

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



**MINISTERIOS DE SALUD PÚBLICA, DE
DEFENSA NACIONAL, DEL INTERIOR Y
DE INFRAESTRUCTURA Y TRANSPORTE;
SECRETARÍA NACIONAL DE GESTIÓN DE
RIESGOS; INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIO
INTEGRADO DE SEGURIDAD ECU-911**

**ACUERDO INTERINSTITUCIONAL
No. 00002-2026**

**SE APRUEBA Y SE AUTORIZA LA
PUBLICACIÓN DEL “MANUAL PARA LA
PRIMERA INTERVENCIÓN EN INTENTOS
DE SUICIDIO”**

ACUERDO INTERINSTITUCIONAL No. **00002-2026**

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

EL MINISTRO DE DEFENSA

EL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL

EL MINISTRO DEL INTERIOR

EL MINISTRO DE INFRAESTRUCTURA Y TRANSPORTE

LA SECRETARIA NACIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

EL DIRECTOR GENERAL DEL SERVICIO INTEGRADO DE SEGURIDAD ECU-911

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, prevé como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud de sus habitantes;
- Que,** la citada Constitución, en el artículo 32, dispone: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;
- Que,** la invocada Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las

actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

- Que,** la Constitución de la República, en el artículo 389, dispone: *“El Estado protegerá a las personas, las colectividades y la naturaleza frente a los efectos negativos de los desastres de origen natural o antrópico mediante la prevención ante el riesgo, la mitigación de desastres, la recuperación y mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales, con el objetivo de minimizar la condición de vulnerabilidad. El sistema nacional descentralizado de gestión de riesgo está compuesto por las unidades de gestión de riesgo de todas las instituciones públicas y privadas en los ámbitos local, regional y nacional. El Estado ejercerá la rectoría a través del organismo técnico establecido en la ley. Tendrá como funciones principales, entre otras: (...);*
- Que,** la citada Norma Suprema, en el artículo 370, prevé como responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 14, señala: *“Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental”.*
- Que,** la Ley Orgánica de Salud Mental, tiene por objeto establecer un marco legal para la salud mental que promueva, regule y garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud mental de las personas en todo su ciclo de vida, bajo un modelo de atención integral y comunitario, según lo previsto en el artículo 1 de dicha Ley;
- Que,** la citada Ley Orgánica de Salud Mental, en el artículo 16, prevé entre los deberes del Estado: *“c) Desarrollar la articulación intersectorial, a fin de que el abordaje de la salud mental se brinde de manera coordinada entre todos los miembros del Sistema Nacional de Salud y de otras entidades competentes en inclusión social, laboral, gobiernos autónomos descentralizados, entre otros;(...);”*
- Que,** la Ley Ibídem, en el artículo 17, faculta al Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, a la formulación, emisión, evaluación y control de la política pública de salud mental, de aplicación obligatoria para todas las entidades públicas y privadas que brinden servicios en esta materia y para las entidades competentes que ejerzan actividades determinantes para la salud mental;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud Mental, en el artículo 27, reconoce como un problema de salud pública a los trastornos del estado de ánimo o afectivos, la violencia en todas sus formas, ideación suicida, suicidio e intento suicida, trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, la lesión, disfunción

cerebral o enfermedad física; y, otras enfermedades que la Autoridad Sanitaria Nacional reconozca como tal, según el perfil epidemiológico y la incidencia y prevalencia de las enfermedades de salud mental en la población, disponiendo expresamente que estos problemas se atenderán: *“mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de familiares, usuarios y la población en su conjunto; y, requerirán un abordaje interdisciplinario, integral e intersectorial, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, de vivienda, laboral y social. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas de atención y medicamentos e inclusión para las personas que sufren trastornos mentales, especialmente para los grupos de atención prioritaria.”*;

Que, la Ley Orgánica de Salud Mental, en el artículo 29, determina: *“La prevención integral en salud mental es el conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el Estado, las entidades públicas, de la seguridad social, privadas y por las familias o personas involucradas, encaminado a intervenir con participación intersectorial sobre las diferentes situaciones de riesgo para la salud mental, bajo un enfoque de derechos humanos, priorizando el desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano, su familia y su entorno, el mejoramiento de la calidad de vida, el tejido de lazos afectivos y soportes sociales, en el marco del buen vivir. Para precaver el desarrollo de problemas o trastornos mentales, será obligación primordial del Estado dictar políticas y ejecutar acciones inmediatas encaminadas a la reducción de los riesgos psicosociales, el consumo problemático de drogas, violencia, violencia de género, el suicidio e intento suicida, entre otros factores que puedan incidir de manera negativa en la salud mental de las personas, incluyendo el de otras enfermedades que puedan incidir o devenir en problemas de salud mental.”*;

Que, la Ley Orgánica para la Gestión Integral del Riesgo de Desastres, en el artículo 23, prevé: *“La rectoría de la política y del Sistema Nacional Descentralizado de Gestión Integral del Riesgo de Desastres es competencia de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, como entidad técnica de derecho público, con rango de ministerio, adscrita a la Función Ejecutiva. La máxima autoridad será ejercida por una secretaria o secretario con rango de ministro, que será nombrado por el presidente de la República y no podrá asumir la rectoría en una materia distinta.”*;

