

FASES PARA EL DISEÑO DE UNA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA
CONDUCTA SUICIDA Y AUTOLESIVA EN UNA INSTITUCION DE SALUD MENTAL

Lina Roció Caballero Parra
María Angélica Villarreal Medina

Trabajo de grado para optar al título de especialista
en seguridad del paciente

Asesora metodológica:
OLGA STELLA DIAZ USME
Enfermera-psicóloga. Mg. Educación

Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá
2023

Contenido

| | Pág. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Introducción..... | 9 |
| 1. Antecedentes..... | 11 |
| 2. Descripción del problema | 14 |
| 3. Justificación | 19 |
| 4. Plataforma institucional..... | 23 |
| 4.1 Diagnóstico institucional | 23 |
| 4.2 Diagnóstico situacional- diagrama causa efecto | 27 |
| 4.3 Diagrama causa raíz | 27 |
| 5. Marco teórico | 29 |
| 5.1 Conceptualización de la conducta suicida, intento suicida, ideación suicida y autolesión | 29 |
| 5.1.1 Gravedad de la enfermedad subyacente | 30 |
| 5.1.2 Anamnesis - antecedentes | 30 |
| 5.1.3 Vigilancia y control | 31 |
| 5.1.4 Inadecuada comunicación | 31 |
| 5.1.5 Falta de coordinación eficaz..... | 31 |
| 5.1.6 Acceso a medios y objetos letales | 32 |
| 5.1.7 Derechos del paciente a la salud mental | 32 |
| 5.1.8 Unidad de salud mental de complejidad media..... | 33 |
| 5.1.9 Seguridad del paciente | 34 |
| 6. Objetivos | 36 |
| 6.1 Objetivo general..... | 36 |
| 6.2 Objetivos específicos | 36 |
| 7. Metodología- marco lógico | 37 |
| 7.1 Fases para el diseño de una guía de atención y la articulación de recomendaciones en la prevención de la conducta suicida y autolesivas en una institución de atención de salud mental de mediana complejidad | 37 |
| 7.1.1 Fase 1: fase diagnóstica | 37 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.1.2 Fase 2: propuesta de conformación del equipo multidisciplinario institucional (comité consultivo) | 45 |
| 7.1.3 Fase 3. Validación de las recomendaciones y del análisis causa raíz por el consenso de expertos para la elaboración de la guía de práctica clínica en la conducta suicida y autolesiva y la fase articulación con la política de seguridad del paciente de la institución..... | 47 |
| 7.1.4 Fase 4: Formulación y entrega de la guía de práctica clínica (GPC) en la prevención de la conducta suicida y autolesiva | 49 |
| 7.2 Fase 5: socialización de la guía de práctica clínica en la prevención de la conducta suicida y autolesiva | 49 |
| 7.3 Plan de acción..... | 49 |
| 7.4 Indicadores | 53 |
| 7.5 Consideraciones éticas..... | 55 |
| 7.6 Cronograma de actividades | 56 |
| 7.7 Presupuesto | 57 |
| Referencias | 58 |
| Anexos | 64 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 1. Clasificación conducta suicida y autolesiva..... | 26 |
| Tabla 2. Estrategias de búsqueda..... | 38 |
| Tabla 3. Herramienta Spider | 38 |
| Tabla 4. Proyección de recomendaciones basadas en el análisis de la literatura | 41 |
| Tabla 5. Plan de acción..... | 51 |
| Tabla 6. Ficha técnica del indicador 1 | 53 |
| Tabla 7. Ficha técnica del indicador 2 | 53 |
| Tabla 8. Ficha técnica del indicador 3 | 53 |
| Tabla 9. Ficha técnica del indicador 4 | 53 |

Lista de figuras

| | Pág. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Figura 1. Causas de la conducta suicida y autolesivas en pacientes hospitalarios con problemas mentales. Diagrama de pescado | 27 |
| Figura 2. Causas de conductas suicidas y autolesiones en pacientes hospitalarios con problemas mentales..... | 39 |
| Figura 3. Cronograma de actividades..... | 56 |
| Figura 4. Presupuesto | 57 |

Lista de anexos

| | Pág. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Anexo 1. Censo institucional del número de ingresos de pacientes clasificados con riesgo autolesivo y conducta suicida para los años 2021 al 2022 | 64 |
| Anexo 2. Documento técnico de la estructura del proyecto | 65 |
| Anexo 3. Cronograma de reuniones del comité consultivo | 66 |

Resumen

Los trastornos psiquiátricos son considerados una prioridad en salud pública, por lo cual las instituciones de salud mental brindan un espacio de atención integral y seguro a los pacientes que por su condición mental y alto riesgo físico y psicológico requieren de un cuidado especializado. Así, identificar los principales riesgos de una internación y generar así barreras que promuevan la seguridad del paciente deberá considerarse una prioridad, como lo son la conducta autolesiva y la conducta suicida, como nos informa el comunicado de prensa “suicidio” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), alrededor de 700.000 personas se suicidan cada año en el mundo. En Colombia con una estimación aproximada del 2,4% (409 casos) de los intentos suicidas en centros psiquiátricos (12). Y aunque sabemos que existen innumerables condicionantes extrínsecos que se asocian a esta conducta, el conocimiento y la intervención oportuna previene la materialización del riesgo, por lo cual el presente proyecto de gestión propone las fases para la elaboración de una guía para la prevención de la conducta suicida y autolesiva a nivel intrahospitalario y a partir de la revisión teórica ofrece recomendaciones generales orientadas a este propósito.

Palabras clave: Conducta Suicida, conducta Autolesiva y Riesgo.

Abstract

Psychiatric disorders are considered a priority in public health, which is why mental health institutions provide a space for comprehensive and safe care to patients who, due to their mental condition and high physical and psychological risk, require specialized care. Thus, identifying the main risks of hospitalization and thus generating barriers that promote patient safety should be considered a priority, such as self-harming behavior and suicidal behavior, as the World Health Organization's "suicide" press release informs us. Health (WHO) (1), around 700,000 people commit suicide each year in the world. In Colombia with an approximate estimate of 2.4% (409 cases) of suicide attempts in psychiatric centers (12). And although we know that there are innumerable extrinsic conditions that are associated with this behavior, knowledge and timely intervention prevent the materialization of the risk, which is why this management project proposes the phases for the development of a guide for the prevention of the behavior. suicidal and self-harm at the in-hospital level and based on the theoretical review, it offers general recommendations aimed at this purpose.

Keyword: Suicidal Behavior, Self-Harming Behavior, and Risk

Introducción

Las conductas suicidas y autolesivas constituyen un reto significativo respecto de la atención a la salud mental y el apoyo continuo en funciones diarias como son vestirse, comer y hasta salir a la calle. Las unidades de salud mental desempeñan un papel crucial a la hora de proporcionar intervenciones específicas y estrategias de prevención para la gestión del riesgo y el impacto de estas conductas (2).

El comportamiento suicida, caracterizado por pensamientos, planes o intentos de acabar con la propia vida, es un problema angustioso y potencialmente mortal. Del mismo modo, el comportamiento autolesivo, que implica el daño deliberado, Así mismo sin intención suicida, es una manifestación compleja de angustia psicológica (3). Una unidad de salud mental especializada proporciona un entorno adaptado para abordar las necesidades específicas de estas personas, ofreciendo una amplia gama de servicios destinados a la prevención, la intervención y el apoyo a largo plazo (4).

Igualmente, es imperativo destacar que las unidades de salud mental son aquellas instituciones especializadas en la atención del paciente que tienen como fundamento el cuidado centrado en las personas que allí se encuentran hospitalizadas y la recuperación de los mismos, por lo cual estos espacios deberán garantizar una atención segura durante el proceso de atención intrainstitucional. Y aunque el riesgo de autolesión e ideación suicida se identifique al ingreso del paciente, el cual puede estar relacionado con factores externos propios del paciente como también asociado a trastornos mentales graves que comprometan el juicio de la realidad, el propósito institucional debe ser conducirse hacia la atención integral e interdisciplinaria. De allí, la importancia de contar con un instrumento de atención exhaustivo que permita definir las intervenciones de salud mental con calidad, determinando una secuencia en el cuidado del paciente al proporcionarle atención segura y con calidad en salud.

En consecuencia, la conducta suicida y la autolesiva son prevenibles y contar con guías que posibiliten la identificación oportuna del riesgo y el establecimiento de medidas de

protección no solo salva vidas sino adicionalmente atenúa la incertidumbre tanto en la red de apoyo como en el personal asistencial.

Por tal motivo, el presente trabajo de grado propone un proyecto de gestión en donde se diseñan unas fases la elaboración de una guía de atención para la prevención de la conducta suicida y autolesiva en Instituciones especializadas en Salud Mental destacando la importancia de cómo estas herramientas generan métodos en la mejora continua en la búsqueda de la calidad.

1. Antecedentes

Esta temática ha sido abordada en diferentes estudios; respecto al impacto del suicidio sobre las vidas personales y profesionales de los cuidadores, aunque la mayoría de las veces para ellos no es perceptible o podría estar normalizado. En una investigación cualitativa basada en las narrativas de médicos y enfermeras, se describe que la atención a este grupo de pacientes, genera desgaste multidimensional (Psicológico, físico, conductual, cognitivo y a largo plazo) y que el impacto del evento adverso en el talento humano se ve expresado en síntomas como: la irritación, vergüenza, depresión, agotamiento, aislamiento entre otros.

De igual manera, se hace referencia la necesidad de contar con procesos de capacitación que posibiliten, tener una mayor formación acerca de las estrategias orientadas a la prevención y abordaje integral en estas situaciones. La misma investigación analiza las estrategias de manejo utilizadas por los profesionales entre las que mencionan el diálogo con colegas, actividades recreativas, acudir a redes de apoyo entre otras; sin embargo, no es la principal elección. Se evidencia la importancia intervenir e implementar estrategias frente al agotamiento del personal de salud, la necesidad de garantizar el compromiso institucional en respuesta a las necesidades en salud de los funcionarios y de incentivar o consolidar la cultura de seguridad al interior de las organizaciones (4,5).

Son limitados tanto los reportes, como los estudios que analizan este comportamiento al interior de las instituciones de salud, el “Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007”(3), presenta una serie de casos de muertes por suicidio en siete clínicas psiquiátricas privadas durante los años 1998-2007 en algunas ciudades colombianas cinco en total, que comprende 1.156 camas psiquiátricas.

El autor retoma como antecedente legal la tutela en Ibagué contra el Hospital Federico Lleras, motivada por el suicidio de una menor de edad en la Unidad de Salud Mental donde era atendida, el “evento que fue asociado a fallas tanto del servicio hospitalario,

como de vigilancia y protección, y no como expreso la institución de autonomía personal en eventos de suicidio, en cuanto a resguardar la seguridad personal [sic] y que existe la obligación del cuidado al enfermo mental. La normatividad colombiana enfatiza la importancia sobre la supervisión y el cuidado del paciente hospitalizado” (3). Tal y como se presentó en la ciudad de Ibagué para el año de 1993, en el caso de una menor hospitalizada bajo diagnóstico de trastorno afectivo bipolar cursando un episodio maníaco, durante su estancia paciente con episodios de agitación y agresión por lo cual requirió contención en repetidas ocasiones, durante su estancia expresa una clara manifestación de ideación suicida, que no tuvo las medidas preventivas mínimas por parte del personal asistencial, la paciente regresa a su habitación donde en un aparente descanso, posteriormente consuma la idea suicida mediante mecanismo de ahorcamiento (3).

