



**Desafíos y Necesidades del Servicio de Emergencia y Salud Mental ante Casos de Intento
Suicida en el Hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez**

Lorraine Isa

Universidad Iberoamericana (Unibe)

Proyecto de investigación para optar por el título de Especialidad en Intervencione en
psicoterapia

Tutora:

Gloriannys Báez Rodríguez, MSc.

Desafíos y Necesidades del Servicio de Emergencia ante Casos de Intento Suicida en el Hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez

Estadísticas de Conducta Suicida

El suicidio se define como el acto de quitarse la propia vida deliberadamente (WHO, 2025a). Se reconoce como la tercera causa de muerte en jóvenes (15 a 29 años), afectando de forma desproporcionada a varones (WHO, 2025b). Aunque los varones adolescentes presentan tasas de suicidio consumado tres veces mayores que las mujeres, las adolescentes realizan intentos con el doble de frecuencia, empleando generalmente métodos menos letales como la autointoxicación (Shain et al., 2016). Desde 2011, se ha observado un aumento significativo en los intentos de suicidio por envenenamiento en menores de 19 años, especialmente en niñas, cuya tasa de suicidio en el grupo de 10 a 14 años casi se triplicó entre 2007 y 2016 en los Estados Unidos (Spiller et al., 2019).

Por cada suicidio consumado se estima que ocurren entre 50 y 100 intentos (Shain et al., 2016). En datos de autorreporte el 16,9 % de chicas y 10,3 % de chicos afirmaron haber planeado un intento de suicidio, mientras que 10,6 % de las adolescentes y 5,4 % de los adolescentes lo llevaron a cabo; 3,6 % de ellas y 1,8 % de ellos requirieron atención médica (Shain et al., 2016).

En América Latina y el Caribe ocurren aproximadamente 45,800 muertes por suicidio al año, con una tasa ajustada por edad de 5.23 por cada 100,000 (8.39 en varones y 2.12 en mujeres), lo que representa un aumento del 17 % en las dos últimas décadas, en contraste con la disminución global del 36 % entre 2000 y 2019 (Economist Impact, 2023). Además, cada día mueren más de 10 adolescentes por suicidio en la región, lo que equivale a casi 4,200 jóvenes al año (UNICEF, 2024a).

En República Dominicana, UNICEF (2024b) advirtió que uno de cada diez niños presentará algún trastorno psicológico, pero la atención efectiva se ve limitada por el estigma, la escasez de servicios especializados y la débil integración de la salud mental en el sistema. La tasa de suicidio infantil (6 años o más) osciló entre 6,60 y 7,13 por cada 100,000 entre 2019 y 2023, con un repunte en el último año (Oficina Nacional de Estadística, 2024; UNICEF, 2024b). Estos datos son de interés, ya que la población de interés para este estudio son los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA); en específico las intervenciones necesarias para prevenir la conducta suicida en esta población.

Factores de Riesgo Suicida en NNA

Los factores de riesgo asociados al suicidio en NNA abarcan múltiples factores como las variables biológicas, psicológicas, psiquiátricas, familiares, escolares y sociales. Entre los factores individuales, predominan los trastornos afectivos, especialmente la depresión, la ansiedad, la impulsividad, los problemas de conducta y los trastornos por abuso de sustancias (Ávila Granda et al., 2024; Córdoba, 2016; Shain et al., 2016). El principal predictor de un intento o suicidio consumado es haberlo intentado previamente (Córdoba, 2016; Muñoz Sánchez, 2019).

Como microsistema la familia es un factor que aumenta el riesgo suicida si existen antecedentes de violencia, el abuso físico o sexual; así como la disfunción familiar y la ausencia de apoyo afectivo incrementan el riesgo. Dentro de la escuela, el acoso escolar, el bajo rendimiento académico y la presión por el éxito también pueden incrementar el riesgo (Ávila Granda et al., 2024; Córdoba, 2016). Los problemas sentimentales, económicos y sociales también tienen relevancia (Ávila Granda et al., 2024).

En América Latina se han identificado que factores estructurales como la inequidad, la pobreza, la violencia social y la falta de acceso a servicios de salud mental actúan como agravantes

(Ávila Granda et al., 2024). Lo que hace sentido a las estadísticas presentadas en la sección anterior sobre como la conducta suicida ha incrementado en la región.

Además, el comportamiento suicida en adolescentes suele estar asociado a la presencia de pensamientos suicidas persistentes, la planificación previa y la selección de métodos letales, siendo las intoxicaciones y la asfixia los métodos más frecuentes (Sagué-Vilavella & Stoppa Monserrat, 2024; Shain et al., 2016); que de ser de fácil accesibilidad hace más probable su ocurrencia (Shain et al., 2016).

En específico para la República Dominicana se encontró un solo estudio que trataba la violencia como un factor de riesgo de tener pensamientos suicidas entre los 13 y 20 años; con un 20.4% de los casos presentándolos; y una asociación significativa entre ser mujer, estar empleada y haber experimentado violencia sexual o física (Badger et al., 2024)

Como la conducta suicida es multifactorial, las intervenciones que buscan la prevención del suicidio en NNA requiere una atención interdisciplinaria y coordinada, integrando la atención médica, psicológica, social y comunitaria (Casas Muñoz et al., 2024; W. S. B. Pereira, 2024). En las próximas secciones se habla de los programas con los cuáles cuenta el país, la teoría en la que se basa la presente investigación y la necesidad de tener protocolos claros en los servicios de salud.

Intervención y Suicidio en RD

El incremento sostenido de los casos de suicidio en adolescentes y jóvenes en América Latina y República Dominicana pone en relieve la urgente necesidad de implementar intervenciones intersectoriales, sostenibles y culturalmente adaptadas. En la República Dominicana se crearon las unidades de intervención en crisis mediante la Resolución 19-2016, donde trabajan psiquiatras, psicólogos y terapeutas capacitados (Resolución No.000019 del 5/08/2016 que crea las unidades de intervención en crisis (salud mental) y modifica la función y denominación del Hospital Psiquiátrico Padre Billini del Ministerio de Salud Pública y Asistencia

social a Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini, 2016). En estos centros se ofrece atención ambulatoria, seguimiento específico y, en casos agudos, internamiento temporal; estas medidas buscan reducir las muertes en edades productivas, incluyendo menores de edad. También está activa la línea “Cuida tu Salud Mental” (Presidencia, 2024) y el sistema nacional de emergencia 9-1-1 puede canalizar casos suicidas hacia atención especializada (Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 911, 2020). Otra medida intersectorial es la Línea Familiar Contigo, que brinda atención a menores de 17 años en situación de riesgo (UNICEF, 2024b).

Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio

La Teoría Interpersonal Psicológica del Suicidio (IPT por sus siglas en inglés) plantea que el suicidio ocurre cuando se combinan tres factores: la sensación de carga para los demás, el aislamiento social o desconexión interpersonal y la capacidad adquirida para morir por suicidio (Joiner et al., 2009a; Robison et al., 2024; Van Orden et al., 2010). Este modelo explica cómo el sufrimiento emocional no es suficiente por sí solo para provocar un intento suicida; también se requiere que el individuo haya desarrollado tolerancia al dolor y pérdida del miedo a la muerte, adquirida a través de la exposición repetida a experiencias dolorosas o provocadoras (Van Orden et al., 2010). Esta teoría es útil para comprender el comportamiento suicida en quienes suelen experimentar conflictos familiares, rupturas, desempleo o enfermedades crónicas, factores que refuerzan esas percepciones de aislamiento y carga.

Se ha seleccionado esta teoría debido a su aplicabilidad para ser utilizada en protocolos de en emergencias y unidades de crisis; puede ser utilizada por personal médico, incluidas enfermeras de urgencias, médicos emergenciólogos y otros profesionales no especializados en salud mental, especialmente cuando trabajan en unidades de emergencia o crisis. Lo primero es que distingue entre ideación, deseo y capacidad para actuar, lo que mejora la especificidad en la predicción del

riesgo suicida, evitando sobrediagnósticos y focalizando intervenciones efectivas (Joiner et al., 2009a; Van Orden et al., 2010). Esto lleva a que se haga una evaluación estructurada y diferenciada del riesgo de cada sujeto según su contexto. Además, permite diseñar intervenciones multidimensionales adaptadas a contextos de urgencia porque integra factores psicológicos, sociales y conductuales (Chu et al., 2017).