Que, son atribuciones y competencias del Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, entre otras: 1. Ejercer la rectoría, planificación, regulación, control y coordinación de la gestión integral del riesgo de desastres. 2. Dirigir el Sistema Nacional Descentralizado de Gestión Integral del Riesgo de Desastres 3. Formular la política de largo plazo de la gestión integral del riesgo de desastres y remitirla al ente rector de la planificación nacional para su incorporación en el Plan Nacional de Desarrollo. 4. Establecer estrategias, políticas y expedir normas y lineamientos de obligatorio cumplimiento para la gestión integral del riesgo de desastres en todos los niveles de gobierno, regímenes especiales y en los ámbitos público y privado; y, coordinar su implementación. (...), según lo previsto en el artículo 23, de la Ley Orgánica para la Gestión Integral del Riesgo de Desastres;

Que, la invocada Ley Orgánica para la Gestión Integral del Riesgo de Desastres, en el artículo 35, establece: *“Los organismos de respuesta humanitaria son las entidades,*

instituciones e iniciativas comunitarias responsables de apoyar la planificación, organización y ejecución de las tareas de evacuación poblacional de zonas de riesgos, búsqueda, salvamento, rescate, atención prehospitalaria, asistencia humanitaria, protección y seguridad de la población, alojamientos temporales y logística en caso de desastres. Son organismos de respuesta humanitaria: 1. Los cuerpos de bomberos. 2. Las Fuerzas Armadas. 3. La Policía Nacional. 4. Ministerio de Salud Pública. 5. Otras entidades complementarias de seguridad de los gobiernos autónomos descentralizados municipales y metropolitanos. 6. Las entidades del Sistema Especializado Integral de Investigación, Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cuanto al manejo de cadáveres. 7. El Cuerpo de Vigilancia de la Comisión de Tránsito del Ecuador. 8. La Cruz Roja Ecuatoriana en su rol auxiliar de respuesta humanitaria. 9. El voluntariado de protección civil, de organizaciones reconocidas en instrumentos internacionales o de conformidad con la Ley. 10. Comités comunitarios de gestión de riesgos y otros de conformidad con la Ley. 11. Otras entidades públicas, organizaciones privadas y no gubernamentales, locales, nacionales o internacionales, que puedan ser convocadas por el respectivo comité de operaciones de emergencias, de conformidad con las directrices expedidas por el ente rector de la gestión integral del riesgo de desastres. Los organismos de respuesta humanitaria actuarán en coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados, regímenes especiales y el ente rector de la gestión integral del riesgo de desastres, emplearán su capacidad logística de forma ágil y eficaz; y, determinarán los recursos y la dotación de materiales, equipos e infraestructura específicamente preparados para el efecto. En caso de desastre, las ciudadanas y los ciudadanos seguirán las instrucciones y apoyarán la labor de los organismos de respuesta humanitaria.”;

Que, la Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, en el artículo 15, manda: *“El Ministerio del sector será el responsable de la rectoría y control general del Sistema Nacional de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial a través de la Agencia Nacional de Regulación y Control del Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial en coordinación con los Gobiernos Autónomos Descentralizados; expedirá el Plan Nacional de Movilidad y Logística del Transporte y Seguridad Vial y supervisará y evaluará su implementación y ejecución.”;*

Que, la Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, en el artículo 16, determina que la Agencia Nacional de Regulación y Control del Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, es el ente encargado de la regulación y planificación del transporte terrestre, tránsito y seguridad vial en el territorio nacional, dentro del ámbito de sus competencias;

Que, el Código Orgánico de las Entidades de Seguridad Ciudadana y Orden Público, en el artículo 63 determina: *“Art. 63.- Rectoría. - Al ministerio rector de la seguridad ciudadana, protección interna y orden público le corresponde dirigir las políticas, planificación, regulación, gestión y control de la Policía Nacional.”;*

Que, el artículo 64, del Código Orgánico de las Entidades de Seguridad Ciudadana y Orden Público, establece entre las funciones del titular del ministerio rector de la seguridad ciudadana, protección interna y orden público: *“4. Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial de la Policía Nacional”;*

Que, la Ley de Seguridad Pública y del Estado, en el artículo 2, dispone que al amparo de esta ley se establecerán e implementarán políticas, planes, estrategias y acciones

oportunas para garantizar la soberanía e integridad territorial, la seguridad de las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos, e instituciones, la convivencia ciudadana de una manera integral, multidimensional, permanente, la complementariedad entre lo público y lo privado, la iniciativa y aporte ciudadanos, y se establecerán estrategias de prevención para tiempos de crisis o grave conmoción social;

Que, la Ley de Seguridad Pública y del Estado, en el artículo 11, determina entre los órganos ejecutores del Sistema de Seguridad Pública y del Estado a los Ministerios *“de Defensa (...) y de Gobierno, Policía y Cultos, y, Policía Nacional”*;

Que, el artículo 2 del Decreto Ejecutivo Nro. 988, reformado mediante Decreto Ejecutivo No. 214, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 529 de 1 de abril del 2024, establece: *“El servicio integrado de seguridad ECU-911 es el organismo público encargado de regular, coordinar, controlar y prestar el servicio de emergencias, video vigilancia y otras actividades, de acuerdo con políticas, normativa y procesos establecidos. Para esto, podrá contar con la colaboración e información proporcionada por entidades públicas, personas naturales y jurídicas, con el fin de brindar respuestas eficaces y eficientes a las solicitudes de la ciudadanía. El servicio incluye la recepción de llamadas, visualización por video vigilancia, monitoreo de alarmas y alertas; así como, la coordinación de la disposición de recursos para respuesta en atención de emergencias, en materias de salud, seguridad ciudadana, orden público, gestión de tránsito y movilidad, gestión sanitaria, gestión de riesgos, gestión de servicios municipales y otros que fueran necesarios (...)”*;