Durante la investigación se concluye que, a pesar de que la paciente expresa una idea suicida dentro de un estado de delirio, el personal que se encontraba a cargo de su cuidado no tomó ninguna medida de protección, lo que desencadena un evento centinela. Por lo cual, la corte hace responsable a la institución de salud por el evento presentado. En este caso se hace evidente la necesidad de una atención segura centrada en el riesgo, ya que la paciente por su patología representaba para ella misma una amenaza. Por tanto, la seguridad del paciente contiene mecanismos y acciones que permiten el manejo de los riesgos en cuanto a la prevención, minimización y superación en este tipo de situaciones (6).

Respecto al impacto de la conducta suicida en la familia, Garciandía realiza la publicación para el año 2013 del documento titulado “Familia, suicidio y duelo” (7) en el que se realiza una revisión narrativa entre la relación del suicidio y la disposición al duelo de la red de apoyo o cuidadores. En este se analiza la dinámica familiar frente a la muerte y la separación, señala el autor que la muerte genera en la familia un sentimiento de angustia y desesperanza, seguido de unas etapas de duelo hacia la búsqueda de la aceptación. Para comprender cómo la muerte afecta a una familia es importante entender que una familia como sistema está conformado por diferentes partes, compuestas a su vez por

individuos y vínculos que con la muerte de un miembro generan una ruptura. En consecuencia, el suicidio afecta con mayor intensidad a la familia y pone en entre dicho su desempeño, ya que la desarticula incrementando el riesgo para la superación del duelo (6).

Este artículo permite comprender como el evento del suicidio puede desestructurar un entorno, y como está perdida puede llevar a generar situaciones de duelo emocional tan grandes que puede llevar a repetirse la acción por otro integrante de la familia. Por lo cual vemos el compromiso que como funcionarios tenemos al brindar a los pacientes una atención con calidad, mitigando y previniendo, factores de riesgo que condicionen a que conductas como la autolesión o el suicidio se llegue a presentar.

En Colombia la Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones relacionadas con la garantía de la calidad en salud y se establecen indicadores para su monitoreo. Además, en esta norma se establece la obligatoriedad de EAPB en cuanto al reporte de eventos adversos (8).

De igual forma cuenta con tres anexos: en el número 1, contiene indicadores para el monitoreo de la calidad junto con las fichas técnicas de estos indicadores, también el número 2 define lo que se deben reportar los prestadores de servicios de salud y el número 3 hace referencia al reporte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). A sí mismo, en el registro Tipo 5: se realiza el reporte de Evento Adverso, en cuanto a: Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización junto con la relación de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización (8).

En consecuencia, esta norma delimita las precisiones de reporte de eventos adversos que se presentan al interior de los servicios de salud en el proceso de atención en salud (8).

2. Descripción del problema

La conducta suicida, se reconoce como una prioridad en salud pública en la población general y en el proceso de hospitalización de los pacientes con diagnósticos en salud mental se describe como uno de los riesgos; situación frente a la que se genera una alerta permanente en el proceso de atención en salud, ya que los pacientes, que en razón a su condición de salud y diagnóstico, experimentan angustia emocional y dificultades psicológicas, presenta mayor riesgo de conducta suicida y con ello a un incremento exponencial de consultas por autolesiones, que se presentan en respuesta a estrategias de afrontamiento poco efectivas, adicionalmente la presencia de ansiedad y diversidad de factores de riesgo asociados a condiciones del entorno, junto a determinantes sociales incrementan la vulnerabilidad a ejecutar este tipo de acciones (2,3,9). A continuación, se enuncian algunos de los factores desencadenantes de pacientes hospitalizados y no hospitalizados:

✓ **Pacientes hospitalizados:**

- Enfermedades mentales de base, como depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad o trastorno de estrés postraumático (TEPT), aumentan significativamente el riesgo de ideación y comportamientos suicidas.
- Tratamiento inadecuado, baja adherencia o deficiencias en la continuidad de la atención que pueden contribuir a la percepción de desesperanza y abandono (2,3,9).
- Efectos secundarios de los fármacos utilizados para el manejo terapéutico de los trastornos mentales que pueden tener efectos secundarios, incluido un mayor riesgo de ideación suicida, especialmente durante las fases iniciales del tratamiento o los ajustes de dosis, por lo cual es necesario un seguimiento estrecho para mitigar este riesgo (2,3,9).

✓ **Pacientes no hospitalizados:**

- La limitación en el acceso a los servicios de salud mental bien sea por insuficiencia de recursos, largos tiempos de espera para concertar consulta y las opciones de tratamiento inadecuadas pueden obstaculizar la atención eficaz de los pacientes de salud mental (2,3,9) .
- El estigma y aislamiento social que conduce a la discriminación y exclusión de dinámicas cotidianas, ocupacionales, laborales y familiares, en las que la experiencia de sentirse incomprendido, juzgado o rechazado por los demás incrementa la angustia emocional a la que se enfrentan los pacientes y por ende su vulnerabilidad (2,3,9).
- El abuso simultáneo de sustancias psicoactivas y la presencia de patología dual que se asocian a una situación de alto riesgo, debido a que pueden intensificar la presencia de ideación y comportamientos suicidas, ya que las sustancias pueden exacerbar los síntomas de base y alterar algunas funciones mentales (2,3,9).
- Trayectorias de vida que han generado traumas físicos y psicológicos como la violencia física y verbal, pérdidas significativas o episodios traumáticos presentes en la cotidianidad que contribuyen en la salud mental a la presencia de alteraciones y se exacerban ante eventos que son asociados (2,3,9).

Por otro lado, la problemática del suicidio y las conductas autolesivas en pacientes con alteraciones mentales alerta sobre la importancia de identificar y analizar la evidencia reportada en la literatura, que da cuenta de intervenciones a desarrollar de manera temprana con el propósito de garantizar, no solo el apoyo a lo largo del proceso de recuperación y seguimiento, sino también la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.

Los reportes epidemiológicos constituyen un referente en la toma de decisiones en salud mental. Ya que, constituyen un insumo importante al momento de formular políticas y normatividad, en los procesos de asignación de recursos tanto a nivel de talento humano como de insumos e infraestructura que aseguren la calidad de atención y la respuesta oportuna a las prioridades identificadas. Para este caso, como lo expone la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) en su comunicado de prensa “suicidio” del año 2021, alrededor de 700.000 personas se suicidan cada año en el mundo, esta condición representa la tercera causa de muerte especialmente en personas jóvenes de 20 a 29 años. Así mismo, en Colombia según el Instituto de Medicina Legal en el reporte Forensis, “*Datos por la vida*” refiere que sucedieron alrededor de 2.689 muertes violentas para el año 2021, en el 81,03% de los decesos (2.179) hombres y 19,67% (510) mujeres, en una proporción de hombre-mujer 4,27-1,0.

La misma publicación hace referencia a que en los 10 años anteriores los suicidios corresponden a 22.986 personas, con 5,23 de tasa promedio y una tendencia al aumento siendo las mujeres las de mayor porcentaje. Respecto del año 2020 se presentó una variación porcentual del 11,11%. La mayor tasa de 9,24 es entre los 18 y 19 años. En el 65,86% de los suicidios se utilizaron dispositivos de asfixia, con un porcentaje parecido en mujeres y hombres, seguidamente los casos de tóxicos con un 15,51%. En cuanto a los suicidios consignados en el 2021, los más afectados corresponden a campesinos 377 casos, seguido por personas con adicción a psicoactivos naturales o sintéticos y de los conflictos con la pareja o expareja. De igual modo, la enfermedad mental como factor de riesgo en el entorno hospitalario, es descrita como la razón del suicidio en 29,11% de los casos, lo cual corresponde a las proyecciones de la OMS la cual indica que para el 2030 la depresión será una de las causas de suicidio más frecuente (9).

Para el 2021 los departamentos con la mayor tasa por 100.000 habitantes fueron Vaupés (23,37), Arauca (11,44), Amazonas (9,87), Risaralda (9,71) y Caldas (9,56). Por ciudades capitales, Mitú (37,06), Leticia (13,31), Arauca (12,21), Pasto (10,29) y Manizales (8,68) con respecto al año anterior, la tasa de suicidio aumento en un 5,21% y representan una tasa de 5,71% por cada 100.000 habitantes (9).

Se señala que departamentos como Vaupés en donde 11 suicidios ocurridos en su capital Mitú, duplican la tasa del año pasado (13,05) y también la nacional. En segundo y tercer lugar, Amazonas y Arauca, los cuales han presentado este mismo comportamiento en años anteriores. Las capitales con mayor registro en 2021 fueron Bogotá (374), Medellín (192), Cali (97), Barranquilla (59), Ibagué (43). Respecto de los municipios sobresalen Coromoro (Santander) con cuatro suicidios (tasa 85,98) y Ocamonte con cuatro suicidios (tasa 73,57); Tibaná (Boyacá) con seis (tasa 70,79) y Támara (Casanare) con cuatro suicidios (tasa 66,76). Según el INS, para el 2021 Santander y Bogotá D. C., reportaron un incremento poco común de intentos de suicidio (9).

Cabe destacar que la cifra, de la OMS, sobre la tasa global de suicidio ajustada por edad es de 9,0 por 100.000 habitantes, y en nuestro país para el 2020 representa la tercera causa externa de muerte por lesiones auto infligidas de manera intencional con una tasa de incidencia de 5,23 por 100.000 habitantes (10), el impacto es concluyente, ya que en la ciudad de Pasto por cada 100.000 habitantes la tasa de muerte por suicidio es de 10.4 según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (11). A sí mismo, a nivel institucional para el Hospital San Rafael de Pasto según el censo institucional el número de ingresos de pacientes clasificados con riesgo suicida para los años 2021 al 2022 corresponde a un total de 5672 casos, diferenciados en 3068 del sexo femenino y 2610 para el masculino (Anexo 1).

El desarrollo del presente proyecto de gestión cobra sentido, debido al incremento exponencial de los trastornos psiquiátricos en el país en relación con los pacientes atendidos en unidades de salud mental que es la competencia para la realización de las fases. Es observable que a nivel nacional la mayor prevalencia de intento suicida según el ciclo vital está en la adolescencia (12-18 años) 9125 casos (33.6%), juventud (19-26 años) 8522 (31.5%), adultez (27-59 años) 7788 (31.4%). (13) A nivel intrahospitalario se reporta 16.696 casos de pacientes con intento suicida (61.6%) para el año 2021,

dentro de los cuales los principales factores de riesgo relacionados con el diagnóstico principal son: la ideación suicida persistente con 9089 casos con un porcentaje del 33.5% por ciento, antecedentes de trastorno psiquiátricos de tipo conductual y patológico con predominancia en: esquizofrenia 8164 casos (30.1%), consumo de sustancias psicoactivas 3438 (12.7%) (13). En cuanto a los factores de riesgo asociados a la conducta suicida y autolesiva intrahospitalaria no se cuenta con registro de la información.

En relación a los principales métodos como factores de riesgo intrahospitalarios que le permiten al paciente una “oportunidad” para consumir la autolesión con idea suicida, se evidencia que las investigaciones encontradas no incluyen estas variables. Por tal motivo, llevar a cabo la exposición de cifras que característicen la utilización de estos métodos en relación con las conductas autolesivas y suicidas en pacientes hospitalizados solo es posible mediante la exposición de casos de manera particular en cada institución. Lo que pone de manifiesto la necesidad de herramientas idóneas que permitan la identificación de estos métodos para la implementación de procesos de atención seguros en pacientes de salud mental (3,14).

Por lo anterior, se hace evidente la magnitud del problema para la salud pública, ya que, si bien se califica como un evento prevenible y puede ser controlado durante los procesos de atención en salud a través de acciones oportunas en cada institución, las conductas autolesivas y el riesgo suicida, siguen en ascenso afectando a los seres humanos en todas las edades, puesto que, inicia en épocas tempranas, es de larga duración y de gran potencial en términos de discapacidad.

