sanitario con el fin de promover la salud, prevenir enfermedades y reducir muertes desde un enfoque holístico centrado en las necesidades insatisfechas del sujeto de cuidado (31), en donde se busque complementar acciones asociadas al personal interdisciplinar de salud con el fin de complementar y ampliar la eficiencia de los resultados en salud y reducir costos en la atención; lo anterior, sustentado en los principios de la APS en Colombia según la Ley 1438 de 2011.

Por lo cual, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), permiten el despliegue de intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades a partir de: acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y desarrollo, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud (32), adicionalmente permiten afrontar con mayor éxito la fragmentación del sistema de salud colombiano actual.

Así mismo, se busca integrar la normatividad vigente que enmarca la Atención Integral en Salud, bajo la Ley 1751 del 2015, con la cual se establece un conjunto de herramientas técnicas que facilita la prestación de servicios de manera efectiva a través de las RIAS, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para grupos de riesgo específicos entre ellos el riesgo de ideación y comportamiento suicida, debido al incremento de los años de vida potencialmente perdidos con diferencia en grupos de edad y sexo en donde la planificación, organización, dirección y control de los servicios de salud y sus actividades estén orientadas a la prevención, autocuidado y fomento de salud con el fin de optimizar recursos financieros, tecnológicos y de talento humano (33).

Adicionalmente, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) creó una estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia en donde evalúan las posibles causas del deterioro de la salud mental de la población colombiana encontrando tres problemáticas principales: en primer lugar, la baja coordinación intersectorial en temas de salud mental, barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos y finalmente las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales (34).

El CONPES promueve la salud mental de la población colombiana a través de tres ejes de acción: el primer eje está enfocado en aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de sustancias psicoactivas. El segundo eje está orientado en con el fortalecimiento de los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y busca desarrollar competencias socioemocionales en toda la población, y el último eje se centra en mejorar la atención de salud mental e inclusión social de las personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas por medio del fortalecimiento del talento humano y articulación social (34).

Desde el enfoque de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales asociado al uso de APS el abordaje del riesgo de ideación y comportamiento suicida resulta eficaz y efectivo centrado en la promoción de factores protectores en la población general y en riesgo, además de la detección temprana de grupos de riesgo en donde la educación para la salud es herramienta fundamental en base al entrenamiento de habilidades de afrontamiento para resolver problemas (HpV), restricción de acceso a medios letales, tamizajes comunitarios y grupos de apoyo, asociado a la comunicación y dialogo abierto sobre el suicidio y el fortalecimiento de relaciones terapéuticas efectivas (confianza) entre el personal de salud y la persona en riesgo (42).

Asociado a lo anterior, la Política Nacional de Salud Mental enmarca al intento de suicidio como un evento de notificación obligatoria desde el año 2016 estableciendo el riesgo de ideación y comportamiento suicida como problema de salud pública, estableciendo recomendaciones para el mejoramiento de la salud mental en los colombianos tales como: realizar de actividades de promoción y prevención de salud mental a nivel individual, familiar y comunitario en articulación con otros sectores responsables, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), desarrollar acciones dirigidas a la transformación cultural a largo plazo, intervenir los entornos en los diferentes ámbitos, implementado RIAS con participación intersectorial de los actores corresponsables de la salud mental, formular protocolos y guías de práctica clínica y fortalecer las competencias del personal de salud y educación, desde la atención primaria en salud desde la APS (32).

Finalmente, la ruta integral de atención para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida diseñada para el municipio de Girón está enmarcada en el informe mundial en salud mental de la OMS del año 2022 en donde invita a transformar nuevas actitudes, acciones y enfoques para promover y proteger la salud mental al proporcionar cuidados y atención a quienes lo necesitan, transformando los entornos que influyen en la salud mental y desarrollando servicios de salud mental en base comunitaria capaces de lograr acceso y cobertura desde un enfoque de APS (45), lo anterior sustentado en sustentado en la resolución 0518 de 2015, donde se plantea disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) e igualmente sustenta las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del PIC (46).

SOPORTE TEORICO

En Colombia el riesgo suicida y el suicidio consumado visto como problemática de salud pública ha permitido el desarrollo de múltiples guías de identificación del riesgo suicida, sin embargo, en su gran mayoría se centran en la adaptación y validación de escalas de medición del riesgo, dejando de lado las medidas preventivas frente a esta situación. Además, evalúan factores que influyen en el desarrollo de la conducta suicida, tales como: consumo de sustancias, pobre red de apoyo percibido y estrés postraumático, no obstante, su población objeto son los individuos diagnosticados con trastornos depresivos recurrentes, depresión y bipolaridad (15).

Asociado a lo anterior, entidades como el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha desarrollado un paquete técnico de políticas, programas y prácticas centradas en la prevención del suicidio donde se hace uso de la evidencia científica, emplean intervenciones y estrategias centradas en el fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con la conducta suicida y el suicidio por medio de la creación de ambientes protectores, la enseñanza de destrezas de superación, toma de decisiones y resolución de problemas con el fin de prever daños y reducir el riesgo en el futuro; involucrando al individuo, familia, comunidad e instituciones de salud. Entendiendo que la prevención del suicidio es una prioridad, ya que este atribuye al incremento de las tasas de muerte prematura, morbilidad, pérdida de productividad y altos costos en términos de atención médica (16).

Por otra parte, España ha realizado avances significativos en la prevención del riesgo suicida y la promoción de la salud mental al implementar estrategias denominadas "*Vivir es la salida*" en donde se promueve la salud mental positiva que tiene como fin evaluar y manejar las conductas suicidas al capacitar profesionales de la salud no especializados con el objetivo de proporcionar ayuda práctica en diferentes entornos a través de grupos de apoyo entre familiares y personal voluntario en donde la comunidad se empodere y sea líder para la transformación de entornos nocivos para la salud, disminuyendo el estigma social que se genera alrededor de la salud mental (17). Así mismo, han creado guías para la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares en donde se plantean intervenciones de educación para la salud en base al ¿Cómo actuar ante pensamientos suicidas? y ¿Cómo seguir adelante tras un intento de suicidio? Invitando al empoderamiento y autocuidado (18).

Así mismo, en Inglaterra se creó un programa de capacitación e intervención educativa de guardianes "*Gatekeepers*" frente a la prevención del suicidio, a personas voluntarias que por su profesión o rol, tienen contacto directo con miembros de la comunidad, fuera de los escenarios médicos; esta característica los convierte en sujetos clave para la detección temprana y canalización de población en riesgo de suicidio con el fin de disminuir el estigma social frente a las enfermedades de salud mental y permitir el direccionamiento a servicios de salud (19).

La literatura científica ha evidenciado que la formación y capacitación de voluntarios ha reducido significativamente las tasas de intento de suicidio y suicidio consumado; el proceso de formación de los guardianes se centra en la identificación de los factores o señales de alarma frente a la conducta o ideación suicida, además de técnicas de ayuda básica tales como: establecimiento de relación de confianza, escucha activa y empática, y eliminación del juicio, además permite entender los límites de su intervención y momento de remisión a otro escenario de tratamiento. Adicionalmente, no todas las intervenciones para prevenir la conducta suicida van dirigidas a grupo de riesgo, se ha demostrado que la sensibilización y la educación a la

población en general sobre el suicidio y sus causas ayudan a mejorar la comprensión del problema, a cambiar actitudes alrededor de condiciones de salud mental facilitando la detección de personas en riesgo y la búsqueda de ayuda (20).

A nivel latinoamericano en Chile se han creado programas de prevención del suicidio en adolescentes escolares en donde incorporan la educación sobre el comportamiento suicida y el suicidio en los currículos estudiantiles con el fin de crear conciencia frente la existencia de los trastornos mentales, mitigar el estigma, reconocer los factores de riesgo e incentivar la búsqueda de ayuda profesional de manera oportuna. Además, se ha entrenado al cuerpo docente bajo el criterio “*Gatekeepers*” en donde reciben capacitación específica para poder ayudar y direccionar a los adolescentes en riesgo de autolesión; a partir de esto a nivel de este país se ha evidenciado que con estas intervenciones se ha logrado aumentar el conocimiento sobre factores de riesgo suicida, fomentar la predisposición para solicitar ayuda, disminuyendo el suicidio como opción e impactando positivamente en tasa de mortalidad por suicidio con una disminución aproximadamente en 40 a 50% en este grupo etario (20).

De igual forma, Chile desarrolla un programa nacional de prevención del suicidio donde se plantea como objetivo “Fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables” y reducir la tasa de mortalidad por suicidio, en ambos sexos al formular intervenciones de prevención del riesgo suicida al elaborar planes de acción enfocados en la educación para la salud incorporando enfoque de género y determinantes sociales, implementación de restricciones frente al acceso de medios letales y fortalecimiento de las capacidades organizativas y de autoayuda orientadas a nivel individual y colectivo mitigando la estigmatización al crear conciencia social y empoderar a la población intervenida bajo el lema “El suicidio es prevenible” además, se permite la incorporación de los distintos sectores sociales al realizar acciones intersectoriales (21).

Adicionalmente, la OPS en el marco del día Mundial de Prevención del Suicidio 2021 diseñó una campaña denominada “*Crear esperanza a través de la acción*” en donde se refleja la necesidad colectiva de abordar el suicidio como problema urgente de salud pública involucrando la familia y la colectividad en el desarrollo de intervenciones de prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida (22).

Dentro de la sustentación científica, entre las herramientas presentadas a nivel mundial desde el enfoque enfermero para la identificación y manejo del riesgo suicida, aparecen las guías de la RNAO que proponen intervenciones de prevención y promoción de salud mental que podrían generar un impacto positivo en la población objeto, al mitigar la estigmatización, enfatizar en el autocuidado y la búsqueda de ayuda con el fin disminuir de manera progresiva los índices de morbilidad y mortalidad asociados a ideación suicida y el suicidio (23); por lo cual su implementación intersectorial y comunitaria a nivel de la población girones permitirá el cumplimiento de los objetivos enmarcados dentro del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la Ley 1616 de 2013 y el Decreto 4886 de 2018.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Construir un marco de acción intersectorial para la promoción de salud mental y la prevención temprana del riesgo de ideación y comportamiento suicida sustentado en la política pública nacional de salud mental y enmarcada en la evidencia científica de la RNAO en el municipio de Girón.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Fortalecer la articulación de actores a nivel intersectorial para la promoción de salud mental y la prevención temprana del riesgo de ideación y comportamiento suicida en la población del municipio de Girón.
2. Diseñar intervenciones con enfoque intersectorial permitiendo la corresponsabilidad social y empoderamiento del autocuidado de la salud mental a nivel individual y comunitario.
3. Generar intervenciones de promoción de salud y prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida permitiendo el empoderamiento del personal de enfermería en el municipio de Girón al hacer uso de la evidencia científica propuesta por la guía de valoración y cuidado en el riesgo de ideación y comportamiento suicida de la RNAO.
4. Evaluar el diseño propuesto de la ruta de atención integral para la promoción de salud mental y prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida en el municipio de Girón al hacer uso de validación interna propuesta por el ministerio de salud y protección social.

METODOLOGÍA

Proyecto de gestión enmarcado en el desarrollo social que utilizó herramientas encamadas en el marco lógico e investigación cualitativa en base a grupos focales en donde se realizó énfasis en la naturaleza socialmente construida de la realidad actual frente al riesgo de ideación y conducta suicida en la población del municipio de Girón – Santander donde se involucró a la comunidad y actores públicos (trabajo transectorial) en el desarrollo de acciones específicas empleando entrevistas semiestructuradas y análisis comunitario conformado por líderes designados de cada uno de los lugares seleccionados del municipio (norte, sur, este y oeste).