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 7, de 23 de noviembre de 2023, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, señor Daniel Noboa Azín, designó al Señor Gian Carlo Loffredo Rendón como Ministro de Defensa Nacional;

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 541 de 21 de febrero de 2025, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, señor Daniel Noboa Azín, designó al señor John Reimberg Oviedo como Ministro del Interior;

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 11, de 27 de mayo de 2025 se ratificó las designaciones efectuadas a varios Ministros y Secretarios de Estado, entre ellos los siguientes: Gian Carlo Loffredo Rendón como Ministro de Defensa Nacional; John Reimberg Oviedo como Ministro del Interior; Roberto Xavier Luque Nuques como Ministro de Transporte y Obras Públicas; Jorge Raúl Carrillo Tutivén como Secretario de Gestión de Riesgos;

Que, con Decreto Ejecutivo Nro. 102, publicado en el Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 105 de 19 de agosto de 2025 se dispuso la fusión por absorción al Ministerio de Transporte y Obras Públicas de las siguientes instituciones: a) Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda; y, b) Secretaría de Inversiones Público Privadas; señalando en el artículo 2: *“Una vez concluido el proceso de fusión por absorción, modifíquese la denominación del Ministerio de Transporte y Obras Públicas por la de Ministerio de Infraestructura y Transporte (MIT), el cual asumirá todas las competencias, atribuciones, funciones, representaciones y delegaciones constantes en leyes, decretos, reglamentos y demás normativa vigente, que le correspondían al Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y a la Secretaria de Inversiones Público*

Privadas.”;

- Que,** mediante Decreto Ejecutivo Nro. 103, publicado en el Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 105 de 19 de agosto de 2025, se determinó la adscripción del Servicio Integrado de Seguridad ECU-911 al Ministerio del Interior, Servicio que mantendrá su personalidad jurídica, dotado de autonomía administrativa, operativa y financiera, y conservará su estructura de funcionamiento, competencias y fines;
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo Nro. 137 de 16 de septiembre de 2025, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, señor Daniel Noboa Azín, nombró al magíster Roberto Xavier Luque Nuques, Ministro de Infraestructura y Transporte;
- Que,** con Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026, el Presidente de la República designó al especialista Jaime Otton Bernabé Erazo, como Ministro de Salud Pública;
- Que,** a través de Decreto Ejecutivo No. 223 de 18 de noviembre de 2025, el Presidente de la República del Ecuador, señor Daniel Noboa Azín, designó a la señora Carolina Alejandra Lozano Haro, como Secretaria de Gestión de Riesgos;
- Que,** mediante Resolución No. SIS-ECU-DIR-2024-002 de 21 de mayo de 2024, emitida por el Comité Intersectorial del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, se designó al magíster Juan Carlos Paladines Salcedo, Director General del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, conforme lo sustenta la Acción de Personal No. PC-NJS-0006 de 29 de mayo de 2024;
- Que,** con Acción de personal Nro. SDNGTH-2026-801-NJS, de 08 de abril de 2026, se designó al magíster Jorge Antonio Villarroel Chalán, como Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, subrogante;
- Que,** mediante informe técnico Nro. DNEPCENTSMFSD-062-2025, de fecha 08 de mayo de 2025, autorizado por la magíster Valeria Torres, Subsecretaria de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Encargada, revisado por la especialista Débora Burbano, Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y elaborado por la magíster Sandra Barral, especialista de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, señala lo siguiente: “(...)Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año en el mundo se registran cerca de 700.000 muertes por suicidio en personas de 15 a 29 años; así también señala que más del 77% de todos los suicidios en el mundo acontecen en los países de ingresos bajos y medianos; es la cuarta causa de muerte más común entre los jóvenes de todo el mundo¹ y afecta en particular a las poblaciones vulnerables y marginadas. La Organización Panamericana de la Salud, en su hoja informativa “Prevención del Suicidio” indicó que, en la Región de las Américas, más de 98.000 personas murieron por esta causa entre el 2015 y el 2019; las tasas regionales de suicidio aumentaron un 17% y para el 2019, el suicidio fue la causa de 432,3 años de vida perdidos por 100.000 habitantes y por cada suicidio que se registró entre las mujeres en la región, hubo 3,5 suicidios entre los hombres. El suicidio comprende uno de los problemas de salud pública más importantes en el Ecuador, fue responsable por 13.024 muertes entre el 2001 al 2015 lo que se traduce en 135.731 años de vida perdidos por mortalidad prematura durante este período³. En los últimos 30 años –entre 1990 y 2019- se ha registrado un incremento de

