

**CAPACITACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS A PERSONAS
CON INTENCIÓN SUICIDA EN EL COLEGIO MARIA AUXILIADORA DEL
SECTOR PRADO CENTRO**

**INTEGRANTES
KATHERYN HENAO MARTÍNEZ
ANA MARÍA RUIZ RAIGOSA**

**DOCENTE
NELCY LORENA VALENCIA ORTIZ**

**TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
QUINTO SEMESTRE
UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2020**

RESUMEN

El presente proyecto consiste en realizar una capacitación enfocada en la búsqueda de una estrategia que disminuya las ideas suicidas en los pacientes comprendidos entre las edades de 15 y 20 años dirigida a los directivos del Colegio María Auxiliadora del sector Prado Centro. Algunas de las causas de este problema de salud pública, se relacionan con las precarias condiciones económicas, trastornos psicológicos y el ambiente social de las personas en condición de riesgo, el desconocimiento de un adecuado manejo del suicidio y la falta de educación sobre este tema.

Contenido

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	5
1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA	5
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
2. REFERENTE TEÓRICO	9
2.1 Definiciones	9
2.1.1 Conducta suicida	9
2.1.2 Ideación suicida (13)	9
2.1.3 Plan suicida	9
2.1.4 Intento de suicidio	9
2.1.5 Suicidio	9
2.1.6 Tóxico	9
2.1.7 Intoxicación	10
Agentes tóxicos y no tóxicos para consumir el suicidio	11
Agentes tóxicos	11
Agentes no tóxicos	11
Mitos sobre el suicidio	12
ERRORES EN LA INTERVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS:	12
SEÑALES DE ALARMA	13
VERBALES	13
NO VERBALES	13
¿QUÉ HACER?	14
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo general	17
3.2 Objetivos específicos	17
3.3 Productos esperados.	17
4. METODOLOGÍA	18
4.1 Enfoque	18
4.2 Tipo de estudio	18
4.3 Metodología	18
5. RESULTADOS	19

6. CONCLUSIONES	21
7. RECOMENDACIONES	21
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	23
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
11. PRESUPUESTO	26
11.1 CRONOGRAMA	27

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA

El colegio María Auxiliadora ubicado en el sector Prado Centro de la ciudad de Medellín se fundó el 15 de enero de 1915, bajo la dirección de la Hermana Honorina Lanfranco y un grupo de Hermanas encargadas del Jardín Infantil y las clases elementales y primeros grados de Secundaria. Gobernaba la República de Colombia el Doctor José Vicente Concha.

El colegio cuenta con aproximadamente 800 alumnas y 50 administrativos entre docentes, secretarias, coordinadores, y personal del aseo. Su misión es ofrecer una propuesta educativa siguiendo los principios, valores y criterios del Sistema Preventivo de San Juan Bosco y de Santa María Mazzarello. Su finalidad es la “formación de buenos cristianos y honestos ciudadanos”, personas nuevas que valen por su dignidad y potencian sus recursos, formadas integralmente para afrontar con fe y competencia las diferentes alternativas que la iglesia y la sociedad de hoy les proponen. (1)

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importante que predispone al comportamiento suicida. Las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren.

Los problemas mentales más a menudo asociados a los comportamientos suicidas son la depresión y los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia. (2)

Durante los 104 años que lleva funcionando el colegio no se tienen registros puntuales de casos sobre intento suicida por parte de los estudiantes.