De esta manera, la atención intrahospitalaria, en las unidades de salud mental se reconoce como un contexto seguro, para los pacientes y las familias, en las que la implementación de acciones humanizadas orientadas hacia la calidad y prevención del riesgo, son prioridad. Sin embargo, la presencia de factores de riesgo, para los pacientes que ingresan por diferentes situaciones relacionadas con su salud mental independiente del diagnóstico y condición comportamental, entre ellos el riesgo potencial de autolesión

y conducta suicida, hace necesario que se identifique desde el momento del ingreso con el propósito de activar medidas de protección e implementar acciones y procesos seguros en su atención (3).

En respuesta a esta necesidad se propone el desarrollo de proyecto de gestión en el que se deriven unas fases para el diseño de una guía de atención para la Prevención de la Conducta Suicida y Autolesiva durante el proceso de hospitalización en una Institución especializadas en Salud Mental.

3. Justificación

La OMS indica que, "la seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud" (19), es decir, la seguridad del paciente es aquel conjunto de acciones, procesos, herramientas y metodologías que actúan como eje transversal de la atención en salud en cuanto a la gestión del riesgo, la cual permite una atención centrada en el paciente y de calidad, a través de estrategias de priorización como las metas internacionales de seguridad del paciente (19).

Si bien la literatura y los análisis epidemiológicos permiten identificar factores asociados a la presencia de la conducta suicida, es difícil señalar una única causa para el aumento de esta conducta en el entorno institucional, varios factores potenciales contribuyen a esta preocupante tendencia: la literatura señala que, el abordaje de esta problemática, requiere de un enfoque integral que incluya el mejoramiento de los servicios de salud mental, la implementación de modelos de atención humanizada, procesos de psicoeducación al paciente y la familia, acciones orientadas a la reducción del estigma y del estigma internalizado, la garantía del acceso a la atención sanitaria mental y la

aplicación de estrategias de prevención basadas en recursos disponibles en los entornos sociales de apoyo (15).

De esta forma, se plantea la gestión clínica como una herramienta que tiene la finalidad de mejorar los procesos dentro de la organización, tanto los que hacen referencia directa al paciente como los que se relacionan con la articulación de los equipos de atención y de la institución con otras redes de apoyo inter y transectoriales. Las acciones mencionadas, entre otras, son abordadas a través de directrices emanadas de los programas en los que se comprende que la seguridad del paciente, permea la totalidad de acciones que se orientan a asegurar la ausencia de daños prevenibles durante el proceso de atención sanitaria, en particular, de no ser posible asegurar la ausencia se busca la reducción al mínimo aceptable, de acuerdo al conocimiento, a la experiencia, los recursos y la evidencia científica disponible para la gestión del riesgo.

Por tal razón, el desarrollo de la guía de atención es necesaria para la prevención, minimización y control de los factores de riesgo presentes durante la atención en salud mental de pacientes con conducta autolesiva y suicida a nivel intrahospitalaria. A sí mismo, el impacto que la realización de esta, genera en el paciente es mitigar las acciones auto infligidas y suicidas, en la familia es evitar los estados de angustia, ansiedad y sufrimiento relacionado con la evolución del paciente. para el personal de salud permitirá la identificación de barreras que mengüen la presencia de daño o eventos adversos producto de la atención de pacientes con esta condición y para la institución reconoce que el costo de recuperación física y emocional del paciente es alto. Una guía de practica clinica que será desarrollada por el comité consultivo será de gran aprovechamiento para los funcionarios que se encuentran a cargo del cumplimiento del plan de manejo médico del paciente, ya que organiza unas recomendaciones de atención junto con herramientas de valoración sanitaria durante el proceso de hospitalización

Desde la normatividad en salud mental, la Ley 1616 de 2013, hace referencia a los procesos de atención en salud mental como “aquellos en los que se debe garantizar el ejercicio del Derecho a la Salud Mental como parte de los derechos de las pacientes,

toda persona debe recibir una atención humanizada e interdisciplinar producto de la articulación entre el equipo humano y los servicios especializados” (16).

La Política Nacional de Salud Mental sancionada por medio de la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, resalta que:

“El suicidio es un tema prioritario en salud pública. Este es un evento prevenible de gran impacto en el individuo, su familia y la sociedad en general. Son muchos años de vida de discapacidad y perdidos por muerte prematura por esta razón y afecta mayormente a jóvenes entre 15 y 29 años. Existen otros grupos de población de riesgo como son aquellas con precedente de intento de suicidio, los trabajadores del campo, las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, la población de grupos étnicos, individuos bajo custodia y aquellos en condición de desplazamiento” (17).

Señala la Ley que, una vez analizada la situación que es necesario: Señala la Ley que una vez analizada la situación que es necesario: 1. La promoción y prevención en salud mental a nivel individual, familiar y comunitario, por medio de actividades con enfoque intersectorial. 2. Generar dinámicas de transformación cultural en el largo plazo, hacia la orientación de la población afectada acerca de la utilización de los servicios de salud mental y la adherencia a los tratamientos. 3. Poner en marcha las Rutas Integrales de Atención en Salud, respecto de la intervención de los entornos intrahospitalarios con la participación intersectorial de aquellos actores responsables de la salud mental e implementar la detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos. 4. Diseñar protocolos y guías de práctica clínica, con recomendaciones generadas para este proceso como aportación al cumplimiento de las sugerencias de la OMS y 5. Reforzar las competencias del talento humano junto con su reentrenamiento en la atención primaria en salud para la identificación de factores de riesgo. (17).

Las Rutas Integrales de Atención en Salud como herramienta operativa de obligatorio cumplimiento que describe las acciones de atención y cuyo objetivo entre otros, es garantizar la atención integral en salud con estándares de calidad y la seguridad desde

el momento de la activación de las ruta bien sea por solicitud de los usuarios, derivación producto de la identificación de riesgo o por demanda inducida a partir de pruebas de tamizaje en la consulta externa y triage en urgencias de trastornos mentales y conductuales (2,16–18).

Para el caso colombiano el sistema obligatorio de la garantía de la calidad establecido a través del Decreto 1011 de 2006 (20), tiene como finalidad minimizar la existencia de acciones que afecten la seguridad del paciente, controlando la ocurrencia de eventos adversos hacia la construcción de organizaciones seguras con políticas de seguridad estructuradas y compromiso organizacional que las conduzcan hacia una acreditación y reconocimiento a nivel nacional e internacional. Por lo tanto, el presente proyecto está dirigido a brindar recomendaciones para la prevención y manejo de la conducta suicida y la autolesiva en pacientes hospitalizados.

Por último, la construcción de unas fases para el diseño de una guía de atención se orientan en tres rutas a saber: la primera es prevenir lesiones en el paciente mismo, la segunda es conocer y comprender el impacto que el desarrollo de estos incidentes y eventos adversos generan sobre los profesionales asistenciales como segundas víctimas, lo que se hace manifiesto en la percepción de emociones como miedo, duda e incapacidad de ejercer sus funciones en relación a la atención del paciente, así mismo, la existencia de esta falla, perjudica a una institución como tercera víctima (21).

4. Plataforma institucional

El hospital San Rafael de Pasto, institución católica-privada, presta sus servicios con atención humanizada orientado a la seguridad en salud mental, conformado por un talento humano idóneo atendiendo las necesidades del paciente y su familia, con instalaciones y tecnología óptimas para la prestación del servicio, en busca de la mejora continua, caracterizados en la gracia de la orden hospitalaria San Juan de Dios (22).

La institución dirige sus servicios a ser una entidad hospitalaria acreditada caracterizada por la humanización y seguridad en la atención de pacientes en salud mental, encaminada por los principios y valores juandedianos en la prestación del servicio en niveles superiores de calidad (22).

Por lo cual, El hospital San Rafael de Pasto a través de sus valores misionales como la hospitalidad, calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad encamina el servicio de la institución en la fe y la humanización, concreta y busca la excelencia y la atención con calidad, responsabilidad al ser humano en el reconocimiento de sus necesidades y la respeto por la justicia, leyes y normas hacia el medio ambiente y la distribución ecuánime de recursos. Y en sus principios, la institución hospitalaria, promueve la dignidad y derechos humanos, defiende el derecho a morir dignamente, prima el derecho del consentimiento informado y al conocimiento de su estado de salud, valora y estimula al profesional de la salud en el desarrollo de sus capacidades y resguarda la promoción de la vida humana (22).

4.1 Diagnóstico institucional

La proyección de las recomendaciones para la realización de un GPC en la prevención de conducta suicida y autolesiva va dirigido a una unidad de salud mental de carácter privado, que dispone de 315 camas habilitadas en total y presta atención exclusiva en servicios de salud mental de complejidad media, como se describe a continuación:

Esta institución está compuesta en su equipo de talento humano por: a nivel profesional cuenta con diez psiquiatras, un psiquiatra infantil, ocho médicos generales, tres trabajadores sociales, un nutricionista, veinte enfermeros, un químico farmacéutico, dos terapeutas ocupacionales. A nivel técnico: 102 técnicos auxiliares de enfermería, dos auxiliares de terapia ocupacional, dos educadores físicos y un capellán. A sí mismo, el personal de servicios generales, lavandería y mantenimiento (23). La unidad especializada en salud mental, cuenta con 12 unidades de internación hospitalaria, distribuidas así:

Unidad de pacientes crónicos. Larga estancia que está conformada por: unidad San Benito Menni, unidad buen consejo, unidad Santa Mónica, unidad Eugenio Ramírez (inimputables) (23).

Unidad de pacientes agudos. Julio Piña (urgencias), unidad Antón Martín, unidad San Camilo, unidad San Agustín, unidad Ricardo Pampuri, unidad de aislamiento, unidad niño Jesús de Granada, unidad de expansión (23).

Por lo anterior, es importante resaltar que las recomendaciones para la realización de una guía de práctica clínica en la prevención de conducta suicida y autolesiva aplica sólo a pacientes agudos internados en la unidad de salud mental, no se designa para pacientes crónicos.

De igual manera, en la unidad de salud mental se cuenta con el servicio habilitado de TECAR (terapia electro convulsiva bajo anestesia y relajación), la cual es un complemento del desarrollo terapéutico y este solo es responsabilidad del profesional en Psiquiatría. También en el servicio de urgencias se tiene especialidades médicas 24/7 en atención a condiciones mentales para adultos, adultos jóvenes y niños ya que se cuenta la especialidad de Psiquiatría pediátrica para la atención de menores de 15 años. Y, por último, en el servicio de hospitalización se tienen 315 camas a disposición de las

necesidades psiquiátricas de la población, por lo que el Hospital San Rafael de Pasto (HSRP) es un referente en la atención en salud mental del suroccidente colombiano (23).

Así mismo, en su estructura gerencial el HSRP consigna políticas direccionadas a la protección de datos, conflicto de intereses, junto con política de calidad, política ambiental y política de seguridad del paciente. Como se observa, aunque la organización hace un esfuerzo por dedicar especial interés en gestionar la información asegurando el manejo adecuado de la misma (ley 1581 del 2012 ley de protección de datos personales) (24), también orienta conductas intrahospitalarias producto de negociaciones cuyo principal objetivo es maximizar el bienestar para el paciente, genera estrategias de comunicación permanente para la identificación de las necesidades de los servicios ofertados, es necesaria la articulación del proyecto de gestión con la política de seguridad de paciente, porque tanto el proyecto como la política tienen como fin último hacer que el conjunto de procesos que conforman el sistema organizativo que puedan contribuir en la minimización del riesgo en la atención de pacientes con enfermedad mental.