Se ejecutaron 4 grupos focales en donde se llevó a cabo un análisis a profundidad de las necesidades comunitarias y factores de riesgo que potencializan el riesgo de ideación y comportamiento suicida en el municipio a nivel de los barrios más afectados por esta problemática en el municipio de Girón: Nuevo Girón, Rincón, Palenque y Villa Carolina I; las preguntas orientadoras diseñadas en la entrevista semiestructurada estaban dirigidas a:

1. Identificar casos de intentos de suicidio o suicidio consumado en la comunidad.
2. Reconocimiento de factores de riesgo que potencialicen el intento de suicidio así mismo, su presencia en la realidad actual comunitaria.
3. Reconocimiento de señales de alarma frente al riesgo de ideación y comportamiento suicida.
4. Percepción y satisfacción de la atención de este tipo de evento y el previo desarrollo de acciones que potencialicen la salud mental y prevengan el intento de suicidio o suicidio consumado.
5. Reconocer los aportes de la comunidad para el diseño de intervenciones efectivas y el reconocimiento del trabajo intersectorial.

Se destaca que el 93% de los entrevistados pertenece al sexo femenino, el 13% al ciclo de vida adulto y el restante estaba conformado por adultos mayores, el papel en la comunidad era líder social como criterio de inclusión

Se realizó análisis y transcripción en base de datos de Excel que permitió la generación de códigos, decodificación abierta y selección de temas que definieron el enfoque para el diseño de la RIAS.

Tabla 1. Codificación – Grupo Focal.

Código	Fragmento	Categorización Axial	Tema Generador
El intento suicida es estigmatizado.	<i>“Evasión y tomo de voz bajo durante la respuesta de la pregunta”.</i>	El suicidio es estigmatizado.	El suicidio es un tema que no se comenta con los otros, por miedo a ser señalado. Subtemas: 1. El intento de suicidio es estigmatizado. 2. El intento de suicidio es una acción que se mantiene en el ámbito de lo privado por repercusiones sociales.
	<i>“No, darse cuenta es como difícil, es muy complicado aquí uno una sardina que se ahorco, y la mayoría de mujeres callamos para evitar que nos critiquen por los problemas que tenemos”.</i>	El intento de suicidio es una acción que se mantiene en el ámbito de lo privado por repercusiones sociales.	
	<i>“No... él decía que no inventen ¿Por qué me van a llevar allá? No, no y no...”</i>		
El intento de suicidio es una acción que se mantiene en el	<i>“Eso es privado, uno no menciona esa situación con las demás personas por miedo a ser señaladas”.</i>		

<p>ámbito de lo privado por repercusiones sociales.</p>	<p><i>“Que sepamos, no”.</i> <i>“Que se haya presentado en la familia, sí, en esta comunidad, no”.</i> <i>“Aquí en esta comunidad, no”.</i> <i>“No”.</i></p>		
<p>Las causas del intento de suicidio o suicidio consumado pueden estar relacionadas con problemas familiares, económicos y consumo de sustancias.</p>	<p><i>“Es que la mujer lo dejó y entonces él creyó que la solución era matarse”.</i></p> <p><i>“El estado de salud, problemas en el hogar, la no vigilancia de los hijos en las redes sociales, y los niños no se dan cuenta que estos contenidos van dirigidos para los adultos y ellos hacen lo que ven y por esto es mejor que los padres de familia bloqueen eso, además, la mal crianza. En las instituciones educativas que les hacen matoneo.”</i></p> <p><i>“Problemas económicos, violencia intrafamiliar, la adolescencia, normatividades de intervención de la crianza a nivel del ICBF, consumo de sustancias psicoactivas y la condición de calle. Lo que más se presenta en la comunidad es el consumo, y las peleas entre pandillas (fronteras invisibles). Lenguaje no verbal: Se detecta inconformidad con las políticas y el gobierno actual, además miran fijamente a la investigadora esperando emisión de juicio de valor.”</i></p> <p><i>“Problemas de pareja, que no hablan y no dialogan y se van es al extremo”.</i></p> <p><i>“Los problemas en casa, de pareja o con los hijos o algún vecino, la soledad, el poco dialogo, crisis económicas, las deudas son factores terribles, el desempleo y la discapacidad”.</i></p> <p><i>“El rechazó en la misma familia, eso hace que se sientan discriminados, que no valen en la sociedad. La falta de oportunidades, las disfunciones familiares. Eso es que se guardan todo y después deben de explotar todo por algún lado (ausencia de catarsis)”.</i></p>	<p>Las causas del intento de suicidio o suicidio consumado pueden estar relacionadas con problemas familiares, económicos y consumo de sustancias.</p> <p>Métodos identificados por la comunidad para llevar a cabo el intento de suicidio: Ahorcamiento, lanzamiento al vacío e intoxicación medicamentosa.</p> <p>Los signos de alarma identificados por la comunidad que se relacionan con el intento de suicidio o suicidio consumado: aislamiento, impulsividad, consumo de sustancias psicoactivas, sentimientos de tristeza, angustia, enojo y pérdida de intereses.</p>	<p>Factores de riesgo, signos de alarma y métodos relacionados con la conducta suicida y el suicidio consumado.</p> <p>Subtemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factores de riesgo. 2. Métodos. 3. Signos de alarma.
<p>Métodos identificados por la</p>	<p><i>“Sí, intentaron consumiendo pastillas”.</i></p>		

<p>comunidad para llevar a cabo el intento de suicidio: Ahorcamiento, lanzamiento al vacío e intoxicación medicamentosa.</p>	<p><i>“Él intentó tirarse de un puente... ese que llaman, en donde se ha matado tanta gente”.</i></p>		
<p>Los signos de alarma identificados por la comunidad que se relacionan con intento de suicidio o suicidio consumado: aislamiento, impulsividad, consumo de sustancias, sentimientos de tristeza, angustia y enojo y pérdida de intereses.</p>	<p><i>“Sí, se puede identificar por que se alejan de la familia, se encierran, no se comunican con la mamá y el papá y la angustia”.</i></p> <p><i>“Esos muchachos que están consumiendo y están drogados, a mí me parece suicida que ellos vayan a robar o atacar a alguien porque no saben que están haciendo al actuar de forma impulsiva. El daño del comportamiento por el consumo. Cuando se ha contemplado la idea de terminar con su vida y consumen tiene mayor sensación de seguridad y lo realizan, por esas alucinaciones que se producen. Sí, claro bajo el efecto de las sustancias el sistema nervioso se pone al mil y los sentimientos de tristeza, enojo o contrariedad que haya ocurrido eso sube la adrenalina y tienen las fuerzas para llevarlo a cabo”.</i></p> <p><i>“Esa persona se aísla, no tiene comunicación en la casa, se encierra... La pérdida de los intereses, falta de amor para la nos niños, ahora no hay amor en las familias. El alcoholismo y el consumo de sustancias, ahora los niños deben de asumir las responsabilidades de los padres, eso también genera en ellos inseguridad. Cuando a los niños les hacen matoneo en el colegio y ellos no dicen, entonces se encierran, se callan y no cuentan porque creen que uno no les va a creer”.</i></p>		

<p>La comunidad identifica acciones de promoción de la salud mental a nivel primario: Prevención de la violencia, apoyo psicológico a nivel escolar, incluir el deporte y fomento de barrios y ambientes seguros, educación financiera y aprovechamiento del tiempo libre, lo anterior involucrando a todos los grupos etarios e igualmente señalan de manera reiterativa una intervención terciaria encaminada a la rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p><i>“Prevención Terciaria: Centros de rehabilitación obligatorios”.</i></p>		
	<p><i>“Yo creo que deberíamos tener más apoyo de psicología, especialmente en los colegios y escuelas en donde todos los niños pasen por el psicólogo, pero, los pasan cuando ya se identifican los problemas, cuando el chino es insoportable, a ellos deberían pasarlos cada semana, incluso por grupos según el curso y realizar charlas y no llamar únicamente a los niños problema”.</i></p>		
	<p><i>“Debemos trabajar el maltrato y que las denuncias sean resueltas”.</i></p>		
	<p><i>“Ambiente seguro en los barrios”.</i></p>		
	<p><i>“El deporte, inculcar el deporte”.</i></p>		
	<p><i>“Se debe enseñar que para obtener las cosas se debe trabajar, no todo puede ser regalado, la educación y más fuentes de trabajo”.</i></p>		
<p>La comunidad identifica que en el municipio no se han realizado acciones de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida.</p>	<p><i>“Que yo sepa no”.</i></p>	<p>La comunidad identifica acciones de promoción de la salud mental a nivel primario: Prevención de la violencia, apoyo psicológico a nivel escolar, incluir el deporte, fomento de barrios y ambientes seguros, educación financiera y aprovechamiento del tiempo libre, lo anterior involucrando a todos los grupos etarios e igualmente señalan de manera reiterativa una intervención terciaria encaminada a la rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>Intervenciones de prevención de la conducta suicida o suicidio consumado.</p>
	<p><i>“Aquí no, nunca... No jamás...”</i></p>		

<p>La comunidad identifica que los servicios de salud son los responsables directos de la prevención del riesgo de conducta suicida, sin embargo, no reconocen la importancia del autocuidado y la corresponsabilidad social en el mantenimiento de salud mental.</p>	<p><i>“Yo creo que todo eso de la salud mental debe ser tratado solo por las instituciones, a nivel de barrio no le veo el impacto, a todo el mundo le da mamera”.</i></p>	<p>La comunidad identifica que en el municipio no se han realizado acciones de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida.</p>
	<p><i>“Esta comunidad es muy difícil, es como muy apática. Sí, se puede. Hacer un llamado de atención casa a casa. Yo pienso que, con actividades lúdicas, que puedan llegar por la policía y la secretaria de salud e intervengan con psicólogos pero que sean recreativas, que dentro del juego este la enseñanza”.</i></p>	<p>La comunidad identifica que los servicios de salud son los responsables directos de la prevención del riesgo de conducta suicida, sin embargo, no reconocen la importancia del autocuidado y la corresponsabilidad social en el mantenimiento de salud mental.</p>
<p>Actores identificados por la comunidad que deben liderar y generar acciones de promoción de la salud mental y prevención del riesgo suicida: secretaria de salud, secretaria de educación, secretaria de desarrollo social, secretaria de deportes, secretaria de hacienda, secretaria de discapacidad, comisaria de familia y policía comunitaria.</p>	<p><i>“La secretaria de seguridad y convivencia tiene muchísimo que hacer, la policía, la comisaria de familia, la secretaria de salud... porque esto es un problema de salud pública”.</i></p>	<p>Actores identificados por la comunidad que deben liderar y generar acciones de promoción de la salud mental y prevención del riesgo suicida: secretaria de salud, secretaria de educación, secretaria de desarrollo social, secretaria de deportes, secretaria de hacienda, secretaria de discapacidad, comisaria de familia y policía comunitaria.</p>
	<p><i>“La secretaria de salud y educación”.</i></p>	
	<p><i>“La secretaria de salud, la secretaria de educación, la secretaria de deportes, La comisaria de familia y la secretaria de desarrollo social”.</i></p>	
	<p><i>“La secretaria de salud, educación, comisaria de familia, secretaria de hacienda, secretaria de discapacidad y policía comunitaria”.</i></p>	

Lo anterior, desarrollado previo aval del comité de ética de la Universidad Autónoma de Bucaramanga con carta de autorización N° CIEI-UNAB-045-2022 (Anexo 3) y el diligenciamiento de consentimiento informado de los participantes.