Pese a que no se han presentado casos, la rectora del colegio María Auxiliadora manifiesta gran interés en la realización de la capacitación dirigida a los docentes ya que es un tema del cual no tienen mucho conocimiento y que actualmente las cifras de estos casos han ido aumentando y no se descarta la posibilidad de que pueda presentarse en el colegio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (3)

El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Este tema es un grave problema de salud pública; sin embargo, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

La Organización Mundial de la Salud-OMS, estima que “la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se señala de un 3% al 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio”. (4)

Según el National Mental Health Information Center, el suicidio fue la tercera causa de muerte en jóvenes en los Estados Unidos de 15 a 24 años a inicios de este siglo. Además, estudio evidenció que por cada suicidio concretado se presentaron de ocho a 25 intentos. (5)

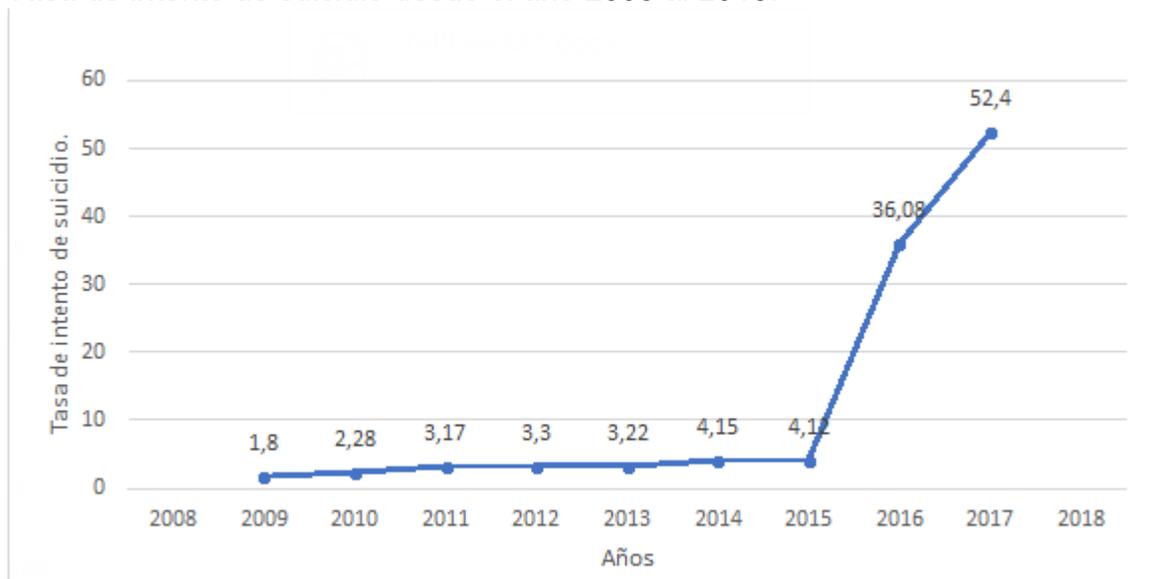
Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego.

El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio. (6)

El número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinflingidas intencionalmente en todos los servicios de salud, de 2009 a 2017 (el dato del último año es preliminar), fue de 36.163 casos, con un promedio de 8.036 casos por año. (7)

La tasa de intento de suicidio reportada en SISPRO para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016 y en 2017 la tasa (preliminar) es de 52,4. Cabe mencionar que el aumento significativo en los registros a partir del año 2016 puede estar asociado a que a partir del 1 de enero de ese año se inició la vigilancia de este evento a nivel nacional en el SIVIGILA. (7)

Tasa de intento de suicidio desde el año 2008 al 2018:



Fuente: Elaboración propia

En la distribución de las tasas de intento de suicidio, por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo, son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años.

Tasa de intento de suicidio por grupos de edad:

EDAD	AÑOS							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
De 10 a 14 años	0,83	1,07	1,56	1,62	1,76	2,13	2,86	50,94
De 15 a 19 años	2,53	3,89	5,27	5,21	5,13	6,78	7,49	114,5
De 20 a 24 años	2,02	2,58	3,35	4,08	3,59	4,84	4,12	80,51

Fuente: Elaboración propia

Según datos de un estudio población en salud mental en Medellín entre 2011-2012, el grupo poblacional entre los 13 a 18 años presentó la prevalencia más alta de ideación suicida, siendo esta del 14,1%. Así mismo, en este grupo de edades se presentó que un 5,9% habían planeado el suicidio.(8)

Bajo este panorama, realizar acciones de intervención frente a las acciones para llevar a cabo una buena atención inicial a escolares es pertinente. Dado que los

escolares pasan gran parte de su tiempo en las instituciones educativas, es importante que el personal docente conozca las herramientas y la forma de actuar ante esta situación.