No obstante, en la revisión del censo entregado por el hospital es observable que durante los años 2021 fueron reportados 36 eventos adversos, de los cuales cinco corresponde a conductas suicidas y autolesivas, de igual forma para el año 2022 se reportan un total de 26 eventos adversos entre los que se destacan 4 conductas autolesivas. diferenciadas como sigue:

Tabla 1. Clasificación de conducta suicida y autolesiva años 2021-2022

| ANO | INTENTO AUTOLESIVO | INTENTO SUICIDA |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CENSO INSTITUCIONAL 2021 | paciente con alucinaciones visuales se tira intencionalmente al piso generando un trauma craneo encefálico leve en región occipital. | paciente se toma 1 frasco de haloperidol, presenta rigidez cervico- mandibular, sialorrea, bradicardia, es remitido a institución de mayor complejidad. |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | autolesión tipo cuttin con brasear en región de antebrazo derecho. | Paciente se toma 1 blíster de ácido valórico correspondiente a 10 tabletas del medicamento. Posterior remitido a institución de mayor complejidad |
| | autolesión tipo cuttin con un tornillo el antebrazo derecho. | |
| CENSO INSTITUCIONAL 2022 | Autolesión tipo cuttin con bote de desodorante en crema | No reporta |
| | Autolesión tipo cuttin con las uñas en antebrazo | |
| | Autolesión tipo cuttin con un color en brazo derecho. | |
| | Autolesión tipo cuttin secundaria a ansiedad por no valoración oportuna por psiquiatría. | |

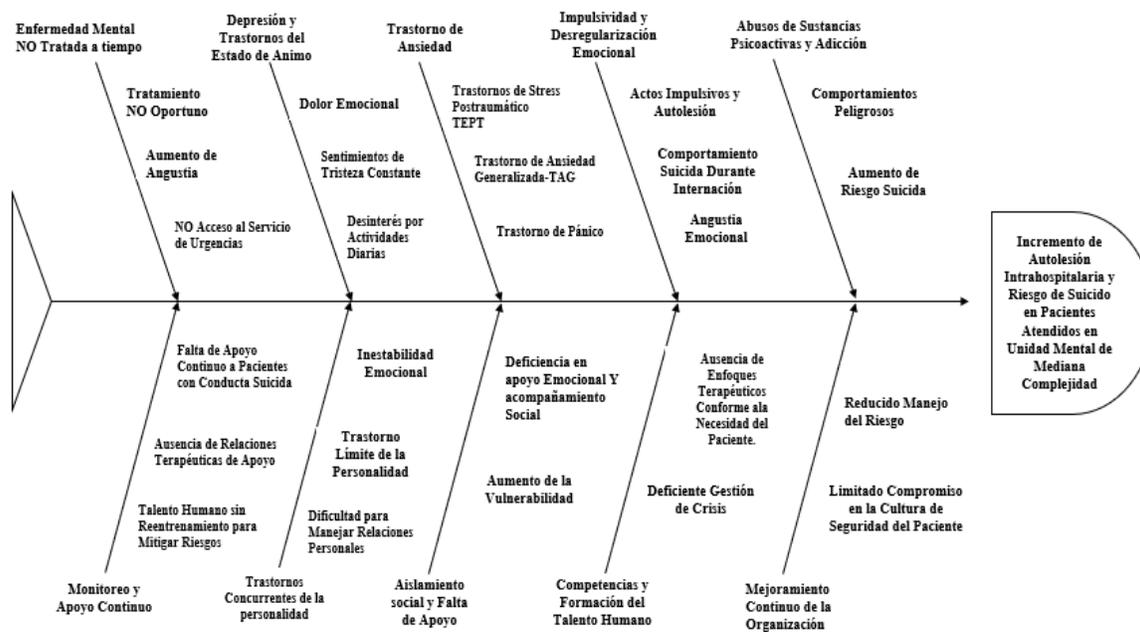
Fuente: censo institucional hospital San Rafael años 2021-2022.

Cabe destacar que de los eventos adversos reportados no se cuenta con registro de planes de mejora y seguimiento institucional (información no suministrada por la unidad de salud mental). Igualmente, es imperante reconocer que para los años 2021 a 2022 fueron ingresados un total de 5672 pacientes con riesgo suicida a la unidad de salud mental.

4.2 Diagnóstico situacional- diagrama causa efecto

Para la priorización de los factores asociados al incremento de autolesiones y riesgo suicida en pacientes atendidos en una unidad de salud mental de mediana complejidad, se tuvo en cuenta la revisión literaria y el reporte de eventos adversos en relación a la conducta suicida y autolesiva del censo institucional (registro del programa de seguridad del paciente) de la institución de los años 2021-2022 del Hospital San Rafael de pasto.

Figura 1. Causas de la conducta suicida y autolesivas en pacientes hospitalarios con problemas mentales. Diagrama de pescado



Fuente: Elaboración propia, 2023

4.3 Diagrama causa raíz

Los comportamientos suicidas y auto lesivos son conductas de gran prevalencia en pacientes con trastornos psiquiátricos. Pero las causas que contribuyen a estos comportamientos pueden variar de una persona a otra, hay algunos factores comunes que se asocian a un mayor riesgo (25–27). Es observable en el diagrama causa-raíz que,

trastornos de salud mental desde depresión hasta trastornos de alteración del juicio como esquizofrenia, que no cuentan con un entorno familiar o red de apoyo adecuado maximizan el riesgo y coadyuvan a las acciones de producir daño superficial como en las autolesiones e idear la manera más rápida de suicidarse, haciendo que el paciente pase de una ideación suicida a un suicidio interrumpido o consumado.

Por consiguiente, es importante señalar que algunas consideraciones del diagrama causa-efecto de las conductas suicidas y autolesiones en individuos con problemas mentales o en pacientes que se internan por dicha condición pueden estar influidos por diversos factores, aunque la circunstancia es particular para cada paciente las posibles causas de este tipo de conductas pueden variar (25–27).

5. Marco teórico

5.1 Conceptualización de la conducta suicida, intento suicida, ideación suicida y autolesión

Es importante hacer la diferenciación entre la conducta autolesiva y la suicida; la primera de tipo no suicida incluye toda clase de comportamientos como son: cortarse, rascarse, morderse, quemarse, pegarse, arrancarse el cabello, saltar de lugares de gran altura, entre otros (15). Entre las conductas autolesivas la acción de agresión física es superficial, y no de automutilación u otro tipo de conducta física que ponga en riesgo la vida; es decir, que en la autolesión de tipo no suicida no se presenta intención de acabar con la vida. Mientras que en el intento suicida el objetivo es quitarse la vida, por tanto, el tipo de agresión física se deriva de acciones mucho más severas como son: el envenenamiento o ahorcamientos entre otros. En consecuencia, se debe comprender que la intencionalidad es la clave para diferenciar entre una autolesión física y un riesgo de suicidio, teniendo en cuenta que algunas de estas agresiones pueden conducir según su gravedad a generar un suicidio no intencional (15).

En cuanto a la gestión del riesgo (identificación y clasificación) al ingreso de una unidad de salud mental de mediana complejidad, es importante hacer una conceptualización de estos para una mayor comprensión de sus características.

La conducta suicida corresponde a las actividades realizadas por las personas que buscan métodos efectivos para quitarse la vida, en esta se incluyen los pensamientos y sus acciones. Mientras que el intento suicida es definido por las acciones de preparación que hace un ser humano destinado a causar o no su muerte, el cual puede terminar en acción de interrupción o fracaso. Igualmente, en la ideación suicida el paciente tiene deseos de estar muerto, pero sin desarrollar un plan para su ejecución. Por último, la autolesión no intencional o deliberada: son las acciones que se genera un paciente en daño físico superficial sin consecuencias fatales (15). Por tal motivo, las personas con

este tipo de conducta para mejorar su estado de ánimo buscan auto infligirse debido a la desregulación emocional.

Ahora bien, los métodos de autolesión que emplean los pacientes con mayor frecuencia son: golpes, pellizcos, rasguños, mordeduras, quemaduras u otras de mayor complejidad como son envenenamiento y ahorcamiento. Por tanto, es importante el reconocimiento de los factores de riesgo que se presentan al ingreso de las unidades de atención en salud mental, lo que requiere un adecuado abordaje clínico en cuanto al diagnóstico con la utilización de todos los recursos que contribuyan a una evaluación más eficiente de las personas que padecen este tipo de condición psiquiátrica. Es decir, que este tipo de comportamiento no solo constituye en una causa de ingreso a una unidad de salud mental para el paciente, sino también una dificultad para sus familias y cuidadores. No obstante, a pesar de encontrarse en un medio controlado (28), se siguen presentando estas acciones a nivel intrahospitalario por la convergencia de muchos de estos factores:

5.1.1 Gravedad de la enfermedad subyacente

Los pacientes con trastornos mentales graves, como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno depresivo mayor o el trastorno por estrés postraumático (TEPT), pueden presentar una intensa angustia emocional e impulsividad, lo que aumenta su riesgo de generar conductas autolesivas o suicidas (14). Es decir, este tipo de conductas son de especial atención y de mayor seguimiento en vigilancia y control en las unidades de salud mental.

5.1.2 Anamnesis - antecedentes

Los pacientes que tienen antecedentes de intentos de suicidio o conductas autolesivas tienen un mayor riesgo de repetir esta conducta durante su estancia en el hospital. Los intentos previos pueden indicar un riesgo mayor, por lo que en el entorno hospitalario se debe abordar esta vulnerabilidad adecuadamente. Es decir, es necesario identificar este

factor de riesgo repetitivo como signo de alerta durante su ingreso a la unidad de salud mental (14).

5.1.3 Vigilancia y control

Los pacientes en quienes se identifica un riesgo suicida y de autolesión durante el ingreso a la unidad de salud mental, deberán contar con una vigilancia estrecha por su comportamiento. En estas instituciones, se deben disponer de los recursos de talento humano existentes como es una mayor proporción de personal médico y de enfermería por paciente, (10 pacientes por un auxiliar de enfermería). y de infraestructura, es decir se cuenta con una estación de enfermería desde donde se observan todas las camas. Además, la institución posee cámaras de vigilancia desde donde se monitoriza la deambulación y el acceso al baño (14).

5.1.4 Inadecuada comunicación

Una comunicación no asertiva entre el personal de salud que hacen parte de la atención en salud puede dificultar la identificación y el tratamiento de los pacientes de riesgo, permeabilizando las barreras de seguridad para la entrega de turnos, el traslado de pacientes entre unidades y de un estilo de comunicación pasiva, insegura y agresiva entre el talento humano que hace parte de la organización. Además, la falta de protocolos estandarizados para evaluar y tratar las conductas suicidas o autolesivas pueden contribuir a fallas activas y acciones inseguras en la atención (14).

5.1.5 Falta de coordinación eficaz

Es importante definir la coordinación como aquella variable de atención efectiva que para el ámbito hospitalario incluye características como la comunicación, el respeto mutuo, la confianza y la toma de decisiones en equipo. Por lo que, las estrategias y procedimientos para coordinar las actividades asistenciales de los pacientes hospitalizados en unidad de

salud mental, son primordiales en la atención segura, las cuales debe ser garantizadas por la institución, por lo cual es prioridad conocer los requerimientos para cada unidad de atención en salud al interior de la institución y lineamientos institucionales que asignan acción por cada necesidad (29)

5.1.6 Acceso a medios y objetos letales

En las unidades de salud mental la seguridad del paciente está encaminada a prevenir el potencial riesgo del paciente. A pesar de esto la existencia de fallas activas que conducen a la presencia de eventos adversos indican los pacientes tienen accesibilidad a mecanismos físicos que pueden llevar a una autolesión y hasta un suicidio consumado, objetos de tipo corto punzantes como espejos o vidrios, incluso sábanas que se pueden utilizar como método de ahorcamiento u otros artículos que pueden utilizarse para autolesionarse (14).