56% en las tasas de muerte por suicidio en el país, de 4,43 a 6,914. Especialmente alarmante es el suicidio en niños y niñas entre 10 y 14 años, que ha incrementado en 322% (niñas) a 480% (niños) entre los años 1990 y 20175, convirtiendo al Ecuador en uno de los 10 países con las tasas más altas de suicidio a nivel mundial en este grupo de edad6. Esta realidad no ha cambiado en años más recientes, los datos del INEC señalan que entre el 2020 y 2023 se registraron 4.689 muertes por suicidio, problemática que afecta a población prioritaria, toda vez que las tasas más elevadas se encuentran en hombres adultos mayores: 91 años de edad (51,8), más de 100 años (49,4) y 85 años (32,3). En el caso de las mujeres, la tasa más elevada (13,9) también está en la adultez mayor (90 años); sin embargo, está seguida por adolescentes de 16 años (10,7), 15 años (10,1) y 17 años (10,0) respectivamente. (...)”, y se concluye: “Esta Subsecretaría, comprometida en alinearse a los objetivos programáticos mundiales, regionales, sectoriales e institucionales -a través de la publicación oficial de este Manual- busca contribuir al cumplimiento de los indicadores relacionados a la tasa de mortalidad de suicidio, así como incidir en su reducción desde el nivel nacional (...)”; y,

Que, con memorando Nro. MSP-VGS-2025-0907-M, de 20 de mayo de 2025, el magíster Juan Bernardo Sánchez Jara, Viceministro de Gobernanza de la Salud del Ministerio de Salud Pública, solicitó al abogado Esteban Alejandro de los Reyes Almeida, Coordinador General de Asesoría Jurídica, Encargado, en funciones a la fecha: “(...) la revisión de la propuesta del Acuerdo Interinstitucional referido, con el fin de proceder a la suscripción de manera oficial”, en alusión al proyecto de acuerdo interinstitucional que expedirá el “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio”.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES OTORGADAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y LA LEY

ACUERDAN:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio”.

Artículo 2.- El “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio”, será de aplicación obligatoria para los equipos de respuesta que tienen el primer contacto con personas que intentan suicidarse y servirá como una guía para la ciudadanía que enfrente estos casos.

Artículo 3.- Publicar el “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio” en las páginas web de los Ministerios de Salud Pública, Transporte Terrestre y Obras Públicas, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Servicio Integrado de Seguridad ECU-911.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS:

PRIMERA. - En el plazo de nueve (9) meses, contados a partir de la publicación del presente instrumento jurídico en el Registro Oficial, las instituciones suscribientes, de forma coordinada, socializarán y capacitarán en el uso del “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio” a los equipos de respuesta, sus funcionarios y a la población en general.

SEGUNDA. - En el término de ciento ochenta (180) días contados a partir de la publicación del presente instrumento jurídico en el Registro Oficial la Policía Nacional desarrollará los protocolos de actuación interinstitucional para aquellos casos de intentos de suicidio en los

que la persona se encuentre armada o represente una amenaza a la integridad de los intervinientes. Una vez emitidos dichos protocolos implementarán capacitaciones para su ejecución.

DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Interinstitucional que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a las instituciones suscribientes.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **03 JUL 2026**



Validar únicamente en FirmasC.
Firmado electrónicamente por:
**JAIME OTTON BERNABE
ERAZO**

Jaime Otton Bernabe Erazo
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



Validar únicamente en FirmasC.
Firmado electrónicamente por:
**GIAN CARLO LOFFREDO
RENDON**

Gian Carlo Loffredo Rendón
MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL



Validar únicamente en FirmasC.
Firmado electrónicamente por:
**JOHN REIMBERG
OVIEDO**

John Reimberg Oviedo
MINISTRO DEL INTERIOR



Validar únicamente en FirmasC.
Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO XAVIER
LUQUE NUQUES**

Roberto Xavier Luque Nuques
MINISTRO DE INFRAESTRUCTURA Y TRANSPORTE



Validar únicamente en FirmasC.
Firmado electrónicamente por:
**CAROLINA ALEJANDRA
LOZANO HARO**

Carolina Alejandra Lozano Haro
SECRETARÍA NACIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS



Firmado electrónicamente por:
**JORGE ANTONIO
VILLARROEL CHALAN**

Jorge Antonio Villarroel Chalan
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (S)



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**JUAN CARLOS
PALADINES SALCEDO**

Juan Carlos Paladines Salcedo
DIRECTOR GENERAL DEL SERVICIO INTEGRADO DE SEGURIDAD ECU-911

MANUAL PARA LA PRIMERA INTERVENCIÓN EN INTENTOS DE SUICIDIO 2026



Ministerio de Salud Pública del Ecuador: "Manual para la primera intervención en intentos de suicidio". Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud-MSP; 2026.; tabs: gra:

- | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|
| 1. Primeros auxilios psicológicos | 4. Estrategia de persuasión | 7. Cuidado de intervinientes |
| 2. Seguridad | 5. Perfil de equipos de primera respuesta | |
| 3. Perfil primer respondiente | 6. Estrategia de contención | |

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y, Av. Amaru Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: 3814400- 1800 643 884
www.salud.msp.gob.ec.

Cómo citar el documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual para para la primera intervención en intentos de suicidio, Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, MSP; 2026, Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/prevencion-de-suicidio/>

Hecho en Ecuador.