Por lo tanto, el objetivo de este proyecto es proporcionar mediante una estrategia educativa elementos para la atención inicial a un paciente con intención suicida a docentes del colegio María Auxiliadora de la ciudad de Medellín.

Según la descripción general del problema, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo por medio de la educación podemos dar la atención primaria a un paciente intoxicado con intención suicida?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida es un conjunto de eventos complejos, que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio consumado, tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad, y sus efectos son duraderos. Se encuentra asociada a diversos factores de riesgo que pueden ser intervenidos con acciones específicas que abarcan el espectro de la promoción de la salud mental, la prevención y atención a los problemas y trastornos mentales, involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil, que permita evitar así los desenlaces fatales.

Con esta capacitación se espera abordar el tema de manera integral y proporcionar a los docentes del colegio María Auxiliadora información que permita orientar al manejo inicial que deben tener con los jóvenes que han tenido una ideación suicida. También se pretende llegar a la comunidad en general por medio de recursos virtuales para que identifiquen cuales son los grupos poblacionales vulnerables y los signos de alarma haciendo énfasis en primeros auxilios psicológicos.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 Definiciones

2.1.1 Conducta suicida: Es una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado.

2.1.2 Ideación suicida: Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas.

2.1.3 Plan suicida: Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento.

2.1.4 Intento de suicidio: El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

2.1.5 Suicidio: Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento.

2.1.6 Tóxico: Es aquella sustancia que cuando se encuentra en una determinada concentración en el organismo de los seres vivos provoca un daño. (9)

2.1.7 Intoxicación: Es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño, el grado de intoxicación dependerá tanto de la cantidad de veneno/tóxico ingerido como de las características propias de la persona (edad, peso, obesidad, etc.)

Los motivos más comunes por los que se comete el suicidio son producidos como consecuencia de acontecimientos estresantes de la vida. Lo que una persona joven percibe como algo grave e insuperable, a un adulto puede parecerle leve, por ejemplo, los problemas en la escuela o la pérdida de una amistad. (10)

En algunos casos, un niño o un adolescente puede tener pensamientos suicidas debido a determinadas circunstancias de la vida sobre las que no quiere hablar, entre ellas: trastornos psiquiátricos, depresión, pérdida que involucre un familiar o amigo cercano, antecedentes de maltrato físico, abuso sexual, problemas de alcoholismo o drogodependencia, entre otros. (11)

La población joven representa el 43% de los suicidios en Colombia. Durante el 2019 se han reportado 1.024 suicidios, de los cuales 447, cerca de la mitad del total de casos, corresponden a niños, adolescentes y jóvenes que figuran como principales víctimas. De estos, 125 son menores de 18 años: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Los niños, adolescentes y jóvenes son las principales víctimas de los suicidios ocurridos en lo corrido del 2019, teniendo en cuenta los reportes publicados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El mismo informe revela que la población entre los 20 y 24 años ocupa el primer lugar destacándose como el grupo de riesgo mayoritario "... son los que más reinciden en actos suicidas y esto es una tendencia que preocupa porque aumenta considerablemente y se convierte en un factor que pone cada vez más en peligro a la juventud", aseguró el Dr. Javier Quintero, experto en asuntos de salud mental de Medimás EPS.