La priorización del problema se desarrolló por medio de la Matriz de Análisis Estructural (MAE) en donde se evaluó el problema como una totalidad integrada por diferentes factores, los cuales se influyen entre sí con diferente fuerza, en el municipio de Girón se encontraron diferentes problemas que potencializan el riesgo de ideación y comportamiento suicida en la población (Anexo 2) identificando zonas de poder (problemática central), zonas de enlace y dependencia (intervenciones de solución ante problemática central). Así mismo, el problema central se desglosó (árbol de problemas) y se plantearon los objetivos (árbol de soluciones) enmarcados en el marco lógico (Anexo 1).

RESULTADOS

El desarrollo de la RIAS para la prevención temprana y promoción de la salud ante el riesgo suicida se sustenta desde el enfoque de derechos, desarrollo humano y curso de vida; por lo anterior, el objetivo principal de este diseño es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de valoración del estado de salud por medio del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), detectando de manera temprana el riesgo de ideación y comportamiento suicida al construir intervenciones de cuidado y educación para la salud como metodología seleccionada por la comunidad con el fin de generar transformación en conductas autolesivas, mejorar la calidad de vida y el bienestar individual, familiar y colectivo. Así mismo, permite la eliminación de barreras en la atención y restaura la confianza con el personal de salud al iniciar el abordaje desde el primer nivel de atención con los principios de prioridad del sujeto de intervención, seguridad, calidad, eficacia, eficiencia y equidad (32).

Los enfoques en salud que orientan el manejo de la ruta integral de atención en salud (RIAS) para la prevención del riesgo suicida en la población del municipio de Girón, son:

- ❖ **Enfoque de Derechos:** Garantizando la dignidad humana al promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos (32). Este enfoque permite el análisis de las desigualdades en salud frente al manejo de enfermedades de la esfera mental con el fin de orientar los procesos de intervención dirigidos a la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida en todos los cursos de vida potencializando el desarrollo de capacidades y el más alto nivel de bienestar.
- ❖ **Enfoque de Desarrollo Humano:** Permite el autocuidado y la corresponsabilidad social del estado de salud mental en sentido de participación comunitaria al generar ambientes propicios para que los individuos disfruten de una vida larga, saludable y creativa al adquirir conocimientos en salud (32).
- ❖ **Enfoque de Curso de Vida:** Permite la comprensión de como influye el pasado en el presente frente al riesgo de ideación y comportamiento suicida, haciendo énfasis en el análisis en las interacciones entre el cambio biológico y social, lo cual permite el abordaje de los seres humanos como entidades sociales y biológicas desde los determinantes sociales potencializando la formación integral del rol y la autonomía (32).

El tramo que encamina la RIAS es: **la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo**, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades (32).

COMPONENTES DE LA RIAS EN SALUD MENTAL:

- ❖ **Ciclo Vital – Curso de Vida:** Infancia (6 – 11 Años), Adolescencia (12-17 Años), Juventud (18-28 años), Adulthood (29-59 Años) y Vejez (≥ 60 Años).
- ❖ **Grupo de riesgo:** RIAS para la población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento.
- ❖ **Entornos:** Familiar, educativo y comunitario.
- ❖ **Intervenciones:** Individuales y colectivas.

- ❖ **Hitos:** Resultado esperado a largo plazo: reducción de la mortalidad y morbilidad de la conducta suicida al hacer uso de la educación para la salud individual (persona con afectación en la salud mental) y comunitaria (empoderamiento de líderes sociales, núcleos familiares y escolares).
- ❖ **Desenlaces esperados o resultados en salud:** Favorecer el autocuidado y mitigar el riesgo de ideación y comportamiento suicida al impactar positivamente en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promuevan, mantengan y recuperen la salud a la vez que fortalezcan el desarrollo integral de los individuos, familias y comunidades garantizando el empoderamiento de su bienestar y calidad de vida, por esto los alcances en los cambios esperados son: de resultado final o impacto o de resultado intermedio o efecto, que serán medidos por indicadores en el proceso de evaluación.

CATEGORIA DE LA ATENCIÓN:

- ❖ Intervenciones de promoción de la salud.
- ❖ Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud.
- ❖ Acciones de gestión de la salud pública.

MARCO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN DE LA RIAS – FASES:

1. Planeación para la elaboración de la RIAS:

Se ejecutaron herramientas de investigación cualitativa con líderes comunitarios del municipio de Girón de los barrios: Palenque, Rincón de Girón bajo, Villa Carolina I y Nuevo Girón, tales como: grupos focales y entrevistas semiestructuradas con el fin de conocer el énfasis particular de la naturaleza socialmente construida de la realidad frente al riesgo de ideación y conducta suicida con el fin de vincular sus perspectivas en la planeación de intervenciones inmersas en la RIAS encaminadas a la promoción de la salud mental y la prevención del riesgo suicida desde el enfoque de derechos y desarrollo humano.

Encontrando como resultado ejes temáticos susceptibles de intervención a nivel individual y colectivo:

Tema 1: El suicidio es un tema que no se comenta con los otros, por miedo a ser señalado.

El intento de suicidio es estigmatizado:

A lo largo del desarrollo de los grupos focales, fue importante notar que tanto los casos de suicidio que se pudieran presentar en la comunidad, así como su identificación, son asuntos que no se verbalizan con facilidad. De hecho, cuando se realizó esta pregunta a los asistentes de los grupos focales, la primera reacción fue de evasión de la pregunta en unos y, en otros, respondieron en un tono bajo de voz. Se destaca en uno de los grupos focales la narración de un intento de suicidio, en donde el afectado no permite el manejo secundario a la estigmatización social frente al suicidio y la enfermedad mental.

Grupo focal 2

No... él decía no inventen ¿Por qué me van a llevar allá? No, no, y no...”,

El intento de suicidio es una acción que se mantiene en el ámbito de lo privado por repercusiones sociales:

Por otro lado, los casos de suicidio generan algún tipo de rechazo en la comunidad. En uno de los grupos focales, se pudo constatar que este tipo de eventos se relacionan con problemas, tal vez, al interior de la familia. Por lo que tener un caso de intento de suicidio o suicidio consumado, se puede relacionar con la ocurrencia de este tipo de problemas y, por lo tanto, no se comentan con la comunidad, por miedo a ser criticados.

Grupo focal 4

“Eso es privado, uno no menciona esa situación con las demás personas por miedo a ser señalados”.

Tema 2: Factores de riesgo, signos de alarma y métodos relacionados con la conducta suicida y el suicidio consumado.

Factores de riesgo:

Los líderes comunitarios durante el desarrollo de los grupos focales identificaron factores de riesgo para el desarrollo de la conducta suicida o el suicidio consumado que se relacionan íntimamente con los determinantes sociales a nivel estructural, los cuales son susceptibles a intervenciones en el primer nivel de atención en salud; permitiendo fortalecer la promoción de la salud y el compromiso de la comunidad (corresponsabilidad social) frente al mantenimiento de la salud y calidad de vida. Así mismo, se identifican como factores de riesgo a nivel individual el estado mental previo, la presencia de violencia intrafamiliar o disfunciones familiares o de pareja y el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, se detecta inconformidad con las políticas actuales y el apoyo percibido por parte de los entes territoriales frente al manejo de la salud comunitaria.

Consolidado de grupos focales 1-4:

“Problemas a nivel familiar incluida la violencia, los problemas de pareja, la soledad, la falta de oportunidades, las crisis económicas, el desempleo, la discapacidad, la adolescencia, las pautas de crianza y la existencia de bullying en las instituciones educativas, consumo de sustancias psicoactivas y la condición de calle. Lenguaje no verbal: Se detecta inconformidad con las políticas y el gobierno actual, además miran fijamente a la investigadora esperando emisión de juicio de valor”.

Signos de Alarma:

Tal como se mencionó en el tema número uno la conducta suicida y el suicidio consumado es estigmatizado y se maneja en el ámbito de lo privado, por lo cual para la comunidad es difícil identificar señales alarma frente a este tipo de conductas, por lo general se destaca la conducta impulsiva asociada al consumo de sustancias psicoactivas, la presencia de sentimientos de tristeza y enojo además del aislamiento, la pérdida de los intereses y alteraciones en el proceso de comunicación. Adicionalmente, el consumo de sustancias sigue surgiendo como el mayor signo de alarma.

Grupo focal 1

“Esos muchachos que están consumiendo y están drogados, a mí me parece suicida que ellos vayan aprobar o atacar a alguien por qué no saben que están haciendo al actor de forma impulsiva. El daño del comportamiento por el consumo. Cuando se ha contemplado la idea de terminar con su vida y consumen tiene mayor sensación de seguridad y lo realizan, por esas alucinaciones que se producen. Sí, claro bajo el efecto de las sustancias el

sistema nervioso se pone al mil y los sentimientos de tristeza, enojo o contrariedad que haya ocurrido eso sube la adrenalina y tienen las fuerzas para llevarlo a cabo”.

Grupo 2

“Esa persona se aísla, no tiene comunicación en la casa, se encierra... La pérdida de los intereses”.

Grupo focal 3

“No, darse cuenta es como difícil, es muy complicado aquí hubo una sardina que se ahorcó y la mayoría de mujeres callamos para evitar que nos critiquen por los problemas que tenemos”.

Métodos:

La comunidad identifica vagamente los métodos mayormente utilizados a la hora de llevar a cabo el intento de suicidio o suicidio consumado. Se evidencia a lo largo de los grupos focales que la población Girones considera el ahorcamiento, el lanzamiento al vacío y la intoxicación medicamentosa como principales métodos.

Grupo focal 1

“Hubo uno que ya se mató, y un hijo que tuvo intento de tirarse y la policía tuvo que intervenir, se llama E, él intentó tirarse de un puente... ese que llaman, en donde se ha matado tanta gente; el de allá en el viaducto; allá lo cogieron él se iba a suicidar.”*

Grupo focal 3

“Sí, intentaron consumiendo pastillas por problemas de pareja, unos vecinos aquí intentaron, pero a tiempo los salvaron... Por problemas de pareja, que no hablan y no dialogan y se van es al extremo”.

Grupo focal 3 – Fragmento

“Aquí hubo una sardina que se ahorcó”.

Tema 3: Intervenciones de prevención de la conducta suicida o suicidio consumado.

La comunidad durante la realización de los grupos focal menciona acciones de promoción de la salud mental a nivel primario: prevención de la violencia, apoyo psicológico a nivel escolar, fomento del deporte, barrios y ambientes seguros, educación financiera y aprovechamiento del tiempo libre, lo anterior involucrando a todos los grupos etarios (especialmente a la población joven y adulta mayor) e igualmente señalan de manera reiterativa una intervención terciaria encaminada a la rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo logran identificar la presencia de apatía y falta de corresponsabilidad social para el mantenimiento de la salud y el autocuidado dejando como responsables directos al personal de salud y entidades territoriales evidenciado por evasión de preguntas. Los líderes asociales resaltan la importancia de la intersectorialidad para realización acciones de promoción de la salud mental y prevención del riesgo suicida e identifican la educación como metodología principal para la prevención del riesgo.