Las fuentes revisadas indican explícitamente su aplicabilidad más allá de los especialistas en salud mental, siempre que el personal clínico reciba formación básica en la teoría y sus herramientas (Braithwaite et al., 2011; Chu et al., 2017; Joiner et al., 2009b; Robison et al., 2024). Originalmente, se desarrolló como un manual orientado a la práctica clínica de profesionales que trabajan con pacientes en riesgo suicida, no solo psicólogos o psiquiatras. Este manual contiene herramientas claras como el Interpersonal Needs Questionnaire y la Acquired Capability for Suicide Scale que es un instrumento clínico útil para evaluar riesgo en contextos hospitalarios o prehospitalarios; también esquemas como el Suicide Risk Assessment Decision Tree, tarjetas de crisis y guías de intervención basadas en el riesgo que pueden aplicarse en urgencias o en primeros contactos clínicos, incluso sin una evaluación psiquiátrica completa inmediata (Chu et al., 2017; Joiner et al., 2009b).

En países como República Dominicana, donde el acceso a salud mental es limitado y el estigma social aún persiste, los elementos teóricos de la IPT adquieren relevancia para fundamentar protocolos de intervención efectivos y culturalmente sensibles. Al estar alineada con el modelo de atención en crisis del país, ya que puede informar estrategias preventivas en múltiples niveles del sistema de salud, incluyendo la atención primaria y los servicios de emergencia (Van Orden et al., 2010). Esto hace que sea especialmente útil en contextos donde los primeros respondientes deben identificar y contener riesgos suicidas antes de la derivación a salud mental;

como son los servicios del 911, las emergencias o las líneas “Cuida tu Salud Mental” (24/7) y la Línea Familiar Contigo, que tenemos en el país.

Las herramientas de este manual han sido validadas empíricamente en diversos contextos clínicos y con distintos profesionales; una revisión sistemática y metaanálisis de Chu et al. (2017) encontró apoyo consistente a los postulados clave de la IPT en muestras diversas y contextos clínicos, incluyendo pacientes hospitalizados, poblaciones militares y adultos mayores.

Intervención en Riesgo Suicida en NNA

La prevención del suicidio en NNA requiere una atención interdisciplinaria y coordinada, integrando la atención médica, psicológica, social y comunitaria (Casas Muñoz et al., 2024; W. S. B. Pereira, 2024). Por su parte los servicios de emergencia y atención primaria son esenciales para la identificación y la derivación oportuna, pero deben ser acompañadas de estrategias educativas y políticas públicas que reduzcan el estigma y promuevan la salud mental (Campos, 2024; Muñoz Sánchez, 2019). Además, la sistematización del proceso mediante la implementación de protocolos de intervención eficaces es esencial para reducir la incidencia de intentos suicidas y prevenir su consumación; promoviendo un proceso de intervenciones personalizadas que modifiquen las respuestas fisiológicas y cognitivas del paciente, favoreciendo alternativas adaptativas frente al sufrimiento emocional (Salvo et al., 2021).

Estos protocolos pueden separarse según el enfoque principal que tienen, algunos buscan realizar acciones que lleguen a toda la población o intervenciones comunitarias como el programa de la OMS, “LIVE LIFE” que cuenta con una guía para la prevención del suicidio a nivel de los países (WHO, 2021). En los Estados Unidos programas como “Zero Suicide” y “The National Strategy 2024” son ejemplos de planes nacionales de salud pública basada en sistemas (National Institute of Mental Health, 2024). A nivel nacional hay programas vigentes de atención telefónica en crisis y urgencias psiquiátricas que pueden servir como identificadores y prevención de suicidio

como “Cuida tu Salud Mental”, Sistema Nacional de Emergencias (9-1-1) y MSP - Línea 462 (Presidencia, 2024; Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 911, 2020); Línea “Vivir” (Batista, 2021), entre otras. Sin embargo se encontraron pocos programas de educación y sensibilización en salud mental como el Programa "Elige la Vida" del Colectivo Salud Mental RD (Colectivo Salud Mental, 2022)

La intervención psicológica posterior al intento suicida es también importante y debe tomarse en cuenta. Se ha demostrado que intervenciones breves, como el Programa de Intervención Breve para Intentos de Suicidio (ASSIP), pueden reducir significativamente la recurrencia de intentos suicidas. Por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado mostró que ASSIP redujo los intentos suicidas en un 80% y las hospitalizaciones en un 72% durante un período de 24 meses en comparación con el tratamiento habitual, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha sido identificada como una herramienta eficaz en la prevención de comportamientos suicidas, al abordar factores como la desesperanza y la percepción de carga (Pisani et al., 2023). Estas intervenciones no solo mejoran la salud mental de los pacientes, sino que también contribuyen a la reducción de costos en atención médica al disminuir las tasas de hospitalización y la recurrencia de intentos suicidas, por lo que es crucial integrar estas estrategias en los protocolos de atención para pacientes menores de edad con intentos suicidas.

Ahora bien, a pesar de que las técnicas, protocolos y medidas mencionadas previamente son efectivas y útiles para pacientes con tendencias suicidas de cualquier edad, el abordaje del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes requiere estrategias diferenciadas, adaptadas a sus características de desarrollo biológico, psicológico y social. Según Casas Muñoz et al. (2024), la intervención debe ser multidisciplinaria, libre de estigmas, centrada en el paciente y orientada al trauma, comenzando desde el momento mismo de la atención en urgencias, con una valoración del

riesgo inmediata y la elaboración de un plan de seguridad individualizado. Las principales diferencias entre la atención a adultos y la de los NNA es que, en los primeros, las intervenciones pueden centrarse en la contención y derivación a servicios de salud mental; pero, en los segundos, hay múltiples factores a considerar como los mencionados en la sección de factores de riesgo: la familia y la escuela (Ávila Granda et al., 2024; Córdoba, 2016); lo que pide la participación activa de la familia y la red de apoyo en el proceso terapéutico (Casas Muñoz et al., 2024).

Pregunta de investigación

Tomando en cuenta los antecedentes y realidades de la atención hacia el riesgo suicida en el país, con este estudio se busca responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las necesidades que presenta servicio de emergencia y personal, médico, psicológico y de enfermería para asistir casos de intento suicida en el Hospital Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez?

Método

Participantes

Los participantes fueron 12 personas mayores de edad entre los 35 y 60 años de edad, de género femenino y masculino, profesionales que ejercen el área de la salud y salud mental.

El método y recolección de datos que se fue presencial en el mes de mayo 2025. Los criterios de inclusión eran laborar en el Hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez. No había un criterio de exclusión.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó en la investigación fue una entrevista semiestructurada creada para la recolección de informaciones sobre necesidades y debilidades que ayudarán a fortalecer el proceso de intervención de pacientes que presentan intento suicida desde su llegada al hospital hasta el momento de su alta. Las entrevistas semiestructuradas permitieron captar las necesidades del personal desde una perspectiva empírica y contextual. Su flexibilidad fue clave para identificar brechas críticas y dar contexto a las necesidades del hospital en voz de sus actores clave y las perspectivas internas (ej.: emociones del personal) que no son visibles en otros instrumentos (Troncoso & Daniele, 2003).

Las entrevistas tomaron lugar en diversos consultorios del Hospital José Manuel Rodríguez Jiménez a lo largo de 3 días. Solamente 11 de 12 participantes dieron su consentimiento a ser grabados durante el proceso de entrevista.

Procedimiento

Esta investigación cuenta con la Aprobación del Comité de Ética de Unibe, #ACECEI2024-296. Previo a la recolección de datos, se solicitó autorización al centro de salud para realizar las entrevistas en sus instalaciones.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al equipo médico, psicológico y de enfermería, enfocadas en identificar las necesidades observadas por estos profesionales durante su atención a pacientes con intento suicida. Las preguntas se centraron en su experiencia clínica y en los desafíos detectados en la práctica.

El encuentro se realizó en un espacio privado dentro del hospital, con una duración aproximada de 30 minutos (frente a los 15 minutos inicialmente estimados). Durante la sesión, se grabó la conversación —previa firma del consentimiento informado— para garantizar el análisis riguroso de los datos. Toda la información fue tratada con confidencialidad, y, una vez finalizada la investigación, las grabaciones fueron eliminadas, conforme al acuerdo establecido con los participantes.