Así mismo, como requerimiento de garantía para ser atendidos, los pacientes con condiciones psiquiátricas están amparados por la ley, por lo cual toda unidad prestadora de este servicio de salud deberá reconocer su obligatorio cumplimiento. De allí que una herramienta de salud en el ciclo de atención intrahospitalaria deberá incluir la definición de los factores contributivos de riesgo para las alteraciones mentales dentro de una atención integral (14).

5.1.7 Derechos del paciente a la salud mental

Respecto de la Ley 1616 del 2013 (16), como norma garante del derecho en el contexto de la salud mental y establece los criterios de política pública para su ejecución, define el derecho a la salud mental como la oportunidad de recibir un atención integral y humanizada como parte del derecho de todas las personas para acceder a los servicios de salud. entre ellos se encuentran: derecho a recibir una información detallada y con claridad respecto de sus alteraciones y ser atendidos por un equipo humano especializado producto de una atención cualificada, derecho a una atención

especializada basada en la mejor evidencia científica y en los avances tecnológicos de atención de salud mental, derecho a que las intervenciones no restrinjan su libertad individual, derecho a recibir la información de su tratamiento y evolución en los tiempos y sesiones necesarias que garanticen resultados en términos de beneficio y calidad de vida.

5.1.8 Unidad de salud mental de complejidad media

Para una adecuada articulación de conceptos en la realización de este proyecto de grado de Gestión el término “unidad de salud mental” hace referencia a la institución de salud mental y no a un servicio ofertado por la organización. Por lo que, esta definición tiene dos elementos: el primero es el significado del término y el segundo es la complejidad como servicio conforme a la normatividad colombiana. En cuanto al primer aspecto, una Unidad de Salud Mental puede ser definida como aquella institución especializada en la atención de personas que presentan alteraciones de salud mental. Además, estas cuentan con grupos de atención de salud mental multi profesional del talento humano señalado en la Resolución 3100 de 2019 (30) para el servicio ofertado conformados por: Médicos Psiquiatras, Médicos Generales, Enfermeras profesionales, Nutricionistas, apoyo psicológico a personas con enfermedades mentales, como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, conducta suicida entre otras.

En estas instalaciones, los pacientes reciben una variedad de tratamientos, que pueden incluir terapia individual y grupal, medicamentos, terapia ocupacional y actividades recreativas. De igual forma, estas unidades proporcionan como objetivo un entorno seguro y controlado donde los pacientes puedan recibir el tratamiento adecuado y mejorar su salud mental. Por tanto, la seguridad del paciente se convierte en aquel eje transversal de correspondencia entre el deber ser de una institución de salud mental como es la atención centrada en el paciente y la normatividad vigente en Colombia. Es decir, brindar atención de calidad con procedimientos sustentados en lineamientos de atención en salud mental, basados en evidencia científica y que sean culturalmente apropiados para garantizar una atención de calidad y efectiva, que respete los derechos

y la dignidad de los pacientes. También es fundamental considerar la accesibilidad y la equidad en la conceptualización de una unidad de salud mental. Esto corresponde a salvaguardar que los servicios estén disponibles y sean oportunos para todas las personas, independientemente de su género, edad, origen étnico, nivel socioeconómico u otras características. Además, conlleva la implementación de políticas y programas que promuevan la igualdad de acceso y la eliminación de barreras, como la discriminación y el estigma asociados a los trastornos mentales (31)

Respecto del segundo elemento, esta unidad como oferta de servicios presta atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas (30) De igual forma, la complejidad de esta institución de salud está determinada por los servicios declarados en el Registro Especial de Prestadores de Salud conforme al cumplimiento de los criterios definidos en la ley 3100 de 2019 (30).

5.1.9 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente tiene como fundamento la identificación y el análisis de factores contributivos de riesgo, las causas de fallas, errores que producen eventos adversos con el fin de controlarlos. Esta es una directriz de obligatorio cumplimiento en las instituciones de salud. En el documento de la OMS denominado “marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente” (32), se realiza una unificación de conceptos de manera completa, por su carácter taxonómico y global se convierte en un lenguaje unificado para el talento humano en salud acerca de la terminología en seguridad del paciente a nivel mundial, establecida en torno a la atención del paciente como aquel fin último alrededor del cual giran todas las actuaciones de seguridad del paciente. Además, esta forma de clasificación favorece el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas.

Por lo que, en retrospectiva para el año 2005 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (World Alliance For Patient Safety), a partir de la convergencia de

instituciones internacionales con participación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Joint comission International. Por tal motivo, este estudio expone la eficiencia demostrada al aunar esfuerzos para dar definiciones que tuvieran en cuenta los aspectos lingüísticos, geográficos, culturales que proporcionan a una organización las diferentes categorías de los eventos adversos para que la identificación de riesgos conduzca a mejorar la calidad asistencial, la responsabilidad civil y la carga derivada de los daños causados.

Este informe técnico definitivo entregado por la OMS (32), contiene una perspectiva muy detallada sobre la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). Y su aporte a la seguridad del paciente consiste en la homologación de conceptos, es decir, que las definiciones conceptuales sobre seguridad del paciente son las mismas a nivel mundial, en otras palabras, son definiciones conceptuales universalmente aceptadas.

En consecuencia, la globalización de los conceptos permite una comunicación asertiva como unos elementos dentro de la gestión del riesgo. Como es este proyecto que centra su objetivo en realizar una serie de recomendaciones en la prevención de la conducta suicida y autolesiva a través de intervenir los factores de riesgo intrahospitalarios que puedan estar presentes en el proceso de atención en una unidad de salud mental de mediana complejidad.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Establecer las fases para el diseño de una guía de atención en la prevención de la conducta suicida y autolesiva durante el proceso de hospitalización en una unidad de salud mental de mediana complejidad.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar a partir de la revisión de literatura junto con la indagación de los datos epidemiológicos y el censo institucional, los factores asociados a la prevalencia de conductas suicidas y autolesivas en pacientes hospitalizados en unidades de salud mental.
- Definir las proyecciones de recomendaciones basadas en el análisis de la literatura para la prevención de la conducta suicida y autolesiva durante el proceso de hospitalización en unidades de salud mental de mediana complejidad, a partir de una revisión bibliográfica.
- Proponer la conformación de un comité consultivo que valide, a través del consenso de expertos las recomendaciones generadas a partir de la revisión de la literatura.

7. Metodología- marco lógico

7.1 Fases para el diseño de una guía de atención y la articulación de recomendaciones en la prevención de la conducta suicida y autolesivas en una institución de atención de salud mental de mediana complejidad

Las fases como estructura en el diseño de una guía de atención en pacientes con conducta suicida y autolesiva en una unidad de salud mental de mediana complejidad, brindan a la institución una herramienta de seguimiento en la realización de la guía de atención, dentro de las cuales se propone un análisis causa raíz de los eventos adversos de mayor prevalencia articulados con las posibles causas en la materialización del riesgo y una proyección de recomendaciones basadas en el análisis de la literatura para su consideración. A continuación, se definen 5 fases.

7.1.1 Fase 1: fase diagnóstica

Paso 1: Realizar una búsqueda de antecedentes mundiales nacionales y regionales e institucionales respecto de la conducta suicida y autolesiva, que genere apropiación metodológica para la elaboración de una guía de atención.

Se realiza una búsqueda bibliográfica a partir de los temas centrales del proyecto de gestión organizada en diferentes bases científicas, con unos criterios de inclusión como son: conducta suicida y autolesiva intrahospitalaria, eventos adversos en salud mental en el ámbito intrahospitalario y en idioma español. Lo anterior, por medio de los métodos de búsqueda TESAUIROS en ciencias de la salud como son: DeCS, Emtree, MeSH, a través de la utilización de la herramienta SPIDER, por medio de la utilización de estrategias de búsqueda como son los Operadores Booleanos: AND (ambos términos) OR, (cualquiera de los dos términos) NOT (excluye un término de la búsqueda) y los truncadores como: () permite unir varias búsquedas en una sola y las "" permiten encontrar una frase completa o exacta.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda

| Operadores Booleanos | Ecuación de búsqueda |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AND (y) | Conducta Suicida AND conducta Autolesiva Conducta Autolesiva AND Factores de Riesgo Conducta Suicida AND Factores de Riesgo |
| OR/AND | conducta suicida OR conducta autolesiva AND instituciones de salud mental conducta suicida y autolesiva AND cultura de seguridad del paciente AND seguridad del paciente |
| AND NOT | conducta autolesiva NOT extra hospitalaria |

Fuente: esta investigación

Tabla 3. Herramienta Spider

| Sample | Phenomenon of interest | Design | Evaluation | Research type |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| conductas autolesivas y suicidas factores de riesgo asociados con conducta suicida y autolesiva intrahospitalaria | -factores de riesgo conductas suicidas y autolesivas -recomendaciones para la atención de pacientes intrahospitalaria en pacientes con conductas suicidas y autolesivas | -artículos científicos de referencia bibliográfica -guías de práctica clínica intranet de institución hospitalaria en salud mental | -recomendaciones para basadas en la evidencia científica en relación a estrategias intrahospitalarias para la prevención de conductas suicidas y autolesivas -identificación de factores de riesgo de mayor incidencia en relación a la conducta suicida y autolesiva intrahospitalaria | -investigación cualitativa: -cifras estadísticas de instituciones oficiales -Revisión literaria basada en el análisis de la literatura. |

Fuente: esta investigación

Responsables: Equipo Desarrollador del proyecto de Gestión.

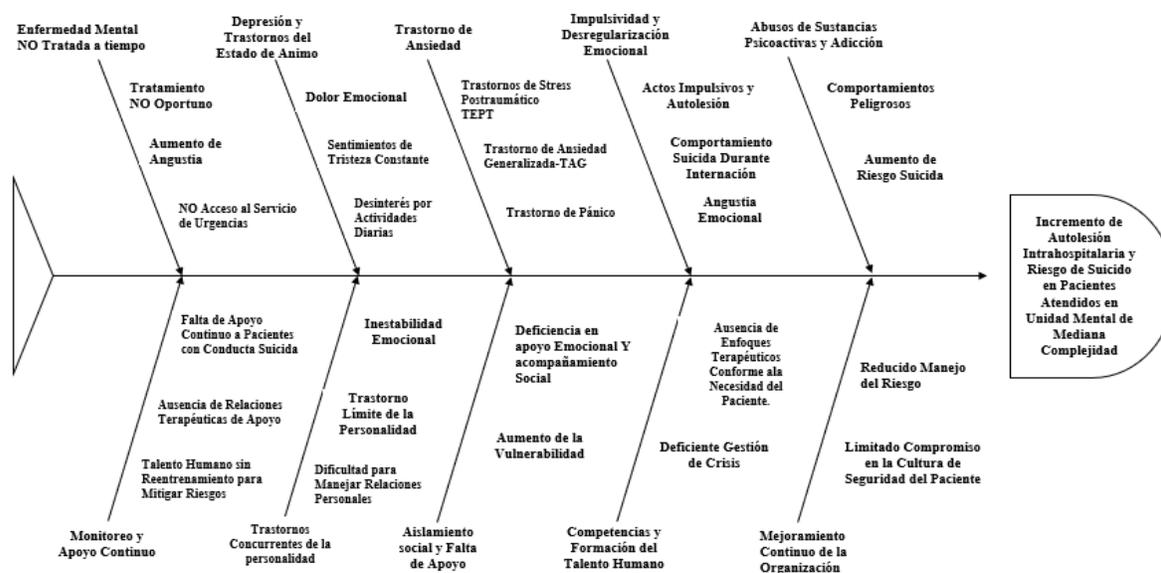
Entregable: se entregará al comité consultivo un documento técnico según la estructura que se presenta en el (Anexo 2) conforme a los antecedentes y revisión metodológica.