Grupo focal 1

“Yo creo que todo eso de la salud mental debe ser tratado solo por las instituciones, a nivel de barrio no le veo el impacto, a todo el mundo le da mamera.”

Grupo focal 2

“Esta comunidad es muy difícil, es como muy apática... Sí, se puede hacer un llamado de atención casa a casa. Yo pienso que, con actividades lúdicas, que puedan llegar por la policía y la secretaria de salud e intervengan psicólogos pero que sean recreativas, que dentro del juego este la enseñanza”.

Grupo focal 1 – Consolidado de opiniones

“Centros de rehabilitación obligatorios, debemos trabajar el maltrato y que las denuncias sean resueltas. Se debe enseñar que para obtener las cosas se debe trabajar, no todo puede ser regalado, la educación y más fuentes de trabajo. El deporte, inculcar el deporte y ambiente seguro en los barrios. Yo creo que deberíamos tener más apoyo de psicología, especialmente en los colegios y escuelas en donde todos los niños pasen por el psicólogo, pero, los pasan cuando ya se identifican los problemas, cuando el chino es insoportable, a ellos deberían pasarlos cada semana, incluso por grupos según el curso y realizar charlas y no llamar únicamente a los niños problema”.

Así mismo, recalcan la importancia de la continuidad de los programas e intervenciones. Además, señalan el intento de suicidio o suicidio consumado como problema de salud pública. Dentro de la intersectorialidad señalan el trabajo en conjunto con la secretaria de educación, seguridad y convivencia, comisaria de familia y desarrollo social.

Grupo 3:

“Sería que las intervenciones se repitan de manera constate”.

Grupo 2:

“La secretaria de seguridad y convivencia tiene muchísimo que hacer, la policía, la comisaria de familia, la secretaria de salud... porque esto es un problema de salud pública”.

2. Equipo:

El diseño de la RIAS se realizó en conjunto con miembros pertenecientes a la secretaria de salud del municipio de Girón, se utilizó la estrategia de Marco Lógico para a identificación de problemas y objetivos con previa elaboración de la matriz de análisis estructural (MAE) la cual permite la priorización de necesidades (Anexo 1 y 2).

3. Priorización del grupo de riesgo o evento:

La población objeto de la RIAS para la prevención del riesgo de conducta suicida y promoción de la salud mental es general, sin embargo, se prioriza la población en el ciclo de vida: adolescencia, juventud y adultez secundario a los datos presentados en el ASIS del municipio de Girón para el primer semestre de 2022 en donde cada grupo presenta una prevalencia del 36%, 39% y 24% de casos de intento de suicidio respectivamente.

Tabla 2. Características del grupo de riesgo:

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE RIESGO	
Nombre del grupo de riesgo.	Población con riesgo de ideación y comportamiento suicida.
Factores de riesgo relacionados con el grupo de riesgo.	Según lo reportado en el ASIS: Ideación suicida persistente, trastornos mentales de base, problemas familiares y pareja, consumo de sustancias psicoactivas, problemas económicos, situación escolar, maltrato físico y abusos.
Determinantes próximos e intermedios.	Factores psicosociales y circunstancias materiales.
Desenlaces relacionados con el grupo de riesgo.	Intento de suicidio y suicidio consumado.

Fuente: MinSalud, Manual metodológico para el desarrollo de RIAS.

4. Intervenciones en salud:**

Las intervenciones en salud seleccionadas para la promoción de la salud mental y la prevención del riesgo de suicida se basan en la evidencia científica de las guías de práctica clínica de la RNAO y artículos científicos que brindan soporte a su implementación, permiten responder a las necesidades planteadas por los líderes sociales y son aplicables a los entornos familiares, escolares y comunitarios junto con el personal de enfermería entrado en atención comunitaria en salud mental bajo el concepto de educación para la salud en el ámbito individual, grupal y colectivo.

Tabla 3. Intervenciones en Salud.

HITO	INTERVENCIÓN GLOBAL – RNAO	FUNDAMENTACIÓN	ENTORNO	NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Valorar integralmente el estado de salud.</p>	<p>La enfermera trabaja para establecer una relación terapéutica generando estrategias de comunicación con los pacientes en riesgo de comportamiento e ideación suicida. Además, individualiza los cuidados en donde la persona se empodere de su salud.</p> <p>*Así mismo, la relación terapéutica debe establecerse con familias y comunidades como fuente principal identificación del riesgo y sustento de apoyo*.</p>	<p>La relación terapéutica enfermera-paciente permite la negociación intersubjetiva en donde se reconstruye el binomio salud-enfermedad garantizando el establecimiento de objetivos enfocados en el autocuidado y empoderamiento de su estado de salud y bienestar al adoptar medidas de prevención de la enfermedad y promoción de salud (35). Así mismo, potencializa el desarrollo de habilidades psicosociales solidas como el autoconomiento, asertividad, empatía toma de decisiones y solución de problemas y conflictos.</p> <p>Lo anterior, se logra al reconocer la importancia de la comunicación y el cuidado holístico en los procesos de atención y educación; esta relación presenta tres fases: orientación (priorización de necesidades), trabajo (establecimiento de objetivos e intervención de cuidado) y resolución (autocuidado) (36).</p>	<p>Familiar Escolar Comunitario.</p>	<p>IV – IA</p>
<p>Educar para el cuidado de la salud.</p> <p>Fortalecimiento del autocuidado en salud.</p>	<p>La enfermera trabaja con el paciente para minimizar los sentimientos de pena, culpabilidad y estigma asociados con el suicidio, la enfermedad mental y las adicciones, además, de fomentar la esperanza (Uso de HpV).</p>	<p>La educación para la salud permite impactar positivamente sobre el efecto estigmatizador del intento de suicidio al disminuir el sufrimiento individual y familiar, los sentimientos de culpa y vergüenza los cuales tienen un impacto acumulativo en el bienestar mental; la educación elimina las barreras emocionales y potencializa el uso de los servicios sanitarios, y la búsqueda de ayuda de manera oportuna, así mismo fomenta a reducción de tendencias suicidas al promover la esperanza y el desarrollo de habilidades encaminadas al manejo de tensiones, emociones y sentimientos además de la resiliencia y el autoestima (37) (23).</p>	<p>Familiar Escolar Comunitario</p>	<p>III - IV</p>

<p>Protección específica.</p>	<p>La enfermera reconoce indicadores clave que ponen en riesgo de comportamiento suicida, aún en ausencia de expresión explícita de suicidio. Además, valora factores protectores asociados con la prevención del suicidio y obtiene información colateral de las fuentes disponibles: familia, amigos, soportes comunitarios, historial médico y profesionales de la salud mental.</p>	<p>La educación para la salud enfocada en la identificación temprana de factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, mitos y creencias sobre el suicidio permite al individuo, familia y comunidad el empoderamiento de su condición de salud y la búsqueda de ayuda oportuna como estrategia de prevención universal; estos factores de riesgo se establecen a nivel social, comunitario, relacional e individual. Así mismo, permite el fortalecimiento de factores protectores como las relaciones interpersonales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivo a situaciones estresantes (38). Además, los factores protectores incluyen el desarrollo de HpV, autocontrol de la impulsividad, alta autoestima, presencia de estrategias de afrontamiento adecuadas y capacidad de resiliencia; también se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo. Entre los factores externos se destacan la accesibilidad a los servicios de salud, la existencia de una red social y familiar apropiadas y la participación social además de la restricción de métodos letales de suicidio (23).</p>	<p>Familiar Escolar Comunitario</p>	<p>IV</p>
<p>Fortalecimiento del autocuidado en salud.</p>	<p>La enfermera utiliza el abordaje basado en la resolución de problemas mutuos (paciente-enfermería) para facilitar el entendimiento de como perciben sus propios problemas y generar soluciones.</p>	<p>La ideación suicida representa una forma de hacer frente a las situaciones que el individuo percibe como insoportables y puede estar relacionada con el dolor psicológico y emocional; por lo tanto, la educación en estrategias de afrontamiento permite reducir el riesgo de conductas suicida al fomentar la resolución de problemas y conflictos y uso del pensamiento crítico y creativo al reducir la impulsividad y potencializar la resiliencia (23).</p>	<p>Familiar Escolar Comunitario</p>	<p>IV</p>

La efectividad de las intervenciones globales desde un punto de investigativo han permitido diseñar y desarrollar programas efectivos frente al riesgo de ideación y comportamiento suicida en donde se evidencia que el personal de enfermería por medio de la valoración integral y multifactorial del riesgo fomenta seguridad y proporciona habilidades para hacerle frente al establecer una relación terapéutica efectiva promoviendo el autocuidado y autogestión del riesgo desde el ámbito clínico, lo cual ha demostrado un impacto positivo en la salud mental población española al reducir el estigma y permitir la búsqueda de ayuda de manera oportuna impacto positivamente en los índices de intento de autolesión, así mismo, ha demostrado la necesidad de descentralizar el cuidado y permitir el desarrollo de estas intervenciones desde el ámbito comunitario al fomentar la construcción de ambientes seguros y redes de apoyo solidas como factores de protección específicos para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida (48).

Así mismo, las intervenciones globales permiten el despliegue de estrategias de educación para la salud a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. Sin embargo, se requiere de un proceso de valoración previa y de priorización de necesidades denominado: PAE el cual puede ser aplicado a nivel individual o colectivo.

Diagrama 1. Proceso de Atención de Enfermería.

Plan De La Valoración Y Cuidado De La Persona Con Riesgo De Ideación Y Comportamiento Suicida

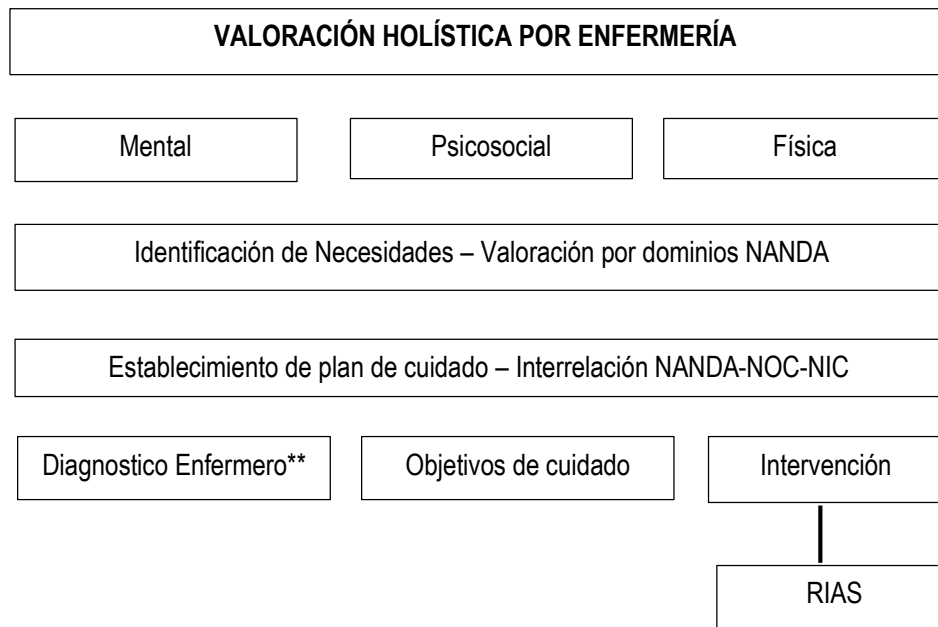


Tabla 4. PAE.**

Proceso de atención de Enfermería:

DOMINIO	DIAGNOSTICO	NOC	NIC
Autopercepción	[00124] Desesperanza.	[1201] Esperanza.	Ruta integral de atención en salud para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida sustentada en la evidencia científica de la guía RNAO – Se busca así mismo, la individualización del cuidado según las necesidades identificadas.
Autopercepción	[00167] Disposición para mejorar la mejorar la esperanza.		
Autopercepción	[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto.	[1215] Conciencia de uno mismo.	
Autopercepción	[00119] Baja autoestima crónica.	[1205] Autoestima.	
Autopercepción	[00120] Baja autoestima situacional.		
Percepción/Cognición	[00222] Control de impulsos ineficaz.	[1405] Autocontrol de los impulsos. [1408] Autocontrol del impulso suicida.	
Percepción/Cognición	[00251] Labilidad emocional.	[1204] Equilibrio emocional.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00069] Afrontamiento ineficaz.	[1302] Afrontamiento de problemas.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00071] Afrontamiento defensivo.		
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00125] Impotencia.	[1701] Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar. 1702] Creencias sobre la salud: Percepción de control.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00147] Aflicción crónica.	[1208] Nivel de depresión. [1304] Resolución de la aflicción. [1409] Autocontrol de la depresión.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00146] Ansiedad.	[1211] Nivel de ansiedad.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00148] Temor.	[1404] Autocontrol del miedo. [1210] Nivel de miedo.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00177] Estrés por sobrecarga.	[1212] Nivel de estrés.	

Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00210] Deterioro de la resiliencia.	[1309] Resiliencia personal.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.		
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo.	[1204] Equilibrio emocional.	
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00301] Duelo inadecuado.		
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	[00076] Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.	[2700] Competencia social. [2704] Resiliencia de la comunidad.	
Principios Vitales	[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[0906] Toma de decisiones.	

Fuente: NNN Consult – NANDA (47).

La priorización por diagnósticos permite individualizar el cuidado y responder oportunamente a las necesidades que potencializan el riesgo de ideación y comportamiento suicida; así mismo la intervención es guiada por los determinantes sociales de la salud que están presentes en la comunidad del municipio de Girón al integrar la atención primaria en salud permitiendo la accesibilidad a los servicios y ofrecer ayuda en el entorno comunitario permitiendo la, asequibilidad, aceptabilidad y atención holística (38).

Lo anterior, potencializa el autocuidado y la autonomía al detectar situaciones de alto riesgo para su salud mental y evitarlas, donde se adquieren actitudes y habilidades que permiten el control del estrés frente las adversidades de la vida diaria. Así mismo, el desarrollo de intervenciones educativas de forma intersectorial amplia las redes de apoyo y atención para las personas, su recuperación y su integración social en la comunidad puesto que el riesgo de ideación y comportamiento suicida está ampliamente ligado a problemas psicosociales; la intersectorialidad con la educación, el bienestar social, la vivienda, el empleo y la justicia es vital para facilitar los procesos de recuperación y calidad de vida (38). Por ende, la promoción de la salud mental apunta a cambiar los determinantes estructurales de la salud al promover condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos y comunidades en el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar; la salud mental es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar las crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental (39).

Educación para la salud mental:

La educación para la salud permite la construcción de conocimientos prácticas y valores que transformen comportamientos no saludables que se traducen en la construcción de bienestar en relación con la salud al integrar los procesos participativos de la comunidad y la movilización social, representado por **el saber-hacer más y mejor** sobre la salud al generar oportunidades, construcción de capacidades y habilidades que propicien el bienestar y mejoren la calidad de vida (40).

El objetivo de la educación para la salud como estrategia de intervención para la prevención del riesgo de ideación y conducta suicida y promover la salud mental esa enmarcado en la autogestión y autonomía individual y colectiva, como expresión del derecho a la salud al potencializar el desarrollo de valores y practicas saludables para que puedan cambiar las condiciones para que ello sea factible al transformar su realidad y por tanto convertirse en agentes sociales de cambio, lo anterior sustentado en la resolución 3280 de 2018 (40).

Por lo anterior, la RIAS enmarca su proceso educativo en base a la estrategia de OMS denominada HpV, las cuales permiten *“aplicarse al terreno de las acciones personales, la interacción con las demás personas o las acciones necesarias para transformar el entorno, de tal manera que este sea favorable a la salud y el bienestar”* (41).

Las HpV a fomentar en la población objeto de la RIAS son:

Tabla 5. Habilidades psicosociales para la Vida.

Habilidades Psicosociales para la Vida		
Habilidades Sociales	Habilidades Cognitivas	Habilidades para el control de Emociones
Habilidades para la comunicación.	Habilidades para la toma de decisiones o la solución de problemas.	Control de estrés.
Habilidades para la negación o el rechazo.	Compresión de las consecuencias de las acciones.	Control de sentimientos incluyendo la ira.
Habilidades para la aserción.	Determinación de soluciones alternas para los problemas.	Habilidades para aumentar el locus interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo).
Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones sanas).	Habilidades para el pensamiento crítico.	
Habilidades de cooperación.	Análisis de la influencia de los pares y de los medios de comunicación.	
Empatía.	Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales.	
	Autoevaluación y clasificación de los valores.	

Fuente: OMS; Manual de Habilidades sociales para la vida.

El modelo pedagógico que sustenta la educación en HpV es el interestructurante dialogante siendo la idea central el desarrollo, donde se reconocen todas las dimensiones de la vida humana (cognitiva, socio-afectiva, práxica) y todos los tipos de inteligencia enmarcado en el constructivismo social y el aprendizaje significativo al hacer uso de la educación popular y la educación constructivista – interestructurante – de aprendizaje

significativo como técnicas metodológicas (40). Lo anterior, permite el desarrollo de la autonomía y potencializa el reconocimiento de signos y síntomas de alarma, la toma de decisiones y el pensamiento crítico fundamental para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida.

Así mismo se instruirán en: autoconocimiento, empatía, comunicación efectiva, relaciones interpersonales, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, manejo de sentimientos y emociones y manejo de tensiones y estrés, impactado en los determinantes estructurales identificados por la comunidad durante el proceso de planeación.

Además, se plantea en el marco educacional los primeros auxilios psicológicos (PAP), como herramienta de prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida al ser entendida como *“ayuda emocional breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual”* (43). Al ser una intervención de primera instancia puede ser brindada por la comunidad en el momento que surge una emergencia con el fin de recuperar la capacidad de afrontamiento y toma de decisiones.

Lo anterior, permite dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, la conceptualización del hecho, la clarificación de los pensamientos, el manejo adecuado de las emociones y sentimientos, el control de la subjetividad de la fantasía catastrófica, de la sensación de amenaza con el fin de iniciar el proceso de resolución del problema, garantizando la proporción de apoyo y proporcionar el enlace a los servicios de salud (43).

Primeros Auxilios Psicológicos:

Los pasos a tener en cuenta al momento de brindar los PAP son:

Tabla 6. Pasos PAP:

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS	
Realizar contacto psicológico (Empatía).	Escucha activa, sin juicio y sin reclamo permitiendo a la persona afectada eliminar barreras y generar un espacio de confianza que inicie el relato de pensamientos, expresión de sentimientos y emociones. Esto permite al afectado la conceptualización de lo sucedido e iniciar el proceso de resolución.
Examinar las dimensiones del problema.	La indignación se enfoca en tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato, permitiendo la priorización de necesidades y el manejo oportuno de estas.
Analizar las posibles soluciones.	Identificar posibles alternativas de solución para las necesidades de carácter inmediato con el fin de reestructurar la situación analizada y mitigar sensaciones de cansancio e inutilidad.
Asistir en la ejecución de una acción concreta.	Después del análisis del hecho, el primer respondiente ayuda en la ejecución de alguna acción concreta para el manejo de la crisis que responda con las necesidades identificadas en los pasos anteriores, la actitud del miembro de la comunidad que presta la ayuda es de guía, dejando el papel activo a la persona afectada y potencializando el

	empoderamiento de su realidad actual y reconocimiento búsqueda de ayuda.
Darle seguimiento.	El principal objetivo del seguimiento es evaluar el cumplimiento de metas y objetivos frente a la resolución de la crisis posterior al direccionamiento a servicios de salud, generando un lazo con la persona afectada y perdiendo ser un puente activo en la búsqueda de ayuda en nuevos episodios críticos.

La evidencia científica ha demostrado la efectividad de los PAP en personas con crisis de ansiedad, ataques de pánico, duelos no resueltos, depresión y estrés postraumático; así mismo el empoderamiento de comunidad frente a esta estrategia de atención permite el desarrollo la corresponsabilidad social frente a la promoción de salud mental, además en la persona afectada se potencializa la búsqueda de soluciones y apoyo al reducir el estigma frente a los trastornos mentales y el riesgo de ideación y comportamiento suicida, generando estabilidad emocional y la recuperación de su funcionamiento y bienestar (43).

Por lo tanto, se crea un cuadro comparativo con el manejo actual frente al riesgo de ideación y comportamiento suicida la propuesta de ruta integral de atención diseñada formulada desde la enfermería basada en la evidencia, las necesidades poblacionales y el marco legislativo actual frente a la salud mental en Colombia así mismo, se diseñan y estructuran intervenciones en el ámbito intersectorial desde una mirada comunitaria y con enfoque de determinantes en salud.

Diagrama 2. Marco diferencial - Manejo del riesgo de ideación y comportamiento suicida en Girón.