Análisis de datos

En esta investigación no fue utilizado software, no fueron aplicadas pruebas. Si embargo, los datos cualitativos recolectados mediante entrevistas semiestructuradas fueron analizados mediante análisis de contenido temático (Braun et al., 2019; Vaismoradi et al., 2013). Tras la transcripción literal, se codificaron respuestas en categorías emergentes vinculadas a las necesidades del equipo de salud (ej.: seguridad, capacitación, recursos físicos). Una sola persona validó la consistencia de las categorías, y los hallazgos se contrastaron con la literatura existente para asegurar relevancia clínica. Si bien el análisis manual limita la generalización, la riqueza narrativa obtenida permitió diagnosticar las necesidades contextualizadas al hospital estudiado.

Resultados

Características del estudio

El grupo de estudio seleccionado consistió en 12 especialistas en el área de la salud del Hospital José Manuel Rodríguez Jiménez, siendo estos: 2 pediatras de emergencia, 3 psiquiatras, 3 psicólogos y 4 enfermeros que han trabajado en emergencia o en salud mental y han tenido experiencia con pacientes con intento suicida. Los integrantes de este grupo de estudio fueron seleccionados de tal manera que 50% del grupo este conformado por personal sanitario de primer contacto, mientras que el 50% restante este formado por personal de acompañamiento psicológico.

La herramienta de recolección de datos utilizada para esta investigación fue la entrevista al personal, con el objetivo de recopilar data cualitativa sobre las experiencias y recomendaciones provistas por el grupo de estudio. Estas tomaron lugar en diversos consultorios del Hospital José Manuel Rodríguez Jiménez a lo largo de 3 días. 11 de 12 participantes dieron su consentimiento a ser grabados durante el proceso de entrevista.

Temas relevantes

Las mayores inquietudes que salieron a flote durante las entrevistas a los sujetos de estudio fueron: la seguridad (tanto de los pacientes como el personal del hospital), la capacitación del personal de auxilio para tratar con pacientes suicidas, junto con un protocolo que rija las interacciones y decisiones a tomar al momento de tratar con estas personas, la privacidad y comodidad de los pacientes hospedados en el recinto y el aumento de capacidad de personal de apoyo psicológico.

Seguridad

Una de las preocupaciones principales expresadas por el personal del hospital fueron los riesgos de seguridad presentes en las instituciones, tanto desde el punto de vista del paciente a sí mismo como a las demás personas que lo rodean. No solo esto, sino que un punto de conversación común entre todos los entrevistados fue el espacio de tiempo donde el personal de seguridad disminuye durante las tardes. Según una de las personas entrevistadas: *“el área de seguridad deben fortalecerla porque en los servicios de la tarde no hay seguridad, hay uno en la noche y ese llega a partir de las 10:00 pm...”*. Muchos hicieron eco a este sentimiento, sugiriendo seguridad constante en los recintos del hospital.

Capacitación

La capacitación del personal para manejar situaciones de crisis con relación a pacientes suicidas también fue un punto de mejora mencionado constantemente durante el proceso de entrevistas. Repetidamente, el personal entrevistado mostró interés en mejor formación para poder brindar un mejor servicio a las personas que sufren de situaciones mentales y emocionales particulares, admitiendo que tanto ellos como otros miembros del cuerpo médico presente tienen oportunidades de mejora significativas. Sin embargo, cabe destacar, como mencionaron, que el personal de ayuda psiquiatra y psicológico eran de los más capaces de manejar situaciones de mayor complejidad con pacientes en riesgo, mencionando como *“los psiquiatras están muy bien preparados, a veces llegan pacientes que uno dice que no habrá mejoría y durará mucho tiempo para mejorarse, y con el manejo que se le da, gracias a Dios, salen de ese proceso de crisis”*.

Privacidad

Algunas opiniones encuentran importante la privacidad del paciente y sus familiares. Aportan ideas como la de diseñar un espacio privado en el área de emergencia para recibir estos pacientes que llegan muchas veces alterados y necesitan espacio para que su integridad sea

respetada. Observan que la unidad de intervención en crisis necesita adaptarse a las necesidades de dichos pacientes debido a que cualquier persona puede cruzar por el área y ver las intervenciones que deberían, por ética, ser confidenciales.

Instalaciones Físicas

Las instalaciones físicas del hospital también fueron criticadas por el staff, mencionando que el ambiente cerrado crea sensaciones opresivas en los pacientes, con comentarios como que “[los pacientes] están encerrados y se desesperan”. Se recomendó un espacio más abierto y cómodo para acomodar mejor a las personas del hospital, esperando que así incluso puedan ayudar con su proceso de recuperación.

Protocolos de asistencia

A pesar de que el equipo de ayuda psicológica si se estuvo consciente de los protocolos y procedimientos para tratar un caso de crisis con pacientes con ideaciones o historia de atentados suicidas, el personal de cuidado principal mostró desconocimiento de estos, mencionando explícitamente como “no [están] actuando con los protocolos de lugar”. Dicho esto, todos se vieron abiertos ante la introducción de un protocolo o procedimiento. Uno de los enfermeros comenta como “si se crea [un protocolo] yo quisiera tenerlo, el personal médico y de enfermería se enriquecería muchísimo”, sentimiento al cual le hicieron eco sus colegas durante sus respectivas entrevistas”

Discusión

A continuación, se realiza un análisis de los hallazgos de las entrevistas en función de la pregunta de investigación que buscaba ver las necesidades del equipo que atiende los casos de intento suicida en NNA en el Hospital Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez. Según las temáticas

identificadas en las entrevistas se presentan puntos de discusión basada en la literatura y la Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (IPT).

Seguridad del paciente y del equipo médico

Este estudio identificó que garantizar la seguridad tanto del paciente con intento suicida como del personal de salud es una prioridad esencial en el servicio de emergencia. Los hallazgos sugieren que existen deficiencias en las medidas de seguridad actuales; lo que es un riesgo para todos los que trabajan o reciben servicios en la unidad. Esta preocupación es coherente con las recomendaciones de la literatura especializada, que enfatiza implementar estrategias para prevenir autoagresiones y hetero-agresiones en entornos de urgencias; instando a crear entornos hospitalarios seguros para prevenir el suicidio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; WHO, 2021). Las guías clínicas señalan la importancia de supervisar estrechamente al paciente e inactivar cualquier medio letal disponible.

En las entrevistas se destaca la preocupación del personal respecto a la seguridad frente a pacientes en crisis o con conducta suicida. La violencia contra el personal sanitario es un fenómeno común, particularmente en servicios de emergencia y psiquiatría, donde se reportan tasas de prevalencia superiores al 40% (Terranova et al., 2025; Wirth et al., 2021). En muchos contextos, esta violencia ha sido naturalizada o sub reportada, dada la percepción de que constituye una parte inherente del trabajo en salud (López-Ros et al., 2023; Terranova et al., 2025). Este fenómeno no solo afecta la seguridad física, sino también la salud mental del personal, aumentando los niveles de estrés, agotamiento y afectando la calidad del cuidado brindado (Cai et al., 2023).

Una de las demandas que tenía la muestra es la presencia permanente de personal de seguridad; sin embargo, la literatura habla sobre la prevención efectiva de la violencia en contextos hospitalarios, sugiere que confiar en el personal de seguridad sin un abordaje preventivo

multidisciplinario no disminuye de manera efectiva la incidencia de violencia e incluso puede agravar las tensiones si se percibe como una acción punitiva o intimidatoria (Wirth et al., 2021).

Teniendo esto en cuenta, la capacitación en manejo de la agresión, técnicas de desescalada, primeros auxilios psicológicos y comunicación efectiva se identifica como una estrategia clave para prevenir y manejar situaciones de violencia (Baig et al., 2018; Cai et al., 2023; Wirth et al., 2021). Estas formaciones aumentan la confianza del personal y promueven respuestas clínicas más seguras, reduciendo la necesidad de medidas coercitivas o el uso inmediato de seguridad institucional (Baig et al., 2018; Senz et al., 2021). Un aspecto destacado en la literatura es la utilidad de herramientas estructuradas de evaluación del riesgo que mide la posibilidad de episodios violentos para planificar acciones preventivas desde la admisión del paciente (Senz et al., 2021). Estas herramientas, al ser aplicadas por personal de salud tras una formación básica, facilitan la identificación temprana de factores de riesgo y reducen la necesidad de intervenciones reactivas.