Con 171 casos, Antioquia ha sido el departamento más afectado, seguido de Bogotá (153), Valle del Cauca (92), Cundinamarca (66) y Santander (56). La zona de los Llanos Orientales es la que reporta el menor número de muertes por autolesiones. (12)

Agentes tóxicos y no tóxicos para consumar el suicidio

Agentes tóxicos

Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparksonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no especificados en otra parte.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición al alcohol.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a disolventes a otros gases y vapores.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas.
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados.

Fuente: Elaboración propia

Agentes no tóxicos

Lesión autoinflingida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
Lesión autoinflingida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.
Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de arma corta.
Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.
Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.
Lesión autoinflingida intencionalmente por material explosivo.
Lesión autoinflingida intencionalmente por humo, fuego y llamas.
Lesión autoinflingida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes.
Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto cortante.
Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto romo o sin filo.
Lesión autoinflingida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.
Lesión autoinflingida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento.
Lesión autoinflingida intencionalmente por colisión de vehículo de motor.
Lesión autoinflingida intencionalmente por otros medios especificados.
Lesión autoinflingida intencionalmente por otros medios no especificados.

Fuente: Elaboración propia

Mitos sobre el suicidio

Existen muchas ideas erróneas y prejuicios sobre la conducta suicida, estos mitos se contradicen con lo que nos muestra la realidad (OMS, 2014).

Conocer algunas de estas creencias erróneas y acercarnos a la realidad del suicidio nos permitirá poder dar un apoyo más efectivo a familiares y/o amistades que se encuentran en una situación de riesgo, o incluso a nosotros mismos.(13)

1. "Hablar sobre el suicidio puede incitar a cometerlo"
2. "Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice"
3. "Quien se suicida tiene una enfermedad mental"
4. "La persona con conducta suicida está decidida a morir"
5. "Sólo la gente mayor y las personas con problemas graves se suicidan, por tanto, en la infancia y la adolescencia no se suicidan"
6. "Quien intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida"
7. "Sólo profesionales de psiquiatría pueden prevenir el suicidio"
8. "El suicidio no se puede prevenir"
9. "Acercarse a una persona en crisis suicida sin preparación para ello es perjudicial"

ERRORES EN LA INTERVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS:

Este tipo de encuentros terapéuticos son los que más impactan, sobre todo en el terapeuta joven, porque pueden movilizar aspectos no deseados de su personalidad. La muerte y la locura son los dos temores universales del ser humano, pues ambas realidades conducen a la destrucción irreversible en la muerte; con posibilidad de retorno en la locura).

Por esto, ante la alternativa del suicidio, el terapeuta puede tomar diversas actitudes defensivas:

1. Pasar de largo
2. Racionalización
3. Angustiar al consultante
4. Omnipotencia

SEÑALES DE ALARMA

En la mayoría de los casos de suicidio, antes de consumarlo, se evidencian una serie de síntomas y signos que posibilitan la detección del riesgo de suicidio. De ahí la importancia de conocer este tipo de señales para detectar este riesgo y aplicar las pautas de prevención desde su entorno más cercano.

Esto no significa que en todos los casos de suicidio aparezcan este tipo de señales, aunque es importante conocerlas para poderlas detectar.

Es fundamental prestar atención a los cambios de comportamientos de familiares, personas queridas, amistades, etc., manifestados en:

VERBALES

Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro o relacionadas con el acto suicida o la muerte.

Expresan estar solos y aislados y se ven incapaces de sobrellevar su vida cotidiana, con sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y desesperanza.

Despedidas verbales o escritas.

“Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”

Realizan comentarios a personas cercanas sobre su insatisfacción y poca voluntad de vivir.

En muchas ocasiones, esto ocurre antes de que se los hagan a profesionales sanitarios, por eso es importante conocer y obtener información del entorno personal de la persona en riesgo.

Amenazan o comentan a personas cercanas su intención.

Superando el mito de que quienes se quieren suicidar no lo dicen, esto se podría entender como una petición de ayuda.

NO VERBALES

Cambio repentino en su conducta.

Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas superior a lo habitual y frecuencia inusual. Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Considerarlo como mejoría puede ser un error; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente. _

Alteraciones del estado de ánimo.

Estando con depresión, se mejora de forma repentina e inesperada, momento en el cual pueden sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.

Cerrar asuntos pendientes, preparación de documentos, regalar objetos muy personales, etc.

Este tipo de actividades se consideran compatibles con preparativos para quitarse la vida.

Aislamiento personal y social.

La pérdida de interés por sus aficiones, apariencia física personal, obligaciones laborales, familiares y de amistad, suelen considerarse como señales de riesgo.

Recolección de información sobre el suicidio.

En ocasiones, la persona afectada realiza acciones de recolección de información sobre formas de autolesionarse y métodos de suicidio.

Adquisición de posibles medios lesivos.

Pueden adquirir de forma repentina útiles considerados posibles medios lesivos que les puedan ayudar al suicidio, sin ningún tipo de motivación aparente.

Es posible que las personas que están en riesgo de comportamiento suicida no busquen tratamiento por muchas razones:

1. Creen que nada va a ayudar.
2. No desean contarle a nadie que tienen problemas.
3. Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad.
4. No saben adónde acudir por ayuda

¿QUÉ HACER?

1. Como en toda actuación de emergencia la primera obligación será “asegurar la escena”, esto es, garantizar la seguridad del equipo interviniente y del contexto. En el caso de una persona que está amenazando con suicidarse, habrá que valorar la posibilidad de que también ocasione daños a terceros, incluso homicidios, ya que muchas de estas personas estarán centradas exclusivamente en su objetivo suicida, sin importarles otros daños colaterales.
2. Al enfrentarnos a esta situación, aunque no contamos con mucho tiempo, deberemos recabar el máximo de información relevante: posibles causas, datos

sociodemográficos, nombre, actividad profesional, incluso gustos y preferencias. Si es posible, nos podrían informar discretamente (auricular telefónico). No se aconseja la intervención directa de terceros conocidos, o no, de la persona que intenta suicidarse.

3. Tenemos que establecer una comunicación verbal y no verbal. No se trata de “razonar”: posiblemente la persona tenga buenas razones para acabar con su vida. Se trata de “ganar tiempo” para cambiar su estado emocional y para controlar su impulsividad.
4. A continuación, daremos los siguientes pasos: primero personalizar, saber cómo se llama y presentarnos; segundo, establecer contacto verbal y, si puede ser, visual ya que nuestra “arma” es la palabra, hablar hasta que pueda haber un contacto físico que garantice el éxito de la acción; tercero, deberemos establecer una pre-evaluación del caso en función de la edad, sexo, método utilizado (precipitación, uso de arma, otros) y conocer la motivación, posible causa, antecedentes, etc.
5. Hay que intervenir con sentido común, pero no está de más tener unas pautas de actuación. Algunas de las técnicas serían las siguientes:
 - a) Nuestra actitud debe ser empática de respeto e interés, con calidez y afecto, aproximándonos lentamente, permitir llorar (relajación) y enfadarse, no permitir gritar (descontrol emocional).
 - b) Distracción: preguntas del tipo ¿te encuentras bien?, ¿tienes frío?, ¿quieres algo?, pueden cambiar el foco de atención suicida y hacerle sentirse atendido y cuidado.
 - c) En caso necesario, hacer explícito el control emocional: ¡tranquilo!
 - d) Preguntarle el porqué de su conducta con preguntas directas y cortas: esto hace explícita la situación, la objetiviza para la persona y la tranquiliza, también nos ayuda a valorar el riesgo.
 - e) Escucha activa (nosotros frases cortas, no debemos hablar más que la persona): debe hablar la persona y notar que le atendemos. Podemos repetir parte de sus palabras: ¿eso es lo que crees? ¿qué pasó?, “te entiendo”, el silencio también actúa.
 - f) Hablar en positivo: “te vamos a ayudar”, “tienes derecho a sentirte mal”. No debemos decir: “no pienses en eso”, “no llores”, “no lo hagas”, etc.
 - g) Atender a su conducta no verbal. Si es lesiva decir: ¡piénsalo!
 - h) Conocer sus pensamientos y cambiar distorsiones cognitivas: esto es lo más difícil por la falta de tiempo y la dificultad del momento.