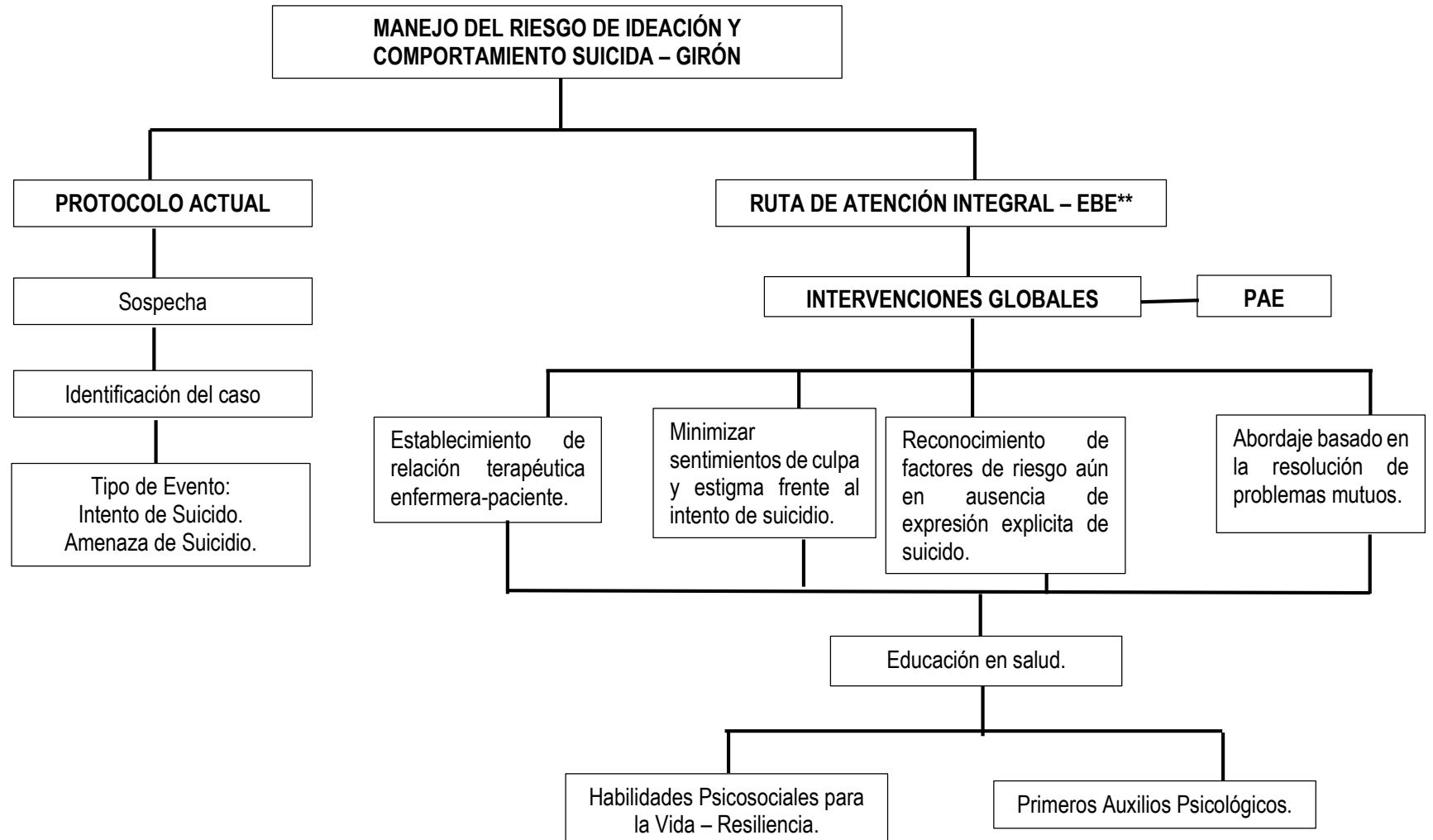


Tabla 7. Intervenciones e Intersectorialidad.

HITO	INTERVENCIÓN	DISEÑO DE INTERVENCIÓN	DETERMINANTE ESTRUCTURAL	INDICADOR**	RESPONSABLE
<p>Educación para el autocuidado en salud.</p> <p>Fortalecimiento del autocuidado.</p>	<p>Educación a la población en general en HpV***.</p> <p>Abordaje integral de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoconocimiento. 2. Empatía – Resiliencia. 3. Comunicación asertiva. 4. Relaciones interpersonales. 5. Toma de decisiones. 6. Solución de problemas y conflictos. 7. Pensamiento creativo. 8. Pensamiento crítico. 9. Manejo de sentimientos y emociones. 10. Manejo de tensiones y estrés. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación emocional: Autoconocimiento, empatía-resiliencia, manejo de sentimientos y emociones y manejo de tensiones y estrés. 2. Educación en manejo de relaciones interpersonales y comunicación: Relaciones interpersonales y comunicación asertiva. 3. Educación financiera: Pensamiento crítico y toma de decisiones. 4. Fomento de hábitos de estilo de vida saludable: Pensamiento creativo y toma de decisiones. 	<p>Al hacer uso de las HpV en la cotidianidad se interviene directamente en determinantes específicos identificados por el municipio de Girón influyentes en el riesgo de ideación y comportamiento suicida.</p> <p>Factores Psicosociales</p>	<p>Número de personas educadas sobre el número total de personas de la comunidad seleccionada por 100.</p> <p>Proceso</p>	<p>Secretaría de Hacienda.</p> <p>Secretaría de cultura y deporte.</p> <p>Secretaría de salud.</p> <p>Secretaría de Educación.</p>
<p>Protección específica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación a líderes comunitarios, familias y docentes en PAP. 2. Educación a líderes comunitarios, docentes y familia frente a la identificación temprana de 	<p>Educación a líderes sociales y docentes frente al manejo de PAP para la detección temprana y búsqueda de ayuda como estrategia de prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida. Así mismo, se involucra a</p>	<p>Factores psicosociales</p>	<p>Número de líderes comunitarios educados sobre el número total de líderes comunitarios del</p>	<p>Secretaría de salud.</p> <p>Secretaría de Educación.</p>

	<p>riesgos que potencialicen la conducta suicida.</p> <p>3. Educar a líderes comunitarios y familias sobre primeros auxilios enfocados en el control de los síntomas frente al método seleccionado para el intento de autolesión.</p>	<p>la familia como red de apoyo básica.</p>		<p>municipio de Girón por 100.</p> <p>Número de docentes capacitados sobre el total de docentes del municipio de Girón por 100.</p> <p>Número de familias capacitadas sobre número de familias del municipio de Girón por 100.</p> <p>Proceso</p>	
--	--	---	--	--	--

** Se establecen indicadores de proceso, los cuales permiten evaluar la ejecución de acciones al medir la interrelación del usuario con el servicio y la eficiencia con la que se cumple los planes planeados para la atención en salud.

*** El involucrar al cuerpo docente permite llegar al sector educativo, así mismo, se potenciaría el uso de HpV desde la niñez y adolescencia permitiendo un desarrollo óptimo a nivel psicosocial.

La educación se ejecutaría por barrios o sectores del municipio de Girón con el fin de individualizar la intervención según las necesidades y riesgos encontrados al hacer uso del PAE que potencialicen el riesgo de ideación y comportamiento suicida.

Tabla 8. Ficha Técnica de Indicadores – Proceso.

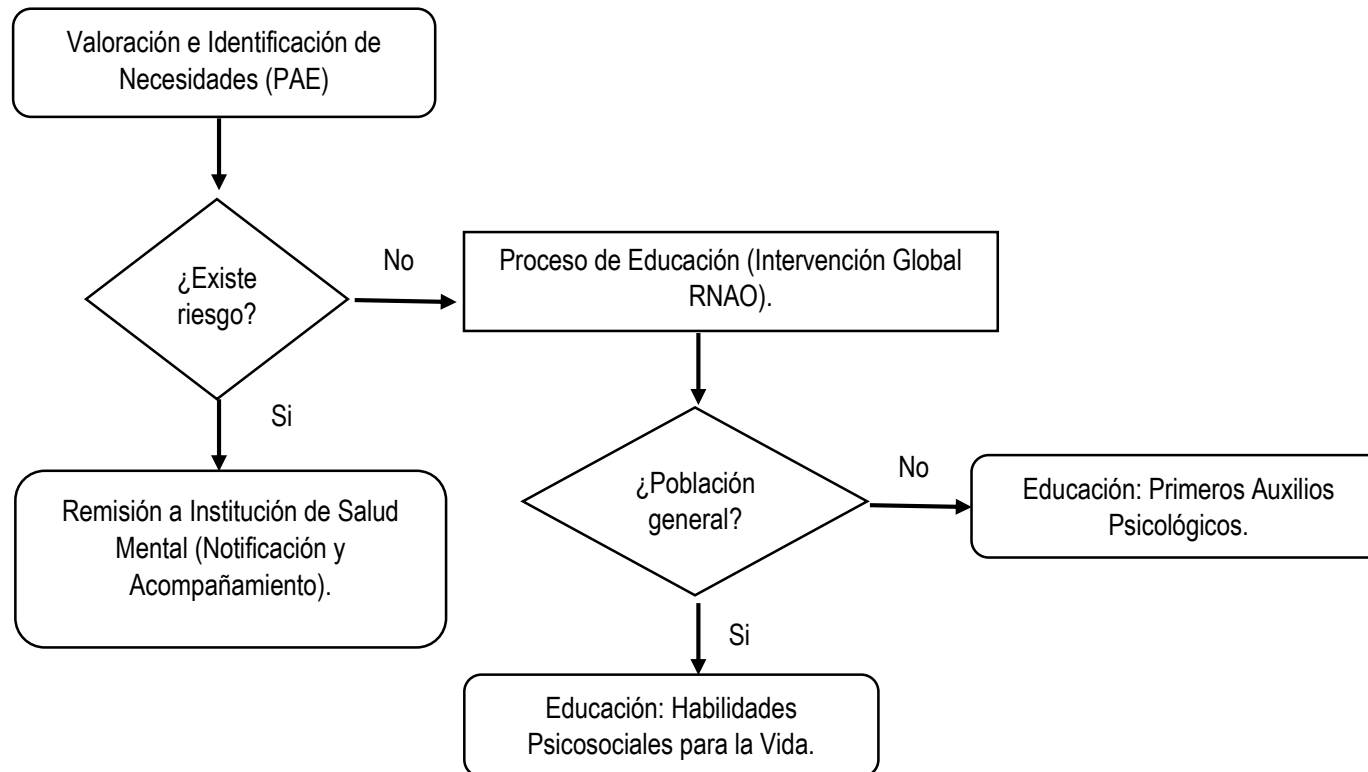
Nombre	Proceso de Educación.
Código	0001.
Justificación	Permite evaluar las acciones propias del proyecto y sus procesos operativos, permitiendo dar seguimiento y monitoreo que permitan dar cuenta del cumplimiento en cantidad y calidad de los planes operativos (intervenciones de educación).
Tipo de Indicador	Operativo – Seguimiento y monitoreo.
Numerador	Número de personas educadas.
Denominador	Total, de personas educadas del municipio de Girón.
Constante	100
Fórmula de Cálculo	Número de personas capacitados sobre el total de personas capacitadas del municipio de Girón por 100.
Unidad de Medición	Porcentaje de docentes educados en PAP del municipio de Girón.
Fuentes de Información	Listas de asistencia a sesiones de educación a docentes, familiares o comunidades del municipio de Girón.
Frecuencia de reporte	Trimestral.
Responsable de la obtención	Enfermera líder de la RIAS.
Estándar/Meta	100%
Observación	Este indicador se ajusta para diferenciar a la población educada según lo planteado en la RIAS en los distintos entornos a intervenir.

Tabla 9. Diseño del Modelo Educativo.

Entorno donde se desarrollará la intervención	Ámbito Territorial	Población	Resultados en Salud	Capacidad	Contenido	Subcontenidos	No de Ciclos y Sesiones	Formas de Evaluación	Condiciones de lo Didáctico
Familiar Educativo Comunitario	Urbano	General	Población en general con HpV para la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida.	La población en general identifica, reflexionan e involucran las HpV en su cotidianidad lo que les permite promover su salud mental y prevenir la conducta suicida.	HpV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoconomiento. 2. Empatía – Resiliencia. 3. Comunicación asertiva. 4. Relaciones interpersonales. 5. Toma de decisiones. 6. Solución de problemas y conflictos. 7. Pensamiento creativo. 8. Pensamiento crítico. 9. Manejo de sentimientos y emociones. 	2C-12S	<p>Cuantitativa: Test de HpV empleado pre-post intervención.</p> <p>Cualitativa: Colcha de retazos. Cartografía social.</p>	Las estrategias de educación en salud mental se ejecutarán a través de: Educación popular, talleres, laboratorios, modelaje de situaciones, construcción participativa de guiones teatrales, foros y debates. Las estrategias de educación en salud mental

						10. Manejo de tensiones y estrés.			se ejecutarán a través de: Educación popular, talleres, laboratorios, modelaje de situaciones, construcción participativa de guiones teatrales, foros y debates.
Familiar Educativo Comunitario	Urbano	Familias Líderes Sociales Docentes	Familias, líderes sociales y docentes especializados en PAP para la identificación temprana de factores de riesgo y atención inmediata del riesgo de ideación y comportamiento suicida.	Las familias, líderes comunitarios y docentes identifican factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas además involucran los PAP en la cotidianidad para la promoción de la salud mental.	PAP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar contacto psicológico (Empatía). 2. Examinar las dimensiones del problema. 3. Analizar las posibles soluciones. 4. Darle seguimiento. 5. Primeros auxilios (Básico). 	1C-12S	Cualitativa: Juego de roles.	