Pero no solo se debe trabajar con el personal, para evitar la violencia se deben hacer intervenciones centradas en el usuario. Mejorar la comunicación, brindar información clara y oportuna, e involucrar al paciente y a su familia en las decisiones clínicas, favorece la disminución de los conflictos y la percepción de hostilidad (López-Ros et al., 2023). Los programas que incluyen ambas poblaciones han demostrado mayor eficacia en la reducción de la violencia, en comparación con aquellos centrados únicamente en la capacitación del personal o en la respuesta de seguridad (C. A. R. Pereira et al., 2019; Ramacciati et al., 2016).

Sin embargo, en situaciones de violencia física grave, alteraciones psicóticas severas o amenazas inminentes a la integridad, la intervención de personal de seguridad entrenado y

vinculado al equipo asistencial es necesaria y recomendable (Savoy et al., 2021; Terranova et al., 2025).

Capacitación del personal en conducta suicida y crisis

Actualmente, en el hospital estudiado, la evaluación psiquiátrica de pacientes con intento suicida depende de llamadas a especialistas de guardia o de la derivación a otros centros, lo que puede demorar la atención especializada varias horas. El personal de emergencia entrevistado presenta la queja de que en emergencia haya disponibilidad de psiquiatras o personal de salud mental para trabajar con estos pacientes, y que no esté esa disponibilidad es visto como un obstáculo para brindar una atención óptima. De hecho, estudios cualitativos indican que los equipos de emergencia perciben la falta de expertos en salud mental y de vías claras de derivación como barreras mayores para la atención eficaz del paciente suicida (Gursahani et al., 2022).

Si bien, las directrices internacionales promueven un modelo de atención de urgencias en el que la salud mental esté integrada; donde todo paciente que ingresa a emergencia tras un intento suicida sea evaluado a la brevedad por un especialista en salud mental (psiquiatra, psicólogo clínico o profesional afín) una vez que esté médicamente estabilizado (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Pero, en la práctica es difícil mantener recursos humanos de salud mental en emergencias. Un estudio a nivel de hospitales de Estados Unidos revela que más del 50% de los servicios de urgencias y hospitales generales no cuentan con servicios psiquiátricos disponibles, ya sea in situ o por consulta, para atender a estos pacientes (Ellison et al., 2022). Este panorama es parecido al del hospital trabajado, que aunque cuenta con un servicio de intervención en crisis, este no está disponible 24/7.

El personal de emergencias entrevistado reportó no sentirse competente para el manejo de conductas suicidas y crisis emocionales agudas; y por eso ven como una debilidad la falta de

personal de salud mental. Sin embargo, se debe destacar que profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una formación adecuada para evaluar y atender a pacientes con conducta suicida en urgencias (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). De igual forma, se ha abogado por capacitar al personal sanitario de primer contacto en la detección de las señales de alarma, la comunicación terapéutica y las técnicas de desescalada de crisis (Baig et al., 2018; Zarska et al., 2023). Los entrenamientos no solo aumentan el conocimiento del personal, sino que los dota de herramientas que potencian sus habilidades, actitudes y confianza para manejar estos casos (Cai et al., 2023; Zarska et al., 2023).

Después de todo, la base de las IPT están en ofrecer servicios que sean aplicables dentro de cualquier nivel de intervención en salud; mediante el desarrollo de procesos y herramientas estandarizados para estos casos (Braithwaite et al., 2011; Chu et al., 2017; Joiner et al., 2009b; Robison et al., 2024). Si bien aún se requiere más investigación sobre el impacto en los resultados clínicos, es razonable esperar que un equipo de salud entrenado brinde una atención más segura, empática y efectiva a las personas en crisis suicida.

Por lo que esta es una doble debilidad, no hay duda de que el hospital requiere más personal que trabaje la salud mental; pero el personal actual debe ser entrenado y concientizado sobre su papel como personal de primera línea en este proceso.

Adecuación del Espacio Físico, Privacidad y Confidencialidad en el Manejo del Paciente

Los entrevistados señalaron que el área de emergencias del hospital Dr. José M. Rodríguez Jiménes no dispone de una zona específica acondicionada para pacientes con riesgo suicida; por ende, estos pacientes suelen permanecer en el mismo espacio agitado y ruidoso que el resto, lo que dificulta su estabilización emocional. En el presente estudio se observaron casos donde la

evaluación psicológica tuvo que realizarse en espacios compartidos o a la vista de otros pacientes. La literatura internacional coincide en que las salas de urgencias, por su ambiente caótico y ruidoso, no favorecen la atención adecuada de emergencias psiquiátricas, pudiendo incluso agravar la crisis suicida (Gursahani et al., 2022). Por ello, se recomienda adecuar espacios físicos, como cubículos tranquilos y seguros, donde los pacientes puedan ser monitorizados sin estímulos estresores (Casas Muñoz et al., 2024; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Esta realidad que se encontró en el hospital contraviene las recomendaciones éticas y clínicas, que establecen que la evaluación inicial de una persona con conducta suicida debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, confidencialidad y respeto por su dignidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Las guías operativas destacan la necesidad de proteger la confidencialidad de la información del paciente y asegurar que las discusiones sobre su estado mental ocurran en forma reservada (Baig et al., 2018; Gursahani et al., 2022; Hogan & Grumet, 2016; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Simpson (2017) subraya que la falta de privacidad constituye una barrera importante para la evaluación efectiva del riesgo suicida en los servicios de emergencia. En su estudio, las enfermeras manifestaron que realizar la entrevista en espacios abiertos o compartidos no solo dificultaba la obtención de información precisa, sino que también comprometía la disposición del paciente a expresar pensamientos e intenciones suicidas, debido al temor al estigma o a la exposición ante otros pacientes y personal.

Los hallazgos de la presente investigación apuntan a que los cambios que debe realizar el hospital son de carácter tanto estructural como culturales. Cambios en los espacios físicos, salas privadas, y la promoción de prácticas profesionales centradas en el respeto a la dignidad del paciente, como el uso adecuado del tono de voz y la preservación del carácter confidencial de la información compartida durante la atención. Cambios de este tipo tal como sostiene resguardan los derechos del paciente y facilitan la construcción de una alianza terapéutica potenciando la eficacia de las intervenciones en contextos de crisis (Simpson, 2017).

En definitiva, garantizar la privacidad y la confidencialidad en la atención de pacientes con intento suicida no solo constituye una obligación ética y legal, sino que representa un elemento clave para la efectividad clínica y el abordaje humanizado de las emergencias psiquiátricas.

Existencia y conocimiento de protocolos institucionales

El punto que impulsó originalmente esta propuesta es la falta de un protocolo institucional específico (o el desconocimiento) para la atención de pacientes con intento de suicidio en el servicio de urgencias y salud mental. Esta ausencia de lineamientos escritos y estandarizados lleva a que la intervención vaya atada al criterio individual, pudiendo generar variabilidad en las conductas de atención e incluso omisiones involuntarias de pasos importantes. Mientras otras afecciones cuentan con protocolos estandarizados de carácter internacional, a pesar de la frecuencia en la que pacientes con ideación o intentos suicidas acuden a las emergencias y servicio de salud mental, los estándares y protocolos de tratamiento para estas situaciones no han sido desarrollados o implementados con la misma rigurosidad que en otras urgencias médicas (Gursahani et al., 2022).

En consecuencia, la necesidad detectada es que se debe desarrollar e implementar un protocolo institucional en el Hospital Dr. José M. Rodríguez Jiménez para la atención de intentos

suicidas. Dicho protocolo debería incorporar las mejores prácticas documentada centrándose en 6 pasos o etapas, a) la detección donde se identifican señales y se evalúa el riesgo potencial que tiene el sujeto; b) el contrato donde se crea un plan de seguridad y compromiso formal con el sujeto; c) intervención que debe involucrar un equipo multidisciplinario con experiencia en crisis; d) el tratamiento que incluye medicación, de ser necesaria, y seguimiento; e) la prevención que es evitar el acceso a medios que faciliten la conducta, así como las campañas y líneas de atención; y f) la evaluación mediante la revisión de los casos y el monitoreo de los datos del programa.