- i) Crear ambivalencias: Ponderar aspectos positivos y negativos de la acción suicida. Despertar motivaciones tanto positivas como negativas. Las consecuencias del suicidio harán sufrir a determinadas personas, pero también puede existir la posibilidad de que con esta conducta se dé satisfacción a un enemigo: ¿se resolverán los problemas?, ¿sufrirán otras personas?, ¿no hay otra salida?, Además, hacer énfasis de que su acción podría no tener las consecuencias esperadas, por ejemplo, quedarse con secuelas físicas irreversibles (tetrapléjico).
- j) ¿Cómo se convierte la adversidad en ventaja? La crisis como una oportunidad de crecer y de aprender, los problemas no se resuelven desapareciendo, la vida puede ofrecer otra oportunidad.
- k) Irse ganando la confianza, acercándose despacio y pidiendo permiso.
- l) Ganar tiempo (no poner límite): ¿quieres que hable con alguien?, ¿necesitas algo?, ¿sabes que han preguntado por ti?
- m) Empatía: transmitirle que le entendemos, sobre todo su estado emocional, aunque no compartimos su decisión final. Es importante que no se sienta prejuizado.
- n) Intentar cambiar sus emociones: con toda seguridad el paciente parte de una emoción negativa (tristeza y/o ira) convertida en autoagresividad. El proceso sería cambiarlo a “heteroagresividad verbal” (echar la agresividad fuera) y de aquí a emociones positivas o neutras: “calma”, “lo vamos a pensar mejor”.
- o) Efecto paradójico: ayudarle a verbalizar sus pensamientos y miedos, las emociones pierden fuerza cuando se les da un nombre.
- p) Negociar: buscar posibles salidas compatibles con la vida. Ofrecerle ganancias reales y posibles que puedan ser interesantes para la persona a cambio de la desestimación de su conducta: “te pondremos en contacto con esa persona”, “te vamos a ayudar a que no se vuelva a dar esa situación”, “¿qué podemos hacer por ti?, etc.
- q) Si se consigue el rescate, debería ser trasladado sedado por una unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil a un centro hospitalario para su estudio y tratamiento, así como para su posterior seguimiento.(13)

3.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Proporcionar mediante una estrategia educativa elementos de prevención y manejo inicial del paciente con intento suicida a los docentes del Colegio María Auxiliadora del sector Prado Centro (Medellín) en el segundo trimestre del 2020.

3.2 Objetivos específicos

- Proporcionar información adecuada sobre los primeros auxilios psicológicos para poder actuar de manera oportuna y eficaz.
- Gestionar recursos desde la modalidad virtual para proporcionar las herramientas en la capacitación que se llevará a cabo.

3.3 Productos esperados.

Se espera que la totalidad de las personas capacitadas en el Colegio María Auxiliadora dictado por el equipo interventor por medio de un video interactivo estén en capacidad de reaccionar de manera adecuada frente a una situación de intento suicida dentro o fuera de la institución, además, que sepan atender de forma correcta las necesidades básicas del paciente afectado y la atención de los mismos con temas previamente elegidos con el grupo de interés; sin embargo, también se espera que los participantes sepan en general atender cualquier situación de estas.

Para lo anterior, se hace necesario activar protocolos de evaluación que se realizarán en modalidad virtual al finalizar la sesión, con el fin de identificar que los participantes al curso están aprendiendo los temas y/o acciones de cómo deben ser realizadas.

4.