Paso 2: Identificación y priorización de las necesidades institucionales en relación a eventos de interés de mayor prevalencia en la institución (análisis causa raíz).

Responsables: Equipo Desarrollador del proyecto de Gestión.

Entregable: Se entregará al comité consultivo diagrama causa-raíz

Figura 2. Causas de conductas suicidas y autolesiones en pacientes hospitalarios con problemas mentales



Fuente: esta investigación

Se hace entrega de las causas identificadas en el proceso investigativo realizado por el equipo desarrollador del proyecto de Gestión a partir de la revisión literaria y el reporte de eventos adversos en relación a la conducta suicida y autolesiva del censo institucional (registro del programa de seguridad del paciente) de la institución de los años 2021-2022 del Hospital San Rafael de pasto, para la determinación del incremento de la autolesión intrahospitalaria y riesgo de suicidio en pacientes atendidos en la unidad de salud mental,

para su validación, apropiación y modificación en caso de ser necesario por el grupo consultivo.

Por tanto, esta herramienta servirá de directriz para la seguridad del paciente, ya que articula los procesos prioritarios con las causalidades y la identificación de las posibles acciones que generan condiciones de intervención durante la atención en salud mental.

Paso 3: Proyección de recomendaciones basadas en el análisis de la literatura:

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura y la seguridad del paciente, las recomendaciones se estructuran en tres momentos del proceso de atención en salud mental: ingreso, permanencia y egreso.

El ingreso se toma desde la llegada del paciente por urgencias a la unidad de salud mental hasta su hospitalización, conforme a la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (33), la cual establece que toda persona tiene derecho a una atención oportuna en el servicio de urgencias y depende de la clasificación Triage el tiempo de espera en el servicio como sigue: Triage I (atención inmediata), Triage II (no debe superar los 30 minutos) triage III-IV-V (la institución define la prioridad de acuerdo a la demanda del servicio) (34).

Servicio inicial donde se realiza una valoración inicial, donde se define si el paciente requiere o no hospitalización (anamnesis, entrevista a familiar y/o cuidador, escala SAD PERSON, examen físico), diligenciamiento y firma del consentimiento informado correspondiente (34).

Hospitalización: El manejo terapéutico del paciente lo define el psiquiatra y este profesional quien determina su internación y el tiempo que debe permanecer en la institución (34).

Egreso: definido por el Psiquiatra tratante, en cuanto a la salida voluntaria por parte del paciente posee algunas excepciones como son: menores de menores y paciente privado de la libertad (34).

Responsables: Equipo Desarrollador del proyecto de Gestión.

Entregable: proyección de las recomendaciones basadas en el análisis de la literatura.

Tabla 1. Proyección de recomendaciones basadas en el análisis de la literatura

| Momento | Descripción |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ingreso | <p>Aplicación de escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) al ingreso del servicio de urgencias con especialista. La cual consiste en una escala que calificación y planeación por medio 19 ítems calificados de 0 a 2; en el cual 0 corresponde a deseo moderado o fuerte, 1 a débil y 2 a ninguno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estrategia de clasificación para identificación del riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Clasificación riesgo moderado a fuerte: franja de sudadera institucional a nivel del cuello de color morada. - Clasificación del riesgo débil a ninguno: franja de sudadera institucional a nivel del cuello de color blanco (35,36). |
| Hospitalización y /o permanencia | <ul style="list-style-type: none"> • Registro individual en historia clínica y retiro de objetos personales como método de prevención del riesgo autolesivo. Este procedimiento se llevará a cabo como una acción después de la firma del consentimiento informado (37). • Custodia de las pertenencias individuales (no mayor a 1 mes) en casilleros hasta la llegada de familiar, con datos de identificación del paciente, número de pertenencias y firma con huella (37). |

| Momento | Descripción |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Con excepción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes de procedencia lejana sin apoyo familiar o cuidador a su cargo, la custodia se extenderá hasta el egreso del paciente (37). ○ En paciente con juicio comprometido se diligencian los datos de identificación del paciente y el talento humano del servicio (quien recibe el paciente) firmará como testigo. Pero la custodia se extiende hasta el egreso del paciente (37). |
| | <p>Internación involuntaria a paciente con alto riesgo suicida:</p> <p>Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (38) y los procesos prioritarios estandarizados por la unidad mental de mediana complejidad, la internación puede ser aprobada cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente sea un riesgo inminente hacia él o hacia los demás (terceros) (38). 2. El paciente con juicio comprometido en donde el no ingreso representa un deterioro considerable en su condición mental (38). 3. Exista el concepto de dos profesionales en salud mental que convengan la decisión final (38). |
| | <p>Barreras en seguridad del paciente durante la internación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Complemento del acompañamiento e interacción con los pacientes: creación de turnos especializados en la vigilancia de las cámaras por talento humano en salud con el fin de controlar y prevenir acciones físicas que puedan desencadenar una autolesión o la materialización del riesgo, además de otros riesgos (39). - Infraestructura física: Paredes acolchadas en habitaciones del hospital de materiales de fácil limpieza y desinfección como método de prevención de autolesión en pacientes con alto riesgo físico, para proporcionar un entorno seguro no solo para los pacientes sino también para el personal de salud (39). |

| Momento | Descripción |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Para evitar lesiones por inmersión: el lavamanos debe tener un tamaño pequeño de manera que la cabeza de un paciente no pueda ser sumergida en él y que el desagüe del lavamanos sea amplio para que no se pueda obstruir y llenarse de agua (39). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ● Elementos de aseo personal como cepillos de dientes que sean de material (carbón de bambú) que no pueda ser alterado para ser afilado o después de usarlos se mantengan resguardados por el personal de salud (Estación de Enfermería). <ul style="list-style-type: none"> ● Para evitar lesiones por asfixia mecánica: <ul style="list-style-type: none"> - Cobijas que sean de un material muy ligero de manera que no puedan resistir el peso de una persona – Sustituir por camisas de manga larga el complemento de la sudadera, para evitar método de ahorcamiento con otras. <hr/> <p>Implementar un área de observación denominada “sala segura “en el servicio de urgencias previa documentación del procedimiento en el estándar de procesos prioritarios (30), en la que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El Talento humano sea suficiente (enfermería con experiencia) en atención de pacientes con trastorno psiquiátrico en el servicio de observación (sala segura) conforme al número de pacientes en sala. ● Se atienden pacientes con plan suicida estructurado: durante el ingreso del paciente a la institución o cuando presente esta conducta o sea manifestada al equipo de salud, se recomienda llevar a observación en sala segura por 24 horas para vigilancia estricta. ● Se observan pacientes con episodios de autolesión en 24 horas: traslado a sala segura por 24 horas para vigilancia continua ● El paciente que requiere acceso venoso periférico conectado a equipo macro goteo, se traslada a sala segura para evitar el riesgo de ahorcamiento con insumo médico. |

| Momento | Descripción |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Medios distractores en pacientes con alto riesgo autolesivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estimulación sensorial al comer limón o picante. ● Usar marcador rojo como instrumento para marcar regiones donde desearían que ocurran los cortes. ● Estimulación dolorosa no dañina como frotar hielo en la piel donde se cortaría (40,41). <p>La música como una modalidad terapéutica permite a los pacientes con ideación suicida y autolesiva la disminución de la desregulación emocional, debido a que estos perciben la expresividad de la música del mismo modo que las personas que no tienen enfermedad mental.</p> <p>Por tanto, como recomendación se propone las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapia musical (relajante) 1 hora al día (mañana y tarde) en atención intrahospitalaria. ● Al terminar la primera hora, podrán elegir música de su preferencia por 1 hora adicional en donde se realizarán actividades como: colorear, dibujar, pintar. ● Los pacientes tendrán acceso a un diario donde expresaran sus sentimientos con la música y la actividad terapéutica (de manera voluntaria el paciente lo entregará al psiquiatra) (42). |
| | <p>Una vez el egreso del paciente con riesgo suicida y autolesión al terminar la hospitalización se debe realizar seguimiento, como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vía telefónica durante las primeras 48h: llamada de atención al usuario para verificar entrega de medicamentos por parte de EPS y adherencia farmacológica (preguntas de horarios de toma de medicamentos) entregados por prescripción médica. |

| Momento | Descripción |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EGRESO | <ul style="list-style-type: none"> ● Vía telefónica pasado 1 mes: psicología llamada de seguimiento, como sigue: -1 vez a la semana por un mes (4 llamadas) como método de interacción con el paciente indagando por estado emocional, adherencia farmacológica y adaptación con su entorno. ● Vía Telefónica por Trabajo social: llamada de seguimiento 1 vez en el mes/ tiempo total 2 meses, para precisar sobre el cumplimiento de consultas médicas, valoración por especialidad y trámites correspondientes (43). |

Fuente: esta investigación

7.1.2 Fase 2: propuesta de conformación del equipo multidisciplinario institucional (comité consultivo)

El comité consultivo estaría conformado por un grupo multidisciplinario de profesionales de la institución junto con un representante de los cuidadores y tendrá como propósito la elaboración de la guía de práctica clínica de conducta suicida y autolesiva a partir de los entregables de la primera fase, suministrado por el grupo desarrollador del proyecto de Gestión (44).

Responsables: Equipo Desarrollador del proyecto de Gestión.

Entregable: Participantes y Rol de los miembros del comité consultivo.

Formato de Cronograma de Reuniones de Comité Consultivo (Anexo 3).

Rol de los miembros del comité consultivo

Representante del Comité bioético. La persona encargada de esta área, dará cumplimiento a los principios éticos, valores institucionales, tendientes a la protección de los pacientes y a la ejecución de una atención humanizada y segura.

Representante de Calidad. Asegurar el cumplimiento de los lineamientos del sistema obligatorio de garantía de la calidad en la institución, articulados en la creación de la guía en el desarrollo de los procesos institucionales.

Representante del Comité de Seguridad del Paciente. Verifica la existencia de procesos seguros mediante la identificación de los factores de riesgo de mayor incidencia que llevaron a la generación de EA de conductas autolesivas y suicidas. Lo cual, permite generar acciones de intervención en la creación de la guía, por medio de barreras de seguridad que los minimicen y controlen, disminuyendo su frecuencia en el servicio de agudos de la institución.

Representante del Talento Humano. Encargado de verificar el aspecto legal y las competencias de los cargos para el desarrollo de los procesos institucionales.

Representante de Atención al Usuario. Articular el sistema de información de la institución con los derechos de los pacientes, para el fomento de una atención médica con calidad y un trato digno en la relación médico-paciente.

Coordinador de Psicología. Como referente del abordaje inicial y apoyo en el primer contacto con el paciente, será quien estudiará los casos, hábitos, conductas y frecuencia de exposición a determinadas actividades de riesgo y la situación ocupacional de cada paciente dentro de la institución de atención en salud mental. Del mismo modo evaluará las actividades que se desarrollen dentro del comité consultivo frente a la atención de conductas suicidas y autolesivas en la institución.

Gestor de Enfermería. Coordinará los procesos asistenciales y administrativos necesarios para la implementación de la guía de atención de conducta suicida y autolesión en la institución de salud mental.

Representante de Psiquiatría. Como referente vigilará que la atención terapéutica tenga la evidencia científica suficiente y genere los parámetros de atención centrada en las necesidades del paciente.