Tan importante como su existencia en papel es el conocimiento y adhesión al protocolo por parte de todo el personal de emergencia; para ello se requerirán capacitaciones, simulacros y evaluaciones periódicas de su aplicación. Al instaurar un protocolo así, la institución no solo cumpliría con recomendaciones de organizaciones internacionales, sino que probablemente mejoraría la eficiencia y calidad de la atención, brindando respuestas más homogéneas y basadas en evidencia ante casos de intento suicida. En suma, la estandarización mediante protocolos es una estrategia clave para subsanar las deficiencias detectadas en el estudio, asegurando que ningún aspecto crítico de la atención quede librado al azar o a la improvisación del momento.

La intervención inmediata y adecuada puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, y evitar que el paciente vuelva a realizar un intento. Conjuntamente, un abordaje basado en protocolos estandarizados garantiza que se respeten los derechos del paciente, se mantenga su dignidad y se actúe conforme a criterios éticos y clínicos validados. La capacitación también permite reducir errores en la atención, brindar un acompañamiento empático y minimizar el impacto psicológico en los intervinientes. En este sentido, el conocimiento técnico se combina con habilidades comunicativas y de contención emocional, que son esenciales en estos casos críticos.

Por otra parte, el entrenamiento en protocolos de intervención fortalece el sistema de salud en su conjunto, al establecer una respuesta coherente y coordinada frente a las crisis suicidas. El personal que conoce estos procedimientos puede trabajar en conjunto con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y familiares del paciente, facilitando una red de apoyo que contribuya a su recuperación. Además, este tipo de formación promueve una cultura de prevención del suicidio dentro de las instituciones, fomentando la detección temprana de factores de riesgo y la intervención oportuna antes de que ocurran intentos. También reduce el estigma asociado a los trastornos mentales y al suicidio, al sensibilizar al personal sobre la importancia de un trato humano, respetuoso y no juzgador. Finalmente, invertir en la capacitación del personal no solo salva vidas, sino que mejora la calidad y eficacia del sistema de atención en salud mental.

Los protocolos estructurados y adaptados a las necesidades psicosociales son fundamentales porque permiten una intervención adecuada y oportuna ante situaciones de crisis suicida, especialmente en poblaciones vulnerables. Según González (2021), contar con herramientas claras facilita la identificación temprana de signos de alerta, lo que puede salvar vidas. Estos protocolos no solo reducen la mortalidad, sino que también promueven una atención integral centrada en el bienestar del paciente. Además, aseguran coherencia en la atención entre diferentes niveles del sistema de salud. De esta manera, se garantiza una respuesta eficaz, empática y basada en evidencia.

De acuerdo con García (2020), los protocolos de intervención deben incluir una evaluación psiquiátrica detallada y la propuesta de seguimiento constante. Además, este autor dice que es fundamental incorporar el abordaje del sufrimiento emocional desde una perspectiva empática y sin juicio. La validación emocional y la escucha activa son herramientas clave para establecer un vínculo terapéutico efectivo. En esta etapa de la vida, el riesgo puede estar más enmascarado.

Ignorar aspectos como la vergüenza, la culpa, la tendencia a reprimir emociones o situaciones, puede llevar a subestimar el riesgo real. El acompañamiento terapéutico debe ser continuo.

Limitaciones y recomendaciones

El muestreo es la primera limitación, ya que, al centrarse únicamente en profesionales de la salud, se dejó fuera a otros actores relevantes como trabajadores sociales, familiares de los pacientes o personal administrativo, quienes podrían haber enriquecido el análisis. La falta de diversidad geográfica o cultural también limita la representatividad, ya que todos los datos provinieron de un único hospital.

El uso de entrevistas semiestructuradas permitió explorar experiencias personales, pero al mismo tiempo limitó la posibilidad de generalizar los resultados o establecer relaciones cuantitativas. Las entrevistas, además, fueron de corta duración (30 minutos), lo que pudo restringir la profundidad con la que se abordaron temas complejos. Tampoco se puede obviar el posible sesgo de deseabilidad social, dado que los participantes podrían haber moderado sus respuestas por temor a consecuencias dentro de la institución, especialmente al saber que las entrevistas serían grabadas.

Para futuros estudios, sería recomendable ampliar la muestra e incluir otros perfiles relevantes, como familiares, personal de seguridad o trabajadores sociales, para obtener una visión más integral. También sería conveniente aplicar un muestreo intencional que asegure la diversidad de las experiencias recogidas. Se sugiere la triangulación metodológica, combinando entrevistas con encuestas, observación y revisión de expedientes clínicos, lo que aumentaría la validez de los resultados. El uso de software especializado permitiría un análisis más riguroso y disminuiría el sesgo del investigador.

Futuras líneas de investigación

- Adaptación cultural de protocolos para la población dominicana.
- Efectividad de intervenciones breves en emergencias para reducir reincidencia en NNA.
- Impacto de la capacitación en desescalada en la reducción de violencia contra el personal.
- Rol de las familias en la adherencia a tratamientos posterior al intento suicida.
- Tecnología y prevención: Uso de aplicaciones o telemedicina para seguimiento luego del alta.

A continuación se anexa un protocolo que serviría de modelo para la creación de un protocolo funcional adecuado al Hospital José Manuel Rodríguez Jimenes.

Anexo

Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile

Resumen

El suicidio es un problema social y de salud pública en todo el mundo. Acarrea importantes consecuencias emocionales para las personas cercanas al fallecido y también consecuencias económicas y emocionales para el resto de la comunidad. De ahí la importancia de detectar tempranamente los potenciales casos y utilizar intervenciones adecuadas. El presente protocolo se estructuró como una manera de estandarizar y jerarquizar las intervenciones entregadas a pacientes con riesgo suicida en el Hospital del Salvador.

Palabras clave: Suicidio, ideación suicida, intento suicida.

Introducción

El suicidio es un problema que ha ido creciendo en importancia en las últimas décadas. El año 2000, aproximadamente un millón de personas fallecieron por suicidio, lo que corresponde a una tasa global de 16 por 100.000 habitantes¹, teniendo el sexo masculino una probabilidad 5 veces mayor de consumirlo². Está entre las 3 principales causas de muerte en adolescentes en el mundo, al menos 90.000 (hasta los 19 años de edad) fallecen por suicidio cada año³, y en Chile la tasa aumentó de 6,2 x 100.000 hab. el año 1997 a 10,8 el año 2004⁴. A partir de estas cifras quisimos elaborar un protocolo para el manejo de estos pacientes.

Es importante distinguir entre factores de riesgo y predicción de riesgo, ya que generalmente los primeros se evalúan en la población como factores aislados. La predicción en cambio, requiere de una atención especial a la manera en que los factores de riesgo interactúan entre sí en un determinado paciente, resultando esto en que iguales factores tienen valores subjetivos diferentes según quien consulta. Por lo anterior, la predicción no puede ser llevada a cabo meramente adicionando los distintos factores de riesgo. Hay diversos factores que predisponen a las personas al suicidio⁵, siendo de los más importantes las tentativas previas. El fallecimiento o suicidio de seres queridos, así como otras experiencias de gran adversidad también cobran importancia, y el aislamiento por sí solo puede ser considerado como motivo de hospitalización, dependiendo del caso. La comorbilidad psiquiátrica imprime a estos pacientes características particulares⁶. En un estudio llevado a cabo en nuestro Servicio se concluyó que los pacientes bipolares tienden a ser de menor edad, tienen trabajos menos estables y son de mayor riesgo suicida⁷. Debe destacarse que la mayoría de los pacientes psiquiátricos no intentan o consumen el suicidio. La dualidad con abuso de sustancias, al igual que la comorbilidad, influye enormemente: de las personas que cometen suicidio, del 25% a 50% han consumido alcohol antes de quitarse la vida⁸.

Entre los factores protectores, el adecuado establecimiento de una alianza terapéutica es central, ya que facilita la entrega de información y da al paciente una sensación de esperanza y conexión. En la medida que el tratamiento avanza el lazo se va fortaleciendo y profundizando. La cantidad y veracidad de la información entregada, está en gran medida relacionada con la confianza que la persona tiene en su tratante⁹. En adolescentes se ha visto que la aceptación de los padres puede ser un factor importante^{10,11}.

Respecto de la religiosidad, en nuestros estudios las pacientes depresivas con riesgo suicida son menos religiosas que la población general chilena^{12,13}.