METODOLOGÍA

4.1 Enfoque

Enfoque Ad hoc.

4.2 Tipo de estudio

Proyecto de intervención.

4.3 Metodología

La intervención se realizará de manera virtual por medio de un video educativo al que las personas que deseen podrán tener acceso. Dicha intervención se hará por parte del equipo interventor.

Temas a tratar durante la capacitación:

1. Conceptos básicos.
2. Factores de riesgo.
3. El desencadenamiento de la crisis suicida.
4. Métodos para consumar el suicidio.
5. Mitos sobre el suicidio.
6. Detección del riesgo suicida.
7. Manejo inicial del paciente con intención suicida.

5. RESULTADOS

Como resultado a los productos esperados se realizó un video educativo con la siguiente información:

1. Saludo inicial a la comunidad.
2. Definiciones
3. Pasos para dar una respuesta inicial descritos en la página 11 de este proyecto.
4. Conclusiones y despedida.



Fuente: Elaboración propia

Link del video:

<https://www.youtube.com/watch?v=nETnpxp5Yp0>

Como otro producto se desarrolló un esquema para la toma de decisiones que los docentes del colegio podrán tener en cuenta ante estas situaciones.



Fuente: Elaboración propia

6.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el suicidio siempre ha sido un tema escaso a tratar por parte de las instituciones educativas, en este documento la intención que se tiene es conocer más sobre esta actual problemática en la que muchos jóvenes se están viendo afectados. Es importante tener en cuenta que con conocimientos básicos se pueden hacer cambios muy grandes y evitar así que la persona implicada recurra al suicidio.

Ante la pandemia actual, el hecho de no poder impactar a una comunidad de manera presencial no quiere decir que no haya otras alternativas para hacerlo.

La actual crisis enseña que se debe innovar en la manera en cómo vamos a intervenir a las comunidades cada vez que las condiciones actuales no nos lo permitan.

Las Instituciones de Salud acompañadas por el Gobierno deben trabajar de la mano, para que se permita establecer un protocolo único para la intervención en momentos de una crisis.

Si bien en el video tratamos de ser específicas en la información dada lo que realmente pretendíamos era mostrar un lado más humano dejando a un lado los prejuicios a cerca del suicidio y sobre todo dar una mano amiga para abordar este tema que ha estado en aumento en los últimos años.

7.

RECOMENDACIONES

Se deben dejar a un lado los mitos que se tienen sobre el suicidio para una buena atención ante estas situaciones.

Cada colegio debería optar por realizar capacitaciones para padres y docentes acerca del tema, y a los estudiantes a que no se sientan juzgados sino más bien que sepan que lo que se pretende es ayudarlos y que entren en razón.

8.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se determina que este proyecto no es de riesgo para los presentes, toda vez que, las actividades a realizar no empleen técnicas invasivas al ser humano ni ninguna modificación fisiológica y/o biológica.

Por lo anterior se tienen en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- 1. Beneficencia:** Hacer el bien con la obligación moral de actuar en beneficio de los demás.
- 2. No maleficencia:** Prevenir y no producir daño a las personas presentes.
- 3. Confidencialidad de datos:** Los datos personales que sean requeridos serán archivados y solo serán divulgados con autorización de la persona implicada.
- 4. Voluntariedad:** Toda persona que desee ver el video lo hará de manera voluntaria.

9.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Con el fin de dar claridad a los aspectos administrativos, se dispondrá de tablas donde se plasme la información requerida como el cronograma y presupuesto. Ver anexos.