Autoridades

Jaime Otton Bernabé Erazo, Ministro de Salud Pública
Gian Carlo Loffredo Rendón, Ministro de Defensa Nacional.
John Reimberg Oviedo, Ministro del Interior.
Roberto Xavier Luque Nuques, Ministro de Transportes y Obras Públicas
Alvaro Adrian Molina Galarraga, Viceministro de Gobernanza de la Salud
Hugo Enrique Armendariz Pinos, Subsecretario Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud
Wendy Brasilia Gavica Vásquez, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
Gabriela del Rocio Quinaluisa Chamorro, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Salud
GraS. Pablo Vinicio Dávila Maldonado, Comandante General de la Policía Nacional.
Grae. Henry Santiago Delgado Salvador, Jefe del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas.
Bernardo Antonio Cordovez Cereceda, Presidente del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Carolina Alejandra Lozano Haro, Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos.
Tanya Verónica Rodríguez Moreno, Secretaria Técnica del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS.
Mgs. Juan Carlos Paladines Salcedo, Director General del Servicio Integrado de Seguridad ECU-911.
Abg. Jorge Johan Quintero Rodríguez, Director Ejecutivo de la Comisión de Tránsito del Ecuador.
Dr. Ricardo Hidalgo Ottolenghi, Rector de la Universidad UTE.
PhD. Isidro Fierro Ulloa, Rector de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.
Dr. Roque Fabián Soria Vasco, Presidente Nacional de la Cruz Roja Ecuatoriana.

Equipo de redacción y autores

Troya Maritza, Psicóloga Clínica, Especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Barral Sandra, Magíster, Especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Carrión Milady, Magíster, Especialista, Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Guerra Karina, Licenciada, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Cruz Fausto, Magíster, Analista del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilitación de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Segura Stalin, Magíster, Devengante de Beca, Dirección Nacional de Centros Especializados, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Cadena Fabián, Doctor en Psicología Clínica, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Suárez Johanna, Psiquiatra, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Sañay Bolívar, Capitán, Jefe de Coordinación Operacional Preventivo de la CGESC, Policía Nacional. Quito.
Pozo Katerin, Sargento Segundo, Analista de Operaciones de CGESC Policía Nacional, Quito.
González Margoth, Doctora, Mayor de Sanidad, Hospital de Especialidades Nro.1 de FF.AA, Quito.
Quevedo María, Psicóloga Clínica, Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos, Guayaquil.
Flor Hamilton, Psicólogo Educativo, Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos, Guayaquil.
Soto Elizabeth, Psiquiatra, Hospital Quito Sur, IESS, Quito
Benites Bryan, Licenciado, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS, Quito.
Borja Eduardo, Magíster, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS, Quito.
Buñay Angélica, Ingeniera, Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, Quito.
Almache Marlon, Inspector, Comisión de Tránsito del Ecuador, Guayaquil.

Benavides Wilmer, Subprefecto, Comisión de Tránsito del Ecuador, Guayaquil.
Alcivar Katherine, Magíster, Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, Guayaquil.
Coronel Adriana, Psicóloga, Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, Guayaquil.
Coronel Camilo, Licenciado en Psicología, Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, Guayaquil.
Quinde Daniel, Magíster, Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, Guayaquil.
Jara Kory, Psiquiatra, Universidad UTE, Quito.
Obando Bolívar, Magíster en Psicología, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil.
Abad María, Magíster, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil.
Pérez Emma, Psicóloga Clínica, Cruz Roja Ecuatoriana, Quito.
Gallegos Yessenia, Psicóloga Clínica, Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis Emergencia y Desastres, Quito.
Pallo Edison, Psicólogo Clínico, Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis Emergencia y Desastres, Quito.
Cedeño Morales Farid Eduardo, Magíster, AMPE Asociación Mundial de Psicología de Emergencia - Ecuador,
Cajuste Michelle, Magíster, Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física - FENEDIF, Guayaquil.
Briones Nataly, Psicóloga, Asociación de Psicólogos Infantiles, Quito.

Equipo de revisión y validación

Gutiérrez Ana, Magíster, Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública (e), Quito.
Pillajo Carlos, Magíster, Director Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Muñoz Paulina, Doctora, Directora General del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Rivera Geovanny, Ingeniero, Director Nacional de Operaciones, Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, Quito.
Jaramillo Ángel, Coronel, Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica de la Comisión de Tránsito del Ecuador, Guayaquil.
Cucalón Martín, Coronel, Primer Jefe, Benemérito Cuerpo de Bomberos, Guayaquil.
Vargas Francisco, Magíster, Coordinador Técnico del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS, Quito.
Villamar Gabriela, Médico, Coordinadora Nacional de Salud y Desarrollo Comunitario, Cruz Roja Ecuatoriana, Quito.
Cornejo Fernando, Magíster, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Universidad UTE, Quito.
Pérez Lisbeth, PhD, Decana de Humanidades, Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Guayaquil.
Benítez Emerson, Magíster, Dirección de Asistencia Humanitaria, Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, Samborondón.
Alvear Alex, Psicólogo, Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Carrillo Diego Teniente Coronel, Coordinación General de Emergencias de Seguridad Ciudadana, Policía Nacional
Garzón Jaime, Coronel, Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas, Quito.
Parrales Diana, Magíster, Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Quito.
Burbano Débora, Médico, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Cevallos Lucía, Médico, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (e), Ministerio de Salud Pública, Quito.
Cabrera Diana, Magíster, Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, Encargada, Ministerio de Salud Pública, Quito.
Ordoñez Gabriel, Magíster, Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis Emergencia y Desastres, Guayaquil.