Representante de Terapia ocupacional. Coordinará que las actividades ocupacionales estén acordes con los procesos asistenciales dirigidos hacia el autocuidado, aceptación personal, habilidades y destrezas necesarias para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana.

Representante de medicina general. El profesional médico es quien ejecuta las consultas de atención primaria que ingresan por el servicio de urgencias para poder solicitar pruebas de evaluación del estado de salud del paciente, las cuales son complementarias y ayudan a confirmar el diagnóstico dado al paciente, direccionará el ciclo de atención en salud mental y la derivación a las especialidades correspondientes.

Representante de los cuidadores (familia y comunidad). Apoyará por medio de la experiencia empírica informando sobre el impacto que ejerce la conducta suicida y autolesiva en la sociedad y que mecanismos llevaron a desencadenar este riesgo, al ingreso y al egreso de la institución.

7.1.3 Fase 3. Validación de las recomendaciones y del análisis causa raíz por el comité consultivo para la elaboración de la guía de práctica clínica en la conducta suicida y autolesiva y la fase articulación con la política de seguridad del paciente de la institución

Mediante consenso, el equipo multidisciplinario analiza los factores de riesgo expuestos en el diagrama causa raíz que tiene como efecto el incremento de autolesión

intrahospitalaria y riesgo de suicidio en pacientes atendidos en unidad de salud mental de mediana complejidad, de igual forma valida las recomendaciones entregadas por el Equipo Desarrollador del proyecto de Gestión. Lo anterior, junto con la articulación de la política de seguridad institucional en la que se promueve la generación de acciones de prevención para la obtención de procesos asistenciales seguros en la organización "unidad de salud mental" hacia una atención en salud proactiva centrada en el paciente.

Alcance de la guía de la práctica clínica (GPC). Este proyecto de gestión para una unidad de salud mental de mediana complejidad va dirigido al logro de los objetivos propuestos para el diseño de cinco fases, que contemplan unas recomendaciones en el ingreso, internación y egreso de los pacientes en su atención de manera segura, al igual que la caracterización en cuanto a la definición de roles y conformación de un comité consultivo encargado del análisis de los factores contributivos desencadenantes del aumento de conducta autolesiva y suicida intrahospitalaria y de la validación de las recomendaciones entregadas en las fases por parte del equipo desarrollador, ya que servirán de fundamento en la generación de una GPC. Por tanto, este alcance va encaminado al manejo de los efectos del Evento Adversos en:

El paciente mismo: pacientes agudos internados en una institución de salud mental (Primera Víctima).

Mitigar acciones de conductas autolesivas y suicidas del entorno del paciente, ya que cuando se presenta este tipo de conducta se genera una reacción en cadena hacia los demás individuos internados en la unidad.

Prevenir los efectos en salud mental de los funcionarios asistenciales (Segundas Víctimas) que interactúan y atienden a los pacientes con estos factores de riesgo.

Proporcionar a la organización (Tercera Víctima) una herramienta de acción que permita la prevención, minimización y control de los factores de riesgo durante la atención en salud mental de pacientes con conductas autolesivas y suicidas a nivel intrahospitalario.

7.1.4 Fase 4: formulación y entrega de la guía de práctica clínica (GPC) en la prevención de la conducta suicida y autolesiva

El comité consultivo hará entrega de la GPC, como herramienta estandarizada de procesos asistenciales seguros para la atención en salud mental y de apoyo psicosocial dentro de la institución, la cual será implementada a nivel profesional para el manejo de los factores de riesgo que puedan generar eventos adversos como conductas autolesivas y suicidas en la atención de institución psiquiátrica.

7.2 Fase 5: socialización de la guía de práctica clínica en la prevención de la conducta suicida y autolesiva

La guía de práctica clínica será socializada por el Comité Consultivo en el Auditorio de la Institución Psiquiátrica al talento humano asistencial en primera instancia conformado por grupos aleatorios de enfermeros, médicos, psicólogos y psiquiatras de la unidad de salud mental, para dar a conocer la proyección de la guía de atención, permitiendo que las sugerencias dadas por los profesionales sirvan en dos direcciones: la primera como método de investigación a fin de favorecer la educación continuada y la segunda que esta GPC sea implementada por los equipos de los diferentes servicios y se convierta en esa forma de acción que va controlar la generación de errores y la consecuente minimización de eventos adversos intrahospitalarios durante el ciclo de atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente.

7.3 Plan de acción

Dentro del plan de acción, se tendrán en cuenta aspectos de programación, ejecución y metas de los objetivos, responsables y productos del presente proyecto de gestión. Lo anterior, mediante la descripción de las actividades realizadas a lo largo de la construcción del proyecto de gestión permitiendo el desarrollo de los objetivos propuestos, iniciando por una revisión de referencias literarias en artículos basados en

la evidencia científica y epidemiología de conductas y factor de riesgo asociado a las mismas, valoración situacional de factores de riesgo de conducta suicida y autolesiva intrahospitalaria y elaborar las fases para la construcción de propuesta de recomendaciones de elaboración de una guía de práctica clínica para la prevención de conductas suicidas y autolesivas en la ciudad de pasto en los años 2021-2022.

Tabla 5. Plan de acción

| Actividad | Intervención | Indicador | Meta | Responsable | A quién va dirigido | Producto |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisar los artículos científicos en relación a conductas suicidas y autolesivas en instituciones de salud mental | Conocer la información pertinente para identificación del problema y la construcción del marco teórico acerca de las conductas suicidas y autolesivas de un hospital mental de complejidad media. | Número de artículos revisados sobre conducta suicida y autolesivas / número de artículos encontrados X100 | Obtener un Marco de Referencia suficiente y basado en información coherente con el problema de investigación. | Grupo Desarrollador del proyecto de Gestión. | Asesora Metodológica de Proyecto de Gestión Olga Díaz | Marco teórico estructurado, y actualizado respecto de la Prevención de Conducta Suicida y Autolesión en Unidad de Salud Mental de Mediana Complejidad. |
| Indagar en los datos epidemiológicos de las entidades oficiales en Colombia en lo referente a conductas suicidas y autolesivas para los años 2020 a 2022 en Colombia. | Identificar los datos epidemiológicos de la ciudad de San Juan de Pasto en relación a Colombia | Número de entidades oficiales consultadas / Total de datos entregados por entidades del gobierno para los años entre 2020 y 2022 x 100. | Describir la situación de salud mental de la ciudad de Pasto respecto a las conductas suicidas y autolesivas años 2020 a 2021. | Grupo Desarrollador del proyecto de Gestión. | Asesora Metodológica de Proyecto de Gestión Olga Díaz. | Obtener el diagnóstico situacional de las conductas suicidas y autolesivas de la ciudad de pasto |

| Actividad | Intervención | Indicador | Meta | Responsable | A quién va dirigido | Producto |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar una valoración situacional de los factores de Riesgo de conducta suicida y autolesiva a nivel intrahospitalario en Institución de salud mental. | Indagación de reporte de eventos adversos relacionados con conductas suicidas y autolesivas en la Unidad de salud mental, mediante las bases de datos institucionales y la articulación de esta con la revisión literaria. | Número de eventos adversos reportados en relación a conductas suicidas y autolesivas en la institución de mediana complejidad/ Número total de eventos adversos reportados durante los años 2021- 2022 X100 | Elaborar un diagrama Causa-Raíz que permita la priorización de los factores de riesgo de conductas autolesivas y suicidas intrahospitalarios en unidad mental de mediana complejidad. | Grupo Desarrollador del proyecto de Gestión investigadoras del proyecto de gestión. | Asesora Metodológica de Proyecto de Gestión Olga Díaz | Análisis causa raíz en relación a factores asociados a la conducta suicida y autolesiva |
| Elaborar las fases para la construcción de propuesta de recomendaciones de elaboración de una guía de práctica clínica para la prevención de conductas suicidas y autolesivas en la ciudad de pasto en los años 2021-2022. | Implementación de un instrumento para la elaboración de una guía de atención. | Número total de recomendaciones adoptadas en la guía de Práctica clínica para la prevención de conducta suicida y autolesiva / número total de recomendaciones entregadas X100 | Priorizar los puntos críticos en el ciclo de atención en salud mental, para la generación de recomendaciones respecto a la minimización de conducta suicida y autolesiva. | Grupo Desarrollador del proyecto de Gestión investigadoras del proyecto de gestión. | Asesora Metodológica de Proyecto de Gestión Olga Díaz | Entregables generados en cada una de las fases al comité consultivo |

Fuente: esta investigación

7.4 Indicadores

Tabla 6. Ficha técnica del indicador 1

| | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Porcentaje de aplicación de la escala de identificación Scale for Suicide Ideation (SSI) en el ingreso de pacientes de riesgo de conducta suicida y autolesión en unidad de salud mental de mediana complejidad |
| Justificación | Indicador de adherencia a la aplicación de la escala Scale for Suicide Ideation (SSI) de ideación suicida para la identificación del riesgo de conducta suicida y autolesiva en el ingreso a la institución. |
| Dominio | Seguridad del Paciente |
| Fórmula | Total de pacientes que se les aplica la escala SSI de identificación del Riesgo /Número de Pacientes valorados al ingreso a la unidad de salud mental * 100 |
| Periodicidad | Trimestral |

Fuente: esta investigación

Tabla 7. Ficha técnica del indicador 2

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Porcentaje de la asistencia a las reuniones programadas por el comité Consultivo para la elaboración de la Guía de práctica clínica |
| Justificación | Indicador que valora la participación de los miembros del comité consultivo a las reuniones que son programadas en el cronograma de trabajo para la elaboración de la guía de atención en la prevención de conducta suicida y autolesiva en unidad de salud mental de mediana complejidad. |
| Dominio | Asistencia a las reuniones |
| Fórmula | Número de miembros del comité consultivo que asisten a las reuniones programadas / Total de miembros del comité consultivo que fueron citados a la reunión* 100 |
| Periodicidad | Mensual |

Fuente: esta investigación

Tabla 8. Ficha técnica del indicador 3

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Porcentaje de validación de las recomendaciones en el diseño de la guía de práctica clínica de conducta suicida y autolesiva en unidad de salud mental de mediana complejidad. |
| Justificación | Indicador de gestión del riesgo clínico que valora las proyecciones de las recomendaciones que fueron implementadas por el comité Consultivo en el diseño de la Guía de práctica clínica. |
| Dominio | Gestión del Riesgo Clínico |
| Fórmula | $\frac{\text{Número de proyecciones de recomendaciones validadas para el diseño de GPC de conducta suicida y autolesiva}}{\text{total de proyecciones de recomendaciones sugeridas para diseño de GPC de conducta suicida y autolesiva}} * 100$ |
| Periodicidad | Mensual |

Tabla 9. Ficha técnica del indicador 4

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Porcentaje de nivel de conocimiento del talento humano una vez se socializa la Guía de Práctica Clínica. |
| Justificación | Dar a conocer la GPC en relación a la prevención de conducta suicida y autolesiva en una institución de salud mental al talento humano para que inicie a ser aplicada en el primer trimestre de 2024. |
| Dominio | Socialización de la GPC en relación a la prevención de conducta suicida y autolesiva en una institución de salud mental. |
| Periodicidad | Cada Mes |
| Fórmula | $\frac{\text{Cumplimiento número de colaboradores que asisten a la socialización}}{\text{total de colaboradores que fueron citados a la socialización}} * 100.$ |
| Periodicidad | Cada mes |

7.5 Consideraciones éticas

Dentro de las consideraciones éticas tenidas en cuenta para la realización de este trabajo de gestión se encuentra que, previo a la indagación y análisis de la información respecto de las bases de datos utilizadas son cifras estadísticas, por tanto, no se tenía ningún tipo de identificación personal de los pacientes sobre los cuales se generó daño.