10.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colegio Maria Auxiliadora [Internet].Medellín: Colegio Maria Auxiliadora. 2015 [citado 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://colegiomariaauxiliadora.edu.co/index2.php?id=28903&idmenutipo=3364&tag=col>
2. Colombia. Ministerio de Salud. Programa Nacional de prevención del suicidio orientaciones para su Implementación. MINSAL, 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenscion.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. Colombia. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. MINSALUD,2018.Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
5. Cammarata CM. Acerca del suicido en los adolescentes [Internet]. KidsHealth from Nemours. 2020 [citado 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/suicide-esp.html>
6. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet].. 2019 [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
7. Organización Mundial de la Salud. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. MINSALUD,2018.Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
8. Torres de Galvis, Y., Posada-Villa, J., Mejia-Montoya, R., Bareño-Silva, G., Sierra- Hincapié, M., et al. Primer estudio poblacional de salud mental [internet]. Medellín: Torres de Galvis,Y; 2011-2012 [citado 25 de noviembre de 2020], Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/C0031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
9. Diaz A. Intoxicación [Internet]. web consultas. 2020 [citado 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/salud-al->

dia/intoxicaciones/intoxicacion-10743

10. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de atención primaria de intoxicaciones., 2002. Disponible en: file:///C:/Users/Administrador/Documents/3.TERCERO%202019-01/Manual-de-Atenci%C3%B3n-Primaria-de-Intoxicaciones.-Tomo-II-Parte-Especial.html
11. Mayo Clinic. Suicidio y pensamientos suicidas [Internet]. MAYOCLINIC. 2018 [citado 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378048>
12. La Gran Noticia. Población joven representa el 43% de los suicidios en Colombia [Internet]. La gran noticia. 2019 [citado 25 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.lagrannoticia.com/notas-de-aqui-y-de-alla/43148-poblacion-joven-representa-el-43-de-los-suicidios-en-colombia>
13. Min Salud. Prevención del suicidio, guía informativa para personas usuarias y familiares. Generalitat, 2018. Disponible en: file:///C:/Users/Administrador/Documents/3.TERCERO%202019-01/GU%C3%8DA-SUICIDIO-USUARIOS-Y-FAMILIARES_1.html

11. PRESUPUESTO



DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
Presupuesto

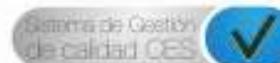
TÍTULO DEL PROYECTO										PRESUPUESTO GENERAL			
RUBROS										ENTIDAD 2			
										DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO		ENTIDAD 2	
										Dinero	Especie	Dinero	Especie
PERSONAL										\$ 200.000,00		\$ 150.000,00	
VIAJES										\$ 14.000,00			
MATERIALES E INSUMOS										\$ 8.100,00			
SERVICIOS TÉCNICOS										\$ 208.000,00			
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO										\$ -			
EQUIPOS Y SOFTWARE										\$ 200.000,00			
SALIDAS DE CAMPO										\$ -			
TOTAL										\$ 630.100,00		\$ 150.000,00	
PRESUPUESTO DETALLADO										DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO			
Cédula del participante	Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Rol en el proyecto	Tipo de participante	Actividades a realizar en el proyecto	Horas mensuales dedicadas al proyecto	Nº de meses	Valor / hora	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO		ENTIDAD 2 - Colegio		
									Dinero	Especie	Dinero	Especie	
1,028E+08	Katharyn Henao Martínez	Bachiller	Investigador principal	Estudiante de pregrado	Exposición del tema y acompañamiento	5	1	\$ 30.000	\$ 150.000		\$ 75.000		
1,152E+09	Era María Ruiz Ragoza	Bachiller	Investigador principal	Estudiante de pregrado	Exposición del tema y acompañamiento	5	1	\$ 30.000	\$ 150.000		\$ 75.000		

11.1 CRONOGRAMA



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
Cronograma



DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES	1 MES																									
<small>Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades propias de la ejecución del proyecto (Aquellas posteriores a su aprobación)</small>																										
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	MES																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Capacitación sobre intoxicación por medicamentos con intención suicida a docentes del colegio María Auxiliadora																										
Actividad evaluativa con reconocimiento de sustancias tóxicas y posible manejo Prehospitalario																										
Entrega de material virtual y físico para complementar los temas enseñados.																										