Carpio Juan, Magíster, Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis Emergencia y Desastres, El Tambo.

Garcés Mauricio, Magíster, AMPE Asociación Mundial de Psicología de Emergencia, Quito.

Colaboradores

Aguirre Nicolás, Autistas Ecuador.

Vásconez Andrés, MBA, Autistas Ecuador.

Garcés Valery, Psicóloga, Autistas Ecuador.

Insuasti María, Magíster, Autistas Ecuador.

Gavilanes Leslie, Autistas Ecuador.

Armas Orlando, Autistas Ecuador.

Quezada Evelyn, Bipolaridad Ecuador.

Unaicho Antonella, Grupo Fénix.

Álvarez Susana, Trabajadora Social.

Barragán Cristina, Magíster en Dirección Comercial.

Gerstner Rebekka, Magíster en Salud Pública.

Duarte José, Psicólogo Clínico, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Abarca René, Magíster, Director de Carrera Atención Pre-hospitalaria y Emergencias, Universidad UTE, Quito.

Andrade Ana, Psicóloga Clínica, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, Quito.

Enríquez Diego, Capitán, Jefe de Soporte Operativo de la DGSCOP, Subrogante. Policía Nacional. Quito.

Benavides Wilmer, SubPrefecto, Comisión de Tránsito del Ecuador.

Cadena Henry, Investigador post-doctoral, Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

García Byron, Tecnólogo en paramedicina, Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis Emergencia y Desastres, Quito.

Moreno Diana, Psiquiatra, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas. Quito

Murillo Mayra, Psicóloga Clínica, Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis Emergencia y Desastres, Quito.

Troya Isabela, Magíster, investigadora post-doctoral del University College Cork, Irlanda.

ÍNDICE

1.	Presentación.....	
2.	Introducción	
3.	Antecedentes y justificación	
4.	Objetivos	
5.	Alcance	
6.	Glosario.....	
7.	Caracterización del intento de suicidio.....	
7.1.	Tipos de Intentos de suicidio	
7.2.	Factores de Riesgo asociados	
8.	Primeros auxilios Psicológicos (PAP) en el intento de suicidio	
8.1.	Antes de aplicar PAP	
8.2.	Fundamentos de PAP	
8.3.	Requisitos para PAP	
8.4.	Técnicas de PAP	
8.5.	Acciones en PAP	
8.6.	Pautas para la intervención	
9.	Intervención con grupos específicos	
9.1.	Niños, Niñas y adolescentes	
9.2.	Personas Adultas Mayores	
9.3.	Personas con necesidades diversas	
9.3.1.	Personas con Discapacidad Física	
9.3.2.	Personas con Discapacidad Psicosocial	
9.3.3.	Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA)	
9.3.4.	Personas con Discapacidad Intelectual	
9.3.5.	Personas con Discapacidad Visual	
9.3.6.	Personas con Discapacidad Auditiva	
9.3.7.	Personas con Discapacidad de Lenguaje	
9.4.	Personas con comportamiento agresivo	
9.5.	Personas con Intoxicación por Sustancias Químicas	
9.6.	Recomendaciones Generales	
10.	Actores de la intervención en el Intento de suicidio	
10.1.	El Primer respondiente	
10.1.1.	Rol y límites del Primer respondiente durante la intervención	
10.1.2.	Recomendaciones iniciales para el Primer respondiente	
10.1.3.	Seguridad para la intervención	
10.1.4.	Comunicación Verbal	
10.2.	Equipos de primera respuesta	
10.2.1.	Perfil para los Equipos de primera respuesta	
10.2.2.	Funciones de Equipos de primera respuesta	
10.2.2.1.	Servicio Integrado de Seguridad ECU-911	
10.2.2.2.	Arribo a la escena de un Intento de suicidio	
10.2.2.3.	Coordinación entre equipos	
10.2.2.4.	Procedimiento de intervención	
10.2.2.5.	Entrega de la persona con intento de suicidio	
11.	Después de la intervención	
11.1.	Cuidado de los intervinientes	
11.2.	Autocuidado de los intervinientes	
12.	Referencias	
Anexo 1		
Anexo 2		
Anexo 3		
Anexo 4		
Anexo 5		
Anexo 6		

Tabla de figuras

Figura 1. Ideas manifestadas por las personas en alto riesgo suicida	
Figura 2. Características de personas con riesgo suicida	
Figura 3. Señales de progreso en la intervención	
Figura 4. Indicios de la decisión final para suicidio	
Figura 5. Traslado hospitalario	

Tabla de Gráficos

Gráfico 1. Personal mínimo para respuesta en intentos de suicidio	
Gráfico 2. Zonas de seguridad en intentos de suicidio	
Gráfico 3. Contención física en personas de frente al equipo de salvamento y rescate en intentos de suicidio.....	
Gráfico 4. Contención física en personas de espaldas al equipo de salvamento y rescate	
Gráfico 5. Contención física en personas sentadas de espaldas al equipo de salvamento y rescate	

1. Presentación

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial y representa un profundo desafío para la salud pública, los sistemas de apoyo social y las comunidades. El comportamiento suicida es complejo, multifactorial, y requiere de intervenciones articuladas para poder abordar de forma efectiva esta problemática.