Diagrama 5. Flujograma de Atención - RIAS



5. Formación al Talento Humano:

El empoderamiento del personal de enfermería a nivel comunitario con enfoque en salud mental permite el cumplimiento de objetivos propios establecidos por la legislación en salud mental a nivel país, al utilizar la educación como estrategia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud desde el primer nivel de atención impactando positivamente en los factores de riesgo psicosociales e involucrando al individuo, familia y comunidad en el autocuidado y bienestar. Es por esto, que la formación y asignación de tareas en esta área permitirá reducir el impacto negativo del riesgo de ideación y comportamiento suicida en el municipio de Girón al reducir estigmas sociales y eliminar brechas en la atención en salud. Así mismo, se pretende trabajar interdisciplinariamente al involucrar distintos actores intersectoriales en los planes de formación dirigidos a nivel individual, familiar y comunitario.

6. Validez Interna:

La validez interna, se ejecutó a través de valoración crítica del diseño de la ruta integral de atención en salud por profesionales de enfermería con especialidades y maestrías a fines con el área de salud mental encontrando los siguientes aportes que se adjuntaron al diseño final:

- 6.1.** En el flujograma de la ruta, en lo referente a la educación para la salud, se sugiere incluir dentro de las temáticas, psicoeducación en temas claves relacionados con trastornos afectivos que puedan generar la ideación suicida como síntoma. Se sugiere tomar de guía lo propuesto en la guía MhGAP.
- 6.2.** Incluir a la familia explícitamente dentro de la ruta, se sugiere dejar clara la importancia de este como principal red de apoyo.
- 6.3.** Incluir en el flujograma de la ruta, la resiliencia como parte del manejo integral abordado a lo largo del documento.
- 6.4.** Fomentar la interdisciplinariedad en la ruta de atención para evitar el rechazo de la misma.

Asociado a lo anterior, los expertos mencionan que la ruta integral de atención para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida es factible y responde con las necesidades enmarcadas por la comunidad, así mismo, permite el empoderamiento del personal de enfermería y fomenta una atención integral desde el primer nivel de atención.

Así mismo, se plantean indicadores de estructura y resultado que permitan la evaluación del diseño y la medición de su efectividad y alcance.

Tabla 10. Evaluación Interna.

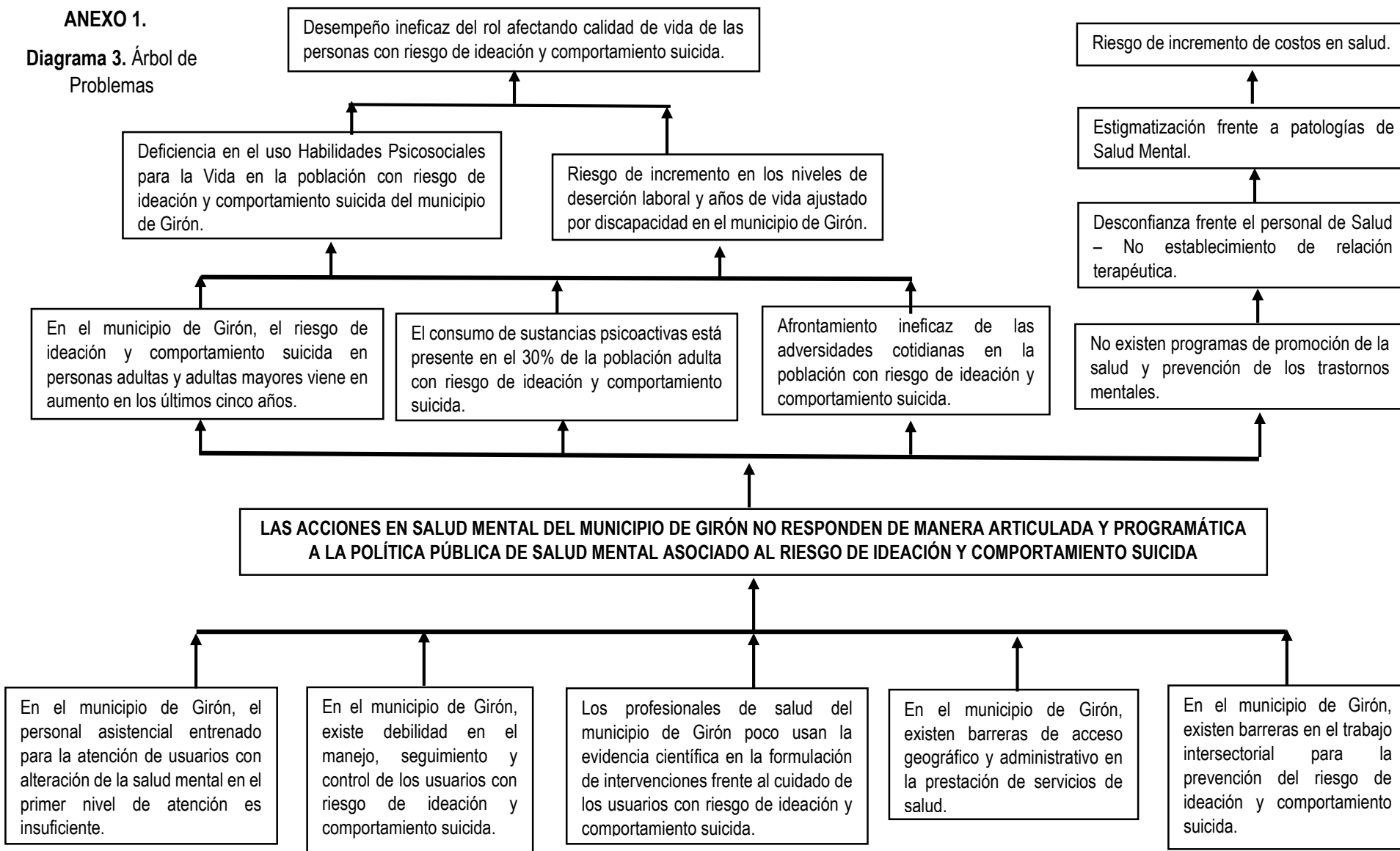
OBJETIVO	ELEMENTO A EVALUAR	NOMBRE DEL INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN DEL INDICADOR
Evaluar las intervenciones intersectoriales encaminadas a la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida en el municipio de Girón.	Estructura	Proporción del personal enfermero capacitado para la atención de la población en general y en riesgo.	# de personal enfermero capacitado para la atención sobre el total del personal de enfermería por 100%.
	Resultado	Incidencia de intentos de autolesión en población adolescente, adulta y adulta mayor intervenida por la RIAS.	# de casos nuevos de intentos de autolesión sobre el número total de población intervenida por la RIAS por 100.
		Incidencia de suicidio en población adolescente, adulta y adulta mayor intervenida por la RIAS.	# de casos nuevos de suicidio sobre el total de población intervenida por la RIAS por 100.
		Proporción de adolescentes, adultos y adultos mayores intervenidos por las RIAS que siguen adecuadamente las recomendaciones educativas.	# de adolescentes, adultos y adultos mayores intervenidos por las RIAS que siguen adecuadamente las recomendaciones sobre el total de población intervenida por la RIAS por 100.

CONCLUSIONES

1. El desarrollo de la ruta integral de atención en salud para la prevención del riesgo de ideación y comportamiento suicida permite un abordaje integral desde el enfoque comunitario al hacer uso de la educación en salud a nivel intersectorial donde se pretende generar conocimientos y prácticas transformadoras a nivel individual, familiar y colectivo con el fin de potencializar el afrontamiento positivo a los problemas que impactan de manera negativa en la salud mental y favorecen el riesgo de ideación y comportamiento suicida; lo anterior al reconocer la importancia de la relación terapéutica y el uso de la enfermería basada en la evidencia en los cuidados enfermeros desde el primer nivel de atención. Así mismo, este proyecto enfatiza la visibilidad del enfermero en la salud mental comunitaria al romper un paradigma claramente establecido en el ámbito clínico.
2. El empoderamiento de la familia y comunidad en ámbitos de salud mental generan redes de apoyo efectivas que favorecen la identificación temprana de riesgos y fortalece la búsqueda de ayuda oportuna (PAP) promoviendo la recuperación y la prevención de mayor sufrimiento psíquico, generando mayor sensación de bienestar y calidad de vida al promover el autocuidado y el desarrollo de habilidades que permitan transitar con éxito las adversidades de la vida cotidiana (HpV).
3. El actuar sobre los determinantes sociales en salud y trabajar desde la intersectorialidad permite eliminar el estigma social frente al riesgo de ideación y comportamiento suicida al generar ambientes sociales seguros desde el entorno familiar, educativo y comunitario, construido en base a intervenciones que contribuyan al empoderamiento y autocuidado individual y colectivo potencializando estilos de vida saludables al minimizar los factores de riesgo psicosociales (violencias, problemas económicos y consumo de sustancias psicoactivas) identificados por líderes comunitarios del municipio de Girón.

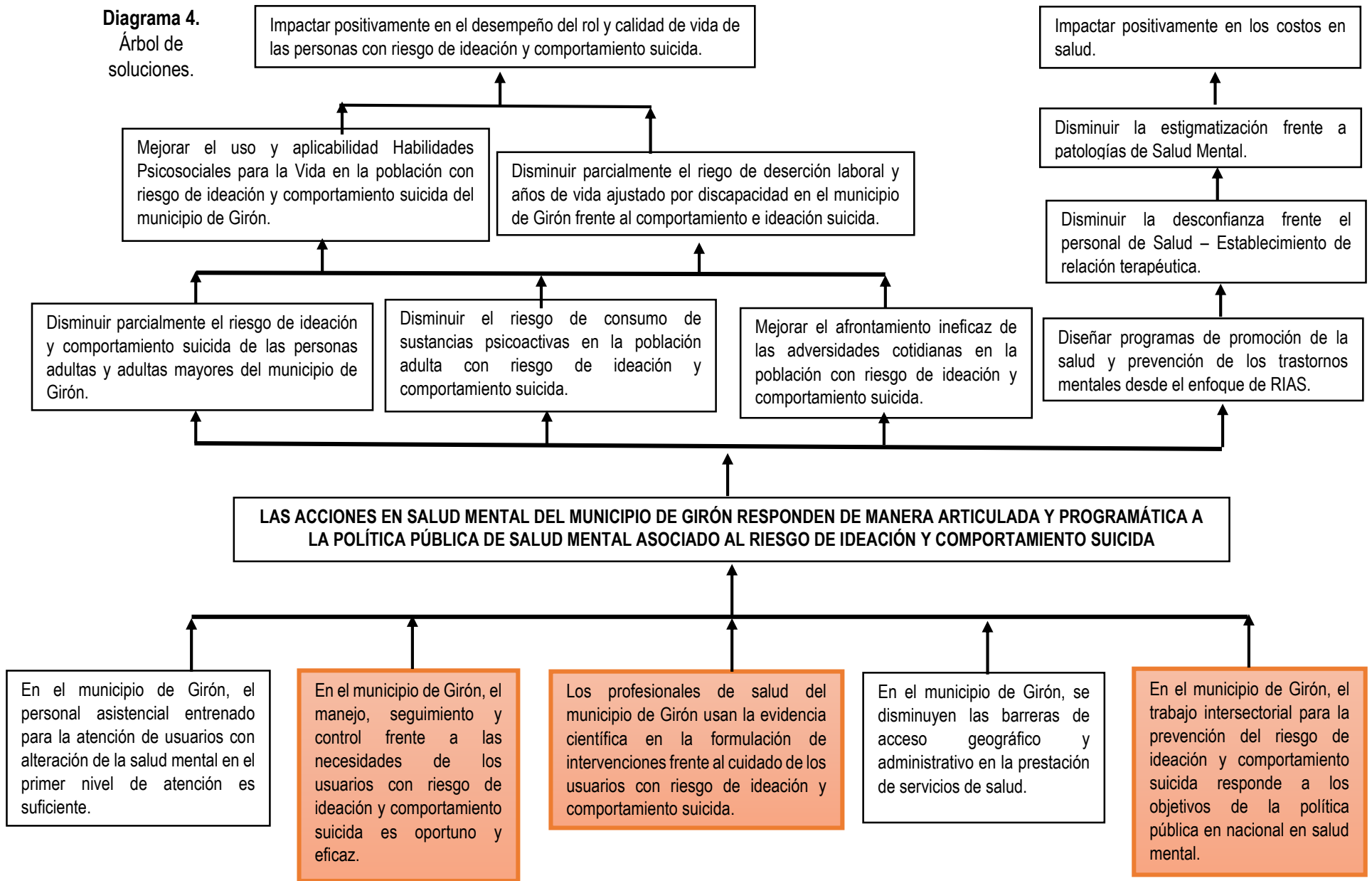
ANEXO 1.