Metodología

Se realizó una búsqueda en Medline y en la Database Cochrane utilizando los términos "suicide", "suicidal ideation" y "suicide, attempted". Se seleccionaron los artículos más pertinentes, tanto originales como guías clínicas, preferenciando a aquellos en que se evaluaban distintas estrategias de intervención. Se buscaron especialmente publicaciones chilenas y de la información entregada, así como del consenso clínico entre los especialistas de los Servicios de Psiquiatría y de Urgencias del Hospital del Salvador, un hospital general en Santiago de Chile, se preparó un documento de trabajo que fue revisado por los encargados de preparación de protocolos clínicos en dicho Hospital. Este trabajo expone las principales recomendaciones del protocolo.

Resultados

Evaluación en Servicio de Urgencia y derivación

Al ingreso, se debe solicitar al entrevistado que entregue todos los objetos con que podría hacerse daño (armas, cinturones, cordones de zapatos, etc.) y los medicamentos que tiene a su disposición. A continuación, debe conducirse al paciente a una sala en que no haya materiales potencialmente dañinos, y donde sea posible observarlo. La evaluación debe proceder lo más ágilmente posible, y en caso que el paciente quiera retirarse antes de que ésta se complete, se debe considerar la pertinencia de medidas de contención física y/o farmacológica. Son importantes los instrumentos estructurados para no dejar fuera datos cruciales de la historia clínica cuando éstos no son utilizados¹⁴. Un examen físico completo es de regla en aquellas personas en las que se sospeche intoxicación, sobredosis o daño físico general. Cabe destacar que toda manifestación de intenciones suicidas debe ser tomada en serio y explorada a fondo por el equipo: quienes consuman el suicidio frecuentemente han manifestado ideación suicida u otros signos de alerta a familiares o profesionales de la salud¹⁵.

Al ser completada la evaluación, debe iniciarse el tratamiento médico indicado. El protocolo del Servicio de Urgencia del Hospital del Salvador (SUHDS) dispone de las siguientes alternativas:

- Pacientes sin daño físico, que no requieren de tratamiento médico, cuya evaluación para riesgo suicida es baja, y que tienen apoyo social adecuado, son enviados a su domicilio acompañados por un familiar responsable y con interconsulta para atención ambulatoria en el centro de la Red de Salud Mental del SSMO que corresponda según domicilio y nivel de complejidad.

- Pacientes psicóticos, con riesgo suicida elevado y/o red de apoyo social pobre pero sin necesidad de cuidados médicos, son hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría. Los pacientes en riesgo vital o con necesidad de cuidados médicos, permanecen en observación y tratamiento en el SUHDS y pueden ser hospitalizados en otros servicios médicos o quirúrgicos según necesidad, siempre con interconsulta a la Unidad de Psiquiatría de Enlace.
- Ocasionalmente por solicitud del paciente o la familia se hacen derivaciones a centros privados, con contacto telefónico previo con el médico el tratante.

La sedación debe evitarse en pacientes que hayan ingerido sobredosis de medicamentos psicótropos. Algunos casos requieren sedación, especialmente aquellos con elevados niveles de angustia o con franca agitación. Esta medida no constituye tratamiento para las condiciones psicológicas de base, se puede indicar de urgencia en forma ocasional

Evaluación en el Servicio de Psiquiatría

La literatura señala que la gran mayoría de los casos de intento suicidio presentan psicopatología. Por este motivo el manejo de la comorbilidad psiquiátrica o de la patología dual, con abuso de sustancias es fundamental.

La entrevista con familiares puede aportar datos útiles como el estado de ánimo habitual del paciente, si se siente o no esperanza de resolver los conflictos psicosociales, que son frecuentes como factor gatillante. La frecuencia de consumo de alcohol y/o drogas debe ser también indagada entre los familiares, ya que el paciente muchas veces la minimiza.

La clasificación en categorías de riesgo requiere de juicio clínico cuidadoso, pues el riesgo puede variar enormemente en plazos cortos y la asignación de personas a categorías estadísticas de riesgo no es predictiva de conducta suicida¹⁵. De hecho la mayor parte de los pacientes evaluados en servicios de salud mental (no necesariamente hospitalizados) y que posteriormente cometieron suicidio fueron catalogados como casos de riesgo bajo o nulo en el último contacto con el sistema de salud¹⁵.

Cada factor de riesgo específico es teñido por el contexto psicosocial. Es importante detectar los factores gatillantes de la conducta suicida. Son estos gatillantes, junto con el examen mental al momento de consultar, los componentes más relevantes¹⁶.

Al finalizar la estimación de riesgo debe elaborarse un plan de tratamiento, que debe incluir tres factores básicos:

- Asegurar la integridad física de la persona: el plan de tratamiento debe intentar evitar que la persona en crisis consume su intención. Esta intencionalidad fluctúa, por lo que debe ser monitorizada periódicamente.
- Establecer una relación terapéutica lo más sólida posible, del paciente con el entrevistador, o preferentemente con el sistema asistencial, ya que en muchos casos quien entrevista no será el tratante definitivo.

- Instalar tratamiento adecuado de los cuadros psiquiátricos de base y abordar cualquier estresor que haya precipitado el estado actual, de tal forma que cuando se de al paciente de alta hospitalaria, la situación del paciente haya mejorado. Si el paciente es dado de alta sin la correspondiente mitigación de los estresores que gatillaron el cuadro, el riesgo suicida debe ser observado cercanamente.

En el SPHDS, la decisión de hospitalizar se basa en aspectos tales como necesidad de manejo médico o psiquiátrico intensivo (p. ej. en psicosis agudas), planificación del intento suicida, historia de conducta impulsiva y red de apoyo social pobre. Las hospitalizaciones cortas no disminuyen el riesgo suicida, por lo que estos pacientes deben permanecer en el hospital hasta que la evaluación de riesgo lo indique¹⁷. Los trabajos del SPHDS muestran que la hospitalización disminuye importantemente el riesgo suicida¹⁸, no lo elimina en su totalidad, y se han descrito casos de suicidios consumados en unidades de hospitalizados, particularmente durante la primera semana de internación¹⁹. Posterior al alta, el primer control ambulatorio debiera realizarse durante la primera semana, considerando que es este el período de mayor riesgo finalizando la hospitalización^{15,19}.