Cada año, más de mil personas se suicidan en Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); sin embargo, a menudo los intentos de suicidio no se concretan, ya que las personas en riesgo son abordadas por policías, agentes de tránsito, profesionales de rescate, transeúntes, o cualquier otra persona que pueda ser la primera en llegar a la escena del intento. Estas personas desempeñan un rol fundamental y pueden hacer la diferencia entre la vida y la muerte, ya que su intervención rápida y efectiva puede salvar vidas y devolver la esperanza a quienes intentan suicidarse.

Frente a esta realidad, es imperativo dotar a los primeros respondientes y equipos de primera respuesta de herramientas claras, prácticas y basadas en evidencia, que les permitan actuar de manera oportuna, empática y eficaz ante los intentos de suicidio. Reconocemos que la primera intervención puede marcar una diferencia decisiva en la evolución de una crisis suicida. Una respuesta adecuada no solo salva vidas, sino que también contribuye a reconstruir la esperanza y a facilitar el acceso a redes de apoyo y tratamiento especializado.

El “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio” ha sido desarrollado como una respuesta estratégica para fortalecer las capacidades de atención inmediata en contextos de crisis. Su propósito es brindar lineamientos estandarizados y accesibles para todos aquellos profesionales, voluntarios y actores comunitarios que, en diversos ámbitos, puedan ser los primeros en brindar auxilio a una persona en situación de riesgo. Cada sección ha sido elaborada en colaboración con profesionales de salud mental, de discapacidades, atención de salud móvil, Bomberos, Cruz Roja, Policías, Agentes de tránsito, la academia y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la prevención del suicidio.

Para ayudar a una persona en riesgo de suicidio, el enfoque humanitario es fundamental, por lo que es imprescindible la empatía, asertividad y aceptación incondicional del primer respondiente y equipos de primera respuesta que atiendan la crisis; sin embargo, estas no son características innatas, deben ser instruidas y entrenadas de la misma manera que otras habilidades y destrezas, para que puedan aplicarse adecuadamente y con la seguridad que requiere el caso.

Al presentar este manual, reafirmamos nuestro compromiso colectivo de trabajar por una sociedad en la que cada vida sea valorada, y en la que el sufrimiento encuentre respuesta en la solidaridad, el cuidado y la acción efectiva. Invitamos a todas las personas y organizaciones que lo utilicen, a ser parte activa del proceso de mejora constante de este instrumento.

Jaime Otton Bernabé Erazo
Ministro de Salud Pública

2. Introducción

El intento de suicidio generalmente es una expresión extrema de sufrimiento psíquico y emocional que requiere una respuesta inmediata, profesional y respetuosa. Las personas que atraviesan una crisis suicida necesitan ser escuchadas, contenidas y orientadas hacia la atención adecuada.

La primera intervención es un momento crítico que puede influir decisivamente en la evolución de la crisis. Una respuesta adecuada puede disminuir el riesgo inmediato, abrir canales de comunicación y facilitar el acceso a servicios de salud mental especializados. La ciudadanía y los equipos de primera respuesta son fundamentales en la cadena de prevención del suicidio; marcan una diferencia significativa en la vida de aquellos que enfrentan una crisis suicida, así como en la promoción de una sociedad más compasiva y empática para todos.

Este manual ha sido elaborado con el objetivo de proporcionar un marco de actuación unificado y basado en la evidencia para todos los agentes que en distintos contextos puedan enfrentarse a un evento de esta naturaleza; por lo que proporciona pautas claras y prácticas para identificar la presencia de un riesgo suicida, estrategias para intervenir en estas situaciones de manera segura y efectiva, con una comunicación y apoyo emocional que permita brindar un primer soporte y acompañamiento a la persona en crisis.

A lo largo de este instrumento se desarrollan principios generales de actuación, estrategias específicas para la contención en situaciones de intento de suicidio, y procedimientos de derivación. Además, se incorporan consideraciones éticas y recomendaciones para el autocuidado de quienes intervienen, reconociendo el impacto emocional que puede generar enfrentar este tipo de emergencias.

La finalidad de este documento es servir como ayuda para recordar los pasos más importantes en la intervención en un intento de suicidio, más no reemplaza el entrenamiento proporcionado por profesionales calificados en la materia, ni la atención especializada de profesionales de salud mental, por ello, también aborda la importancia de la derivación adecuada a los servicios de ayuda y la colaboración con profesionales capacitados. Asimismo, busca fortalecer una cultura de prevención, cuidado y responsabilidad compartida frente al fenómeno del suicidio, promoviendo una mirada comprensiva y libre de estigmas.

Este documento no pretende reemplazar la atención especializada, sino actuar como una guía práctica para la respuesta inmediata, respetuosa y efectiva. El abordar un intento de suicidio puede generar un impacto emocional en quienes intervienen, por lo que este manual también dedica un espacio para abordar el autocuidado y el manejo del estrés derivado de la intervención, para procurar su bienestar y mantener una capacidad de respuesta efectiva.

3. Antecedentes y justificación

Cada año, aproximadamente 726.000 personas se suicidan en todo el mundo, lo que representa una de las principales causas de muerte. En los últimos treinta años, se registra un constante aumento de los suicidios y por cada suicidio se estiman alrededor de 10 a 20 intentos (1); sin embargo, como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la región de las Américas es la única que no ha registrado un descenso en las tasas de suicidio en los últimos 20 años, así también señala que los trastornos mentales y el suicidio representan una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (1).