Diagrama 3. Árbol de Problemas



ANEXO 1.

Diagrama 4.
Árbol de soluciones.



ANEXO 2.

Tabla 11. Matriz de Análisis Estructural.

Problemas	Motricidad												
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Motricidad
Las acciones en salud mental del municipio de Girón no responden de manera articulada y programática frente a la política pública de salud mental asociado al riesgo de ideación y comportamiento suicida.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
En el municipio de Girón, no existen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en patologías mentales.	1		1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	9
En el municipio de Girón, el riesgo de ideación y comportamiento suicida en personas adultas y adultas mayores viene en aumento en los últimos 5 años.	0	0		0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
En el municipio de Girón, el personal asistencial entrenado para la atención de usuarios con alteración de la salud mental en el primer nivel de atención es insuficiente (ESE – San Juan de Dios).	1	1	1		1	1	0	1	1	1	1	1	10
El consumo de sustancias psicoactivas en la población del municipio de Girón está presente en el 30% de la población adulta con riesgo de ideación y comportamiento suicida.	0	0	1	0		0	0	1	1	0	0	1	4
Los mecanismos de notificación del riesgo de ideación y comportamiento suicida establecidos en el municipio de Girón resultan ineficaces e ineficientes.	1	1	1	1	0		0	0	0	1	0	0	5
En el municipio de Girón, existen barreras de acceso geográfico y administrativo en la prestación de servicios de salud en los usuarios con riesgo de ideación y comportamiento suicida (NO cuentan con EPS asignada, zonas rurales).	1	0	1	0	1	1		1	1	1	1	1	9
En el municipio de Girón el 25% de las familias y cuidadores de los usuarios con riesgo de ideación y comportamiento suicida presentan estigmas frente a la salud mental (Creencias religiosas e imaginativas).	0	0	1	0	1	0	0		1	0	0	1	4
En el municipio de Girón, los usuarios con riesgo de ideación y comportamiento suicida han presentado al menos un intento de autoagresión.	0	0	1	0	1	0	0	1		0	0	1	4
En el municipio de Girón, existe debilidad en el manejo, seguimiento y control de los usuarios con riesgo de ideación y comportamiento suicida.	1	0	1	0	1	1	0	1	1		1	0	7
Los profesionales de salud del municipio de Girón, poco usan la evidencia científica en la formulación de intervenciones frente al cuidado de los usuarios con riesgo de ideación y comportamiento suicida.	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1		1	8
En la población del municipio de Girón, los adultos y adultos mayores con riesgo de ideación y comportamiento suicida poco conocen e implementan las Habilidades Psicosociales para la Vida.	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0		4
Dependencia	6	3	11	2	10	6	1	10	10	6	5	9	79
Promedio	6,58												

ANEXO 3.

Carta AVAL – Comité de Ética

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN – CIEI
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA



Bucaramanga, abril 26 de 2022

Investigadora
Alima Valentina Ardila Álvarez
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Asunto: Concepto de evaluación ética del proyecto CIEI-UNAB-045-2022 "Ruta integral de atención en salud para la prevención del riesgo suicida en la población de Girón dentro de la adopción de la Política Pública Nacional en Salud Mental haciendo uso de la guía de valoración y cuidado en riesgo de ideación y comportamiento suicida de la RNAO".

Estimada Alima Valentina Ardila Álvarez:

Nos permitimos informarle que con fecha 4 de abril del 2022, y como consta en el acta número 178, el **Comité Institucional de Ética en Investigación- CIEI** se inició la revisión de los documentos enviados por usted del proyecto del asunto, donde se hacían unas recomendaciones. Se han revisado los ajustes sugeridos y se ha decidido otorgar el aval del proyecto en mención.

Definición de Riesgo: Con base en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, se estableció que la presente investigación corresponde a un estudio de riesgo mínimo.

Por el nivel de riesgo expresado el proyecto aprobado deberá presentar reporte de eventos adversos si estos llegaran a ocurrir.

Su calidad de investigador principal implica las siguientes responsabilidades:

- Mantener comunicación con el CIEI acerca del desarrollo del estudio.
- Responder con prontitud los requerimientos del CIEI, por el beneficio del estudio.
- En caso de enmiendas al protocolo o al consentimiento informado, debe notificar al CIEI y solicitarla aprobación respectiva.
- Reportar circunstancias no esperadas, la terminación del estudio, o decisiones significativas tomadas por otros Comités si aplica.
- Informar al comité de ética la culminación del estudio.

Le solicito informar por escrito vía correo electrónico a ciei@unab.edu.co, una vez se inicie la ejecución del proyecto con el fin de establecer en conjunto el seguimiento que el CIEI debe hacerle al proyecto de la referencia.

Atentamente,

Claudia Janeth Uribe Pérez,
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación-
CIEI. Universidad Autónoma de Bucaramanga

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2019.
2. Bedoya, E., & Montaña, L. Suicidio y Trastorno Mental. Rev. CES Psicología. 2016. Vol. 9 (2). 179-201. DOI: [<http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>].
3. Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Gil Lemus LM, Jaramillo LE, García Valencia J, Bravo E Narváez, De la Hoz Bradford AM, Palacio C. Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2013. Vol. 43 (1). 3-11. DOI: [<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.001>].
4. Universidad Industrial de Santander. Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. 2014. Vol. 1 (1). 1-32.
5. MinSalud. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades no Transmisibles. 2018. 2-25.
6. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la psicología clínica. Rev. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 2015. Vol. 33 (2). 117-126.
7. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención MhGAP. 2010. 1-122.
8. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. Colombian Journal of Anesthesiology. 2020;48(4): 9-30.
9. Sanabria-Mazo, JP., Useche-Aldana, B., Ochoa P., Rojas-Guadrón DF., Sanz A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia. Editorial CES. ISBN: 978-958-533688-8-0.
10. Federación Mundial de la Salud Mental. Un mundo desigual. 2020.
11. MinSalud. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo I. 2015. 47-141.
12. Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico mensual – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-CRNV. 2021.
13. Ministerio de Salud de Colombia. SISPRO. Tasas relacionadas con intento de suicidio año 2019-2020.
14. Instituto Nacional de Salud. Intento de Suicidio – Periodo epidemiológico XIII. 2021.
15. Rangel Garzón C, Suarez Beltrán M, Escobar Córdoba F. Escala de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. 2015. Rev. Facultad de medicina. Vol. 63 (4). 707-716. DOI: [[10.15446/revfacmedv63.n4.50849](https://doi.org/10.15446/revfacmedv63.n4.50849)].
16. National Center for Injury Prevention and Control. Prevención del Suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas. 2017. 9-64. [<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackages.pdf>]
17. Centro de Salud Pública. Vivir es la Salud: Plan de Prevención del Suicidio y manejo de la conducta suicida. 2015.
18. Rueda López F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. 2006. 11-33.
19. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high-risk population. Ment Health Subst Use. 2013;6(4):274–86.
20. Rueda López F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. 2006. 11-33.

21. Bustamante F. Florenzano R. Programas de prevención del suicidio en adolescentes en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2013. Vol. 51 (2). 126-136.
22. OPS. Día Mundial de Prevención del Suicidio. 2021.
23. RNAO. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. 2009. 1-126.
24. MinSalud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 104-150.
25. MinSalud. Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Informe técnico periodo 2021-2019. 2020.
26. MinSalud. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 2022. 5-119.
27. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. 2013.
28. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev. CES Med*. 2018; 32(2): 129-140.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018. 2018.
30. Observatorio Nacional de Salud Mental. Guía Metodológica. 2017. 13-23.
31. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria en salud. 2018.
32. Ministerio de Salud de Colombia. Rutas integrales de atención en salud – RIAS. 2016.
33. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. 2015. 1-13.
34. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES – Estrategia para la promoción de salud mental en Colombia. 2020. 1-53.
35. Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 oct [citado 2022 Sep. 02]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es.
36. RNAO. Establecimiento de la relación terapéutica. 2002. 26-31.
37. Ferré-Grau Carne, Montescó-Curto Pilar, Mulet-Valles Magi, LLeixá-Fortuño Mar, Albarca-Riobó Nuria, Adell-Argentó Bárbara. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index Enferm* [Internet]. 2011 Sep [citado 2022 Sep 02]; 20(3): 155-159. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962011000200004&lng=es.
38. OPS. Prevención de la conducta suicida. 2016. Págs. 3-9.
39. OPS. Salud mental en la comunidad. Segunda ed. 2009. Págs. 157-285.
40. MinSalud. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. 2018.
41. Congreso de Colombia. Resolución 3280 de 2018. 2018.
42. OMS, OPS, Mantilla Castellanos L, Chahín Pinzón ID. Habilidades para la vida. 2012. Págs. 25-121.
43. Osorio Vigil A. Primeros auxilios psicológicos. *Rev. Asociación Latinoamericana para la formación y enseñanza de la Psicología*. Vol. 5. 2017.
44. Rodrigo Andrés Figueroa, Paula Francisca Cortés, Humberto Marín, Alvaro Vergés, Rodrigo Gillibrand & Paula Repetto (2022) The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, DOI: 10.1080/20008198.2022.2031829.
45. OMS. Informe mundial sobre la salud mental. Transformar la salud mental para todos. 2022.
46. Congreso de Colombia. Resolución 0518 de 2015. 2015.
47. NNN Consult. Herramienta online para la consulta y diseño de planes de cuidado con NANDA, NOC, NIC [Internet]. Elsevier; 2015.

48. Morales-Romero, A., González-María, E., Ramos-Ramos, M. A., Hidalgo-López, L., Zurita-Muñoz, A. J., Quiñoz Gallardo, M. D. Albornos-Muñoz, L. (2020). Implantación de la valoración y el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida: una Guía de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Enfermería Clínica. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.10.028