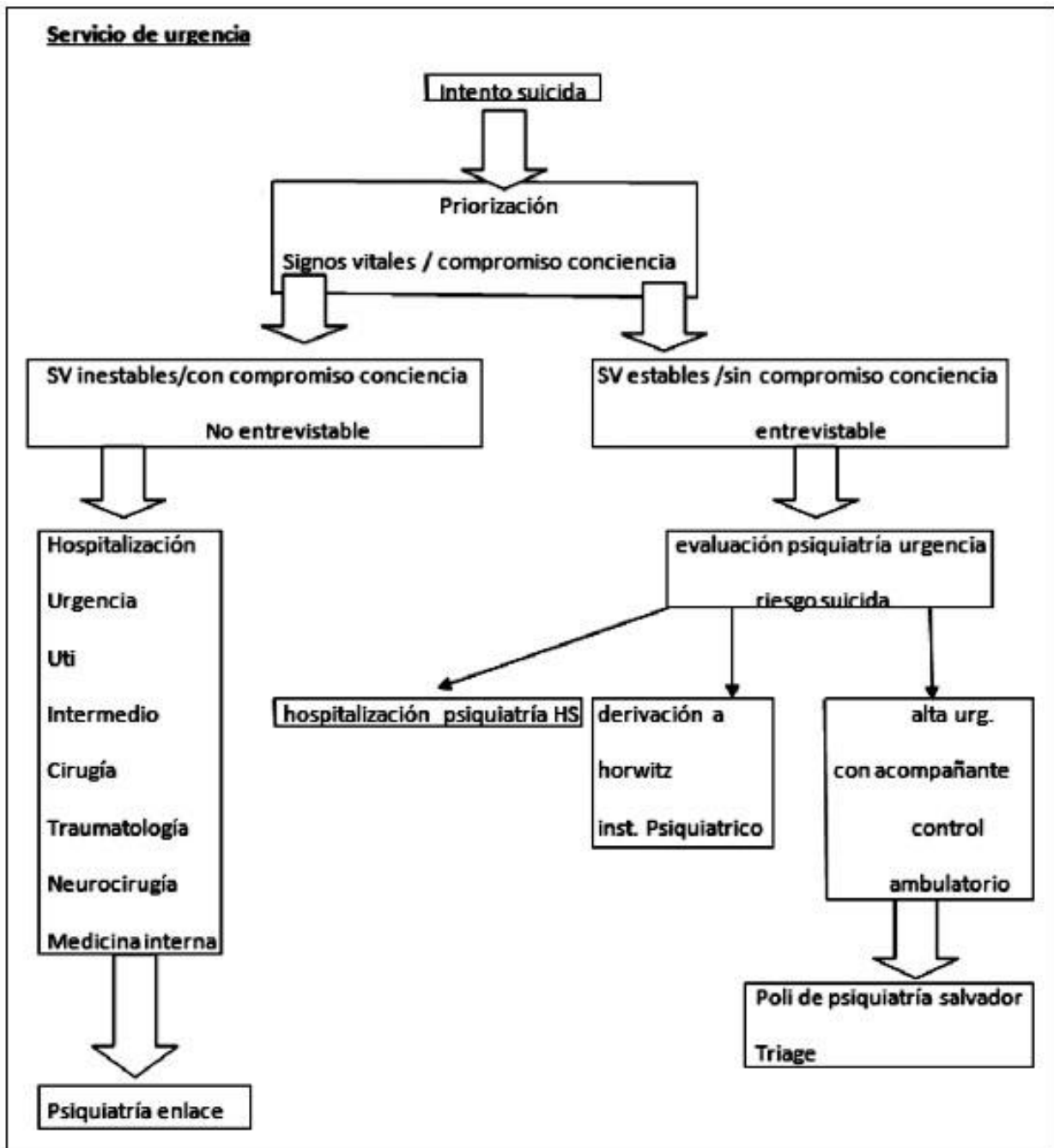
Respecto del tratamiento farmacológico, no existe evidencia suficiente que permita asociar de manera causal a los ISRS en general y a la fluoxetina en particular con un aumento del riesgo de suicidio²⁰. Sin embargo, el riesgo podría aumentar paradójicamente luego del inicio del tratamiento antidepressivo, al mejorar la activación motora del paciente sin mejoría del ánimo. Las benzodiazepinas podrían estar asociadas a riesgo suicida al acentuar la sintomatología depresiva y/o desinhibir a los usuarios, haciéndolos por lo tanto, más propensos a actuar de manera impulsiva. Este riesgo es especialmente alto en casos con patología dual o historia de tendencias adictivas.

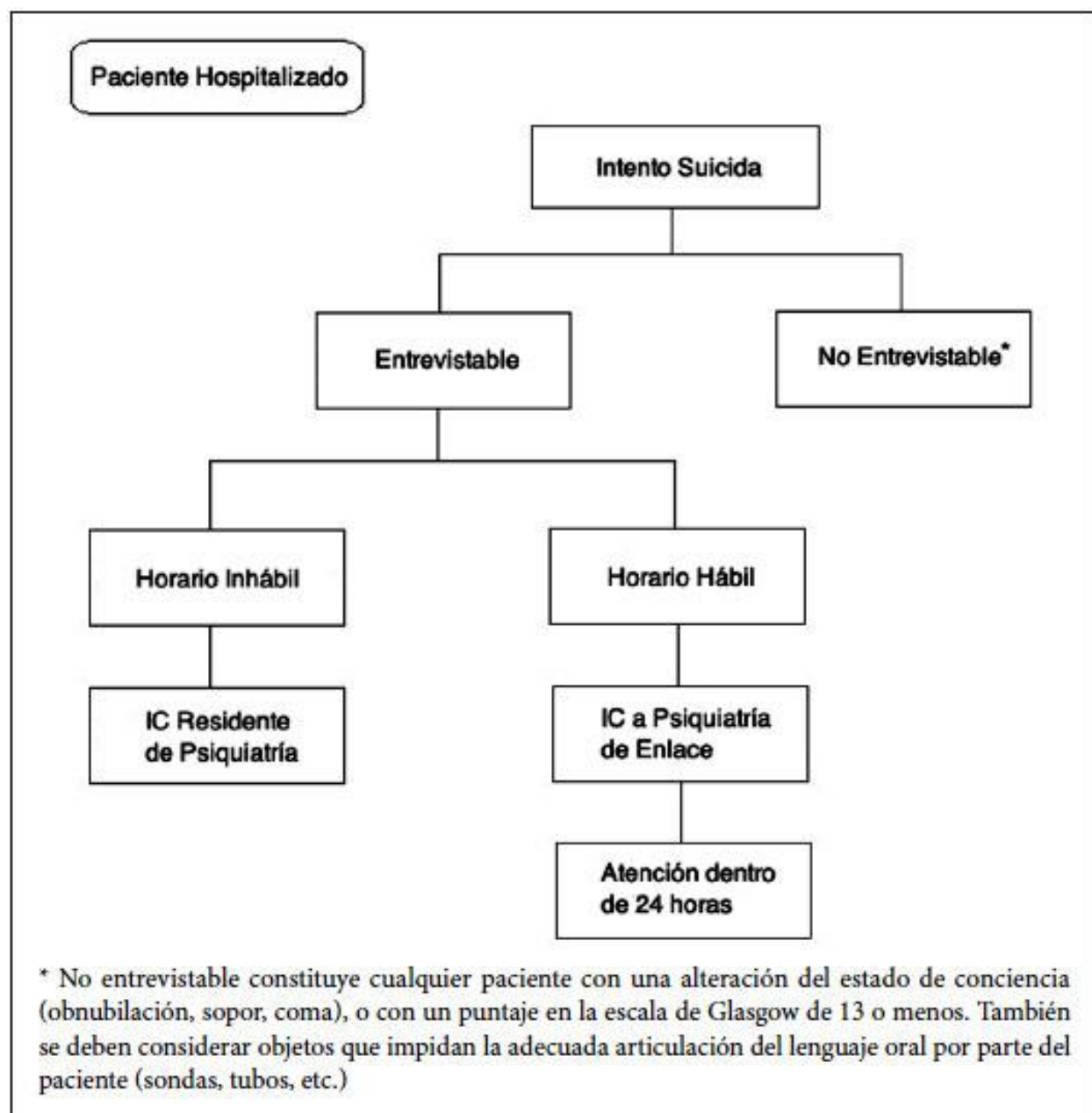
Conclusiones

La evaluación del riesgo suicida es compleja, puesto que exige la integración de múltiples factores que oscilan de persona a persona. Su carácter fluctuante, así como las variaciones en el contexto psicosocial, puede inducir a error. La investigación en este campo se encuentra limitada por tamaños muestrales pequeños y grupos diagnósticos heterogéneos, por lo que se requieren más estudios para elaborar estrategias más eficaces en la prevención, y así poder mejorar la calidad de cuidados requerida. En la situación actual, una de las más efectivas y accesibles herramientas de que dispone el tratante es el adecuado establecimiento de una alianza terapéutica, que facilita las estimaciones del riesgo, y mejora la adherencia a tratamiento. Esto, asociado a tratamientos enérgicos de los cuadros psiquiátricos de base y al abordaje oportuno de los principales estresores en la vida del paciente, en un marco que privilegie la integridad física se constituyen en el eje de un adecuado manejo del riesgo suicida.

En futuras comunicaciones esperamos adjuntar datos obtenidos a partir de la aplicación de este protocolo en nuestro centro para su análisis y discusión.