De allí que, se solicite a la Institución la autorización pertinente para la caracterización del problema respecto de identificación de eventos adversos de conducta suicida y autolesiva intrahospitalaria, como un aspecto del análisis de los factores de riesgo y de la consecuente proyección de las recomendaciones para la elaboración de un guía de práctica clínica que permita la minimización de estas conductas en salud mental de mediana complejidad.

7.6 Cronograma de actividades

Figura 3. Cronograma de actividades



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



7.7 Presupuesto

Figura 4. Presupuesto

| RECURSOS | CANTIDAD | VALOR UNIT | DURACIÓN | VALOR TOTAL |
|------------------------------------------------------|-----------------|------------|----------|---------------------|
| HUMANOS | | | | |
| Investigadoras Proyecto de gestion (medio tiempo) | 2 profesionales | 300.000 | 4 meses | 2.400.000 |
| TECNOLOGICOS | | | | |
| 1 computador portátil | 1 | 2200000 | NA | 2.200.000 |
| 1 impresora | 1 | 400000 | NA | 400.000 |
| Línea internet | 1 | 140000 | 9 meses | 1.260.000 |
| Base de datos del programa de seguridad del paciente | 1 | NA | NA | NA |
| Página institucional del HSRP | 1 | NA | NA | NA |
| TRANSPORTE | | | | |
| Traslado a Oficinas de Entidades de salud Publicas | 5 | 20000 | 2 meses | 200.000 |
| ELEMENTOS DE OFICINA | | | | |
| Insumos de Oficina | | 9 meses | 9 meses | 120000 |
| SUBTOTAL | | | | \$ 6.580.000 |
| Imprevistos 10% | | | | \$ 658.000 |
| TOTAL | | | | \$ 7.238.000 |

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Suicidio [Internet]. 2021 [citado 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Blanco J, Maya J. Fundamentos de Salud Pública. 5a ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2005.
3. De la Espriella R. Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 12 de marzo de 2023];39(2):268-90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a05.pdf>
4. Arias A, Roldán L, Tobón Y, Salinas J, Gutiérrez D, Posada M. Impacto emocional y conductual en profesionales de la salud que trataron a pacientes con comportamiento suicida en Antioquia. Psicoespacios [Internet]. 2022 [citado 13 de marzo de 2023];15(27):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.25057/21452776.1412>
5. Galeano M. Estrategias de investigación social Estrategias de investigación social cualitativa el giro de la mirada. Medellín: La Carreta Editores; 2012.
6. Colombia. Consejo de Estado. Sección tercera 13122 de 2002. C.P. Alier Eduardo Hernández [Internet]. 2002 [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado,_seccion_tercera_e._no._13122_de_2002.aspx#/
7. Garcíandía J. Familia, suicidio y duelo. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado 20 de marzo de 2023]; 43:71-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.009>
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016. 2016.
9. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida [Internet]. 2021 [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/878249/Forensis_2021.pdf
10. Organización Mundial de la Salud [OMS]. OMS, sobre la tasa global de suicidio [Internet]. 2021 [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico. Estadísticas Vitales (EEVV) [Internet]. 2022 [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvital_defunciones_lltrim_2022pr.pdf
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2018 [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
13. Instituto Nacional de Salud [INS]. Intento de Suicidio. Periodo epidemiológico XII. Colombia 2021 [Internet]. 2021 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/dhow7y>
14. Rico S. Lineamientos RIA para salud mental [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/04/Anexo-tecnico-PR-Lineamientos-RIA-en-Salud-Mental.pdf>
15. Jans T, Vloet T, Taneli Y, Warnke A. Trastornos del ánimo, suicidio y conducta autolesiva [Internet]. 2018 [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/46d6d8e2a8dbfceee549f8749dd9c1095630f4d3/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf
16. Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2013 [citado 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93348>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. 2022 [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>
19. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Seguridad del paciente [Internet]. 2019 [citado 9 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
20. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2006 [citado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/152df>
21. Wu A. Medical error: the second victim. *BMJ* [Internet]. 2000;320(7237):726-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
22. Hospital San Rafael Pasto. Nuestros servicios [Internet]. 2022 [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hospitalsanrafaelpasto.com/>
23. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. El cuidado humanizado, seguro y con calidad, es el valor y compromiso que nos lleva a brindar una atención óptima en pro de la satisfacción de nuestros asistidos y sus familias [Internet]. 2023 [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://ordenhospitalaria.org/salud/hospitalsanrafaeldepasto-pasto/>
24. Colombia. Congreso de la República. Ley 1581 del 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales [Internet]. 2012 [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
25. Muñoz É, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [citado 11 de mayo de 2023];39(2):291-312. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a06.pdf>
26. Hamza C, Stewart S, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin*

- Psychol Rev [Internet]. 2012 [citado 9 de mayo de 2023];32(6):482-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
27. Sagalakova O, Truevtsev D, Zhirnova O. Rumination as a psychological mechanism in the suicidal behavior formation and maintenance. Journal of Modern Foreign Psychology [Internet]. 2022 [citado 27 de mayo de 2023];11(1):124-36. Disponible en: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110112>
 28. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2013;51(1):38-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
 29. Bejarano D. Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en una IPS con servicios de alta complejidad de Bogotá: en el primer semestre de 2014 [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia; 2015 [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/54155>
 30. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud [Internet]. 2019 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm
 31. Kerguelen C. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
 32. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1 [Internet]. 2009 [citado 1 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00E.pdf
 33. Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 estatutaria de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

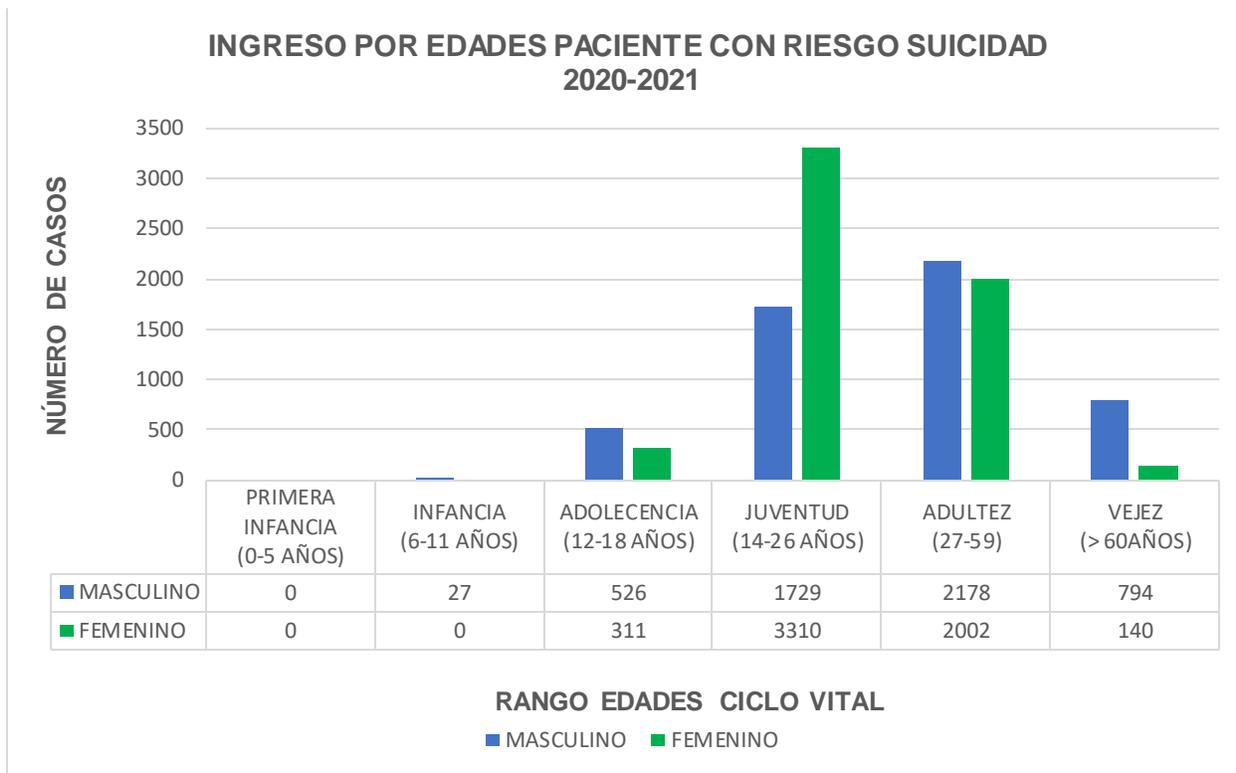
- Diario Oficial No. 49.427 [Internet]. 2015 [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596 de 2015. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage» [Internet]. 2015 [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf
 35. Rangel C, Suárez M, Escobar F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015;63(4):707-16.
 36. Al-Halabí S, Sáiz P, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2016;9(3):134-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
 37. Pinilla C, Jiménez R, Molero G. Recogida de objetos en las unidades psiquiátricas y su importancia en la seguridad del paciente [Internet]. 2012 [citado 29 de junio de 2023]. Disponible en: http://congreso enfermeria.es/libros/2013/salas/sala8/p_1150.pdf
 38. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [Internet]. 1991 [citado 30 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>
 39. Spiegato. ¿Qué es una celda acolchada? [Internet]. 2023 [citado 2 de julio de 2023]. Disponible en: <https://spiegato.com/es/que-es-una-celda-acolchada>
 40. Garisch J, Wilson M. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015;9(1):28. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0055-6>
 41. Carandang C, Gray C, Marval H, MacPhee S. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes [Internet]. 2018 [citado 11 de junio de 2023]. Disponible en:

https://iacapap.org/_Resources/Persistent/385646cafdb9ba827e7836ec59d4b9995f27232f/J.1-Emergencias-Spanish-2018.pdf

42. Salas L. Terapia musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas. Nure Investigación [Internet]. 2004 [citado 11 de junio de 2023];(9):1-10. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/194/177>
43. Duarte K, Vera J, Fregoso D. Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. Psicología y Salud [Internet]. 2020;31(1):51-9. Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2675>
44. Instituto de Políticas Públicas del Estado de México y sus Municipios. Comités consultivos [Internet]. 2023 [citado 19 de junio de 2023]. Disponible en: http://iapem.edomex.gob.mx/comites_consultivos

Anexos

Anexo 1. Censo institucional del número de ingresos de pacientes clasificados con riesgo autolesivo y conducta suicida para los años 2021 al 2022



Nota. Información confidencial hospital san Rafael de Pasto. Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Documento técnico de la estructura del proyecto

Fecha

Acta

No

Participantes

| <i>Estructura</i> | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| <i>Antecedentes teóricos</i> | <i>Conducta relacionada</i> | <i>Necesidades</i> | <i>Acciones</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anexo 3. Cronograma de reuniones del comité consultivo



CRONOGRAMA DE REUNIONES DE COMITE CONSULTIVO

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-----------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| PRIMERA REUNION | | | | | | | |
| SEGUNA SEMANA | | | | | | | |
| TERCERA SEMANA | | | | | | | |
| CUARTA SEMANA | | | | | | | |
| QUINTA SEMANA | | | | | | | |

EL HORARIO DE LAS REUNIONES DEL COMITE CONSULTIVO SERA DE CONCENSO CON LOS PARTICIPANTES .
 SE REUNIRAN SEMANALMENTE Y DE SUS DECISIONES SE DEJA CONSTANCIA EN UN ACTA
 SE ESTABLECE TIEMPO DE UN MES PARA ENTREGA DE GUIA DE ATENCION DE PRACTICA CLINICA.