Anexo. Flujogramas





Referencias

- Ávila Granda, L. E., Moreno Guerra, M. M., & Guacho Aucancela, L. (2024). Revisión. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), Article 1. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12047
- Badger, K., Caraballo, P. B., Gibbs, A., Messina, L., Halpern, M., & Amesty, S. (2024). Thoughts of self-harm in adolescents: Relationship with violence in the Dominican Republic. *PLOS Global Public Health*, 4(1), e0002711. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002711>
- Baig, L., Tanzil, S., Shaikh, S., Hashmi, I., Khan, M. A., & Polkowski, M. (2018). Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(2), 294-299. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14432>
- Batista, J. E. (2021, septiembre 6). Línea Vivir: Una llamada que salva vidas. *Hoy Digital*. <https://hoy.com.do/linea-vivir-una-llamada-que-salva-vidas/>
- Braithwaite, S., Van Orden, K., Witte, T. K., Cukrowicz, K., Selby, E., & Toiner, T. E. J. (2011). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. En *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843-860). Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Cai, J., Wu, S., Wang, H., Zhao, X., Ying, Y., Zhang, Y., & Tang, Z. (2023). The effectiveness of a workplace violence prevention strategy based on situational prevention theory for nurses in managing violent situations: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1164. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10188-1>
- Campos, A. M. Q. (2024). *Revisión crítica: Intervenciones de enfermería a personas en crisis que acuden al Servicio de Emergencia* [Master Thesis]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Casas Muñoz, A., Hernández-Castillo, M. D., Galicia-Torres, M. D. R., Ávila-Gonzaga, S. E., Velasco-Rojano, A. E., & Rodríguez-Caballero, A. (2024). Intento de suicidio en población pediátrica:

Abordaje integral en el área de urgencias. *Acta Pediátrica de México*, 45(1), Article 1S.

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1s.2731>

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer-Moberg, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313-1345.

<https://doi.org/10.1037/bul0000123>

Colectivo Salud Mental. (2022, abril 27). *Programa Elige la vida—Colectivo Salud Mental*.

<https://colectivosaludmentalrd.org/programa-elige-la-vida-2/>

Córdoba, R. N. (2016). Suicidio en niños y adolescentes. *Biomédica*, 36(3), Article 3.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-41572016000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Economist Impact. (2023). *Acting against suicide: Understanding a major public health threat in Latin America* (p. 53).

<https://static.innovativemedicine.jnj.com/61/fc/d54e8d40403fba555c4f88fa9b40/acting-against-suicide-understanding-a-major-public-health-threat-in-latin-america.pdf>

Ellison, A. G., Jansen, L. A. W., Nguyen, F., Martina, A., Spencer, J., Wierdsma, A. I., Kathol, R. G., & Schijndel, M. A. van. (2022). Specialty Psychiatric Services in US Emergency Departments and General Hospitals: Results From a Nationwide Survey. *Mayo Clinic Proceedings*, 97(5), 862-870.

<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.10.025>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.

(2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

- Gursahani, K., Char, D., Wilson, M. P., & Poirier, R. F. (2022). Emergency Department Management of Suicidal Ideation: Challenges, Misperceptions, and Hope. *Missouri Medicine*, 119(5), 437-443. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9616452/>
- Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. *Health Affairs*, 35(6), 1084-1090. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1672>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009a). Introduction: The interpersonal theory of suicide—Concepts and evidence. En *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009b). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association.
- López-Ros, P., López-López, R., Pina, D., & Puente-López, E. (2023). User violence prevention and intervention measures to minimize and prevent aggression towards health care workers: A systematic review. *Heliyon*, 9(9), e19495. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19495>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Muñoz Sánchez, J. L. (2019). *Fundamentos para la prevención del suicidio en Europa. Proyecto EUREGENAS*. <https://doi.org/10.14201/gredos.140465>
- National Institute of Mental Health. (2024, diciembre). *Suicide Prevention—National Institute of Mental Health (NIMH)*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>
- Oficina Nacional de Estadística. (2024). *Boletín demográfico y social 2024: Suicidios en la República Dominicana (2019–2023)* (p. 34). Oficina Nacional de Estadística. <https://www.one.gob.do/media/yzblyrx3/suicidio-en-la-rep%C3%BAblica-dominicana-2019-2023.pdf>

- Pereira, C. A. R., Borgato, M. H., Colichi, R. M. B., & Bocchi, S. C. M. (2019). Institutional strategies to prevent violence in nursing work: An integrative review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(4), 1052-1060. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0687>
- Pereira, W. S. B. (2024). Suicidality: A concept in perspective. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 41, e230054. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e230054>
- Pisani, A., Connor, K., Van Orden, K., Jordan, N., Landes, S., Curran, G., McDermott, M., Ertefaie, A., Kelberman, C., Ramanathan, S., Carruthers, J., Mossgraber, K., & Goldston, D. (2023). Effectiveness of a targeted brief intervention for recent suicide attempt survivors: A randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*, 13(3), e070105. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070105>
- Presidencia, R. D. (2024, julio 29). *Ministerio de Salud y primera dama anuncian ampliación de horario del Centro de Contacto “Cuida tu Salud Mental” | Presidencia de la República Dominicana*. Presidencia de La República Dominicana. <https://www.presidencia.gob.do/noticias/ministerio-de-salud-y-primera-dama-anuncian-ampliacion-de-horario-del-centro-de-contacto>
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B., Lumini, E., & Rasero, L. (2016). Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: Current approaches. *Open Access Emergency Medicine: OAEM*, 8, 17-27. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S69976>
- Resolución No.000019 del 5/08/2016 que crea las unidades de intervención en crisis (salud mental) y modifica la función y denominación del Hospital Psiquiátrico Padre Billini del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social a Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini, 0000192016 5 (2016). <http://repositorio.ministeriodesalud.gob.do/handle/123456789/1012>
- Robison, M., Udupa, N. S., Rice, T. B., Wilson-Lemoine, E., Joiner, T. E., & Rogers, M. L. (2024). The Interpersonal Theory of Suicide: State of the science. *Behavior Therapy*, 55(6), 1158-1171. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.008>
- Sagué-Vilavella, M., & Stoppa Monserrat, A. (2024). Suicidal behavior and urgent and emergency care. *Emergencias*, 36, 405-407. <https://doi.org/10.55633/s3me/065.2024>

- Salvo, L., Florenzano, R., & Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913-919.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913>
- Savoy, S., Carron, P.-N., Romain-Glassey, N., & Beysard, N. (2021). Self-Reported Violence Experienced by Swiss Prehospital Emergency Care Providers. *Emergency Medicine International*, 2021, 9966950. <https://doi.org/10.1155/2021/9966950>
- Senz, A., Ilarda, E., Klim, S., & Kelly, A.-M. (2021). Development, implementation and evaluation of a process to recognise and reduce aggression and violence in an Australian emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 33(4), 665-671. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13702>
- Shain, B., COMMITTEE ON ADOLESCENCE, Braverman, P. K., Adelman, W. P., Alderman, E. M., Breuner, C. C., Levine, D. A., Marcell, A. V., & O'Brien, R. F. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1), Article 1. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
- Simpson, J. (2017). Improving Nursing Attitudes Toward Suicide Prevention in the Emergency Department: The Implementation of an Adolescent Suicide Risk Screening Tool. *Evidence-Based Practice Project Reports*. <https://scholar.valpo.edu/ebpr/102>
- Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 911. (2020, septiembre 11). El Sistema 9-1-1 contribuye a la prevención del suicidio [Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 911]. *Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1*.
<https://911.gob.do/el-sistema-9-1-1-contribuye-a-la-prevencion-del-suicidio/>
- Spiller, H. A., Ackerman, J. P., Spiller, N. E., & Casavant, M. J. (2019). Sex- and Age-specific Increases in Suicide Attempts by Self-Poisoning in the United States among Youth and Young Adults from 2000 to 2018. *The Journal of Pediatrics*, 210, 201-208.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.02.045>
- Terranova, C., Cestonaro, C., Ferrari, F., Fava, L., Cinquetti, A., & Aprile, A. (2025). Behind the white coat: Unraveling the patterns of workplace violence in an Italian healthcare setting – An

- epidemiological exploration. *PLOS ONE*, 20(5), e0324545.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324545>
- UNICEF. (2024a). *Six effects of the pandemic on the mental health of adolescents and young people* | UNICEF. UNICEF Latin America and the Caribbean. <https://www.unicef.org/lac/en/six-effects-pandemic-mental-health-adolescents-and-young-people>
- UNICEF. (2024b, octubre 8). *Urge priorizar la salud mental de la infancia: 1 de cada 10 niños en el mundo enfrentará algún trastorno psicológico*. UNICEF República Dominicana.
<https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/urge-priorizar-la-salud-mental-de-la-infancia-1-de-cada-10-ninos-en-el-mundo>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600.
<https://doi.org/10.1037/a0018697>
- WHO. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- WHO. (2025a). *Suicide*. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html>
- WHO. (2025b, marzo 25). *Suicide*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8459.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>

Zarska, A., Barnicot, K., Lavelle, M., Dorey, T., & McCabe, R. (2023). A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 27(3), 829-850.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2071660>