Entre los años 2015 y 2020 en Ecuador, las cifras de suicidio superaron las de muertes por agresión interpersonal y la mayoría de las personas afectadas tenían edades comprendidas entre los 15 y los 40 años, según datos del INEC (2). Para el 2024 (último año que se cuenta con información oficial del INEC), 1120 personas tomaron la decisión de quitarse la vida, lo cual representa una tasa nacional de mortalidad por suicidio de 6,23 por cien mil habitantes.

En este contexto, la OMS tiene como objetivo reducir la tasa de suicidios en un 15% para el año 2025 mediante la implementación de estrategias multisectoriales. Estas estrategias incluyen respuestas nacionales eficaces que abarcan actividades desde la prevención hasta la provisión de servicios de intervención en crisis, tratamiento eficaz, manejo oportuno de sistemas de información, control del acceso a medios letales y el adecuado seguimiento de las personas en riesgo suicida y sus familias. (3)

Paralelamente, las autoridades de salud de todo el mundo han alertado sobre el impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido en la salud mental de la población. El aumento de la angustia generalizada, el temor al contagio, la pérdida de seres queridos y medios de subsistencia, el aislamiento y la violencia, así como las dificultades en el acceso a los servicios de salud, han afectado gravemente el bienestar de la población y exacerbado las condiciones de salud mental preexistentes. (4) Según expertos, esta situación creó un escenario potencial para el aumento del riesgo suicida (5).

Es por ello que el Ministerio de Salud Pública en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ha incluido en sus metas para el presente decenio (Plan Decenal de Salud 2021-2030), la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio.

4. Objetivos

Objetivo general: Orientar la intervención de las personas que actúan como primeros respondientes y equipos de primera respuesta ante un intento de suicidio.

Objetivos específicos

- Caracterizar el intento de suicidio para facilitar su comprensión.
- Describir los pasos del primer abordaje ante un intento de suicidio por parte de los primeros respondientes.
- Detallar los pasos del primer abordaje interinstitucional por parte de los equipos de primera respuesta.
- Delinear las medidas de cuidado para primeros respondientes y equipos de primera respuesta.

5. Alcance

Este instrumento ha sido diseñado para servir de guía para los primeros respondientes y equipos de primera respuesta en la primera intervención con personas que intentan suicidarse en el país.

6. Glosario de términos y abreviaturas

Asertividad: habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva (6).

Autocuidado: acciones que una persona toma para protegerse y ayudarse a sí misma. Estas acciones pueden ser aprendidas a través de una orientación guiada o identificadas como efectivas a través de la experiencia personal, lo

que ha demostrado ser beneficioso para la propia salud y bienestar (7). Es una forma activa de mantener y mejorar la salud física y mental.

Cuidado: actuaciones de ayuda, apoyo y mediación dirigidas a otra persona o grupo que tiene necesidades evidentes (8).

Comportamiento suicida: conjunto de fases del proceso suicida: ideación, intencionalidad, plan, comunicación e intentos de suicidio (9).

Conductas depresivas: son comportamientos que generan dificultades de adaptación en la persona que lo presenta, se caracterizan por impedir que la persona cumpla con sus objetivos personales, entre ellos se encuentran las conductas públicas (lo que otras personas pueden notar) como: llorar, alejarse de grupos sociales o pasar la mayor parte del tiempo a solas, etc. También encontramos conductas privadas (comportamientos que solo la persona que las emite sabe que existen) como pensamientos de inutilidad, catastrofismo (que todo va a ir mal), sentimientos de culpa, soledad, entre otros (10).

Contención emocional: procedimiento con el propósito de tranquilizar y fomentar la confianza en una persona que está experimentando una intensa crisis emocional. Esto se logra a través de una actitud empática y la práctica de la escucha activa (11).

Derivación: procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por el que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente (12).

Desactivación emocional: actividades que procuran regular las emociones activadas durante un momento de crisis o de gran demanda emocional. Estas actividades tienen un efecto positivo a corto, mediano y largo plazo en la salud mental de las personas después de eventos críticos (13).

Empatía: capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona, comprendiendo la situación desde su contexto, dejando en segundo plano el propio (14).

Equipos de primera respuesta/intervinientes: equipos con formación o entrenamiento conformados por el personal de las instituciones que responden ante una llamada de emergencia al SIS-ECU 911: Cruz Roja, Cuerpos de Bomberos, IESS, MSP, Policía Nacional, entre otros.

Ideación suicida: pensamientos y deseos de quitarse la vida (15).

Intención suicida: pensamientos y deseos que tiene un sujeto de poner fin a su vida con nivel elevado de intensidad. Determinación en grado variable, de cometer un acto suicida (16).

Intento de suicidio: acto suicida sin resultado de muerte (17).

Parasuicidio: conductas en apariencia suicidas, que en realidad no buscan la muerte sino una serie de cambios ambientales en el entorno. Tienen un carácter gestual, de petición de ayuda (18), conocido también como conducta autolesiva no suicida.

Paraverbal: forma de comunicación complementaria al uso del lenguaje verbal; tiene la doble función de mejorar la comprensión del lenguaje verbal y favorecer la manifestación de sentimientos, emociones y de actitudes del que habla (19).

Persona con discapacidad: es toda aquella persona que como consecuencia de una o más alteraciones en sus funciones y/o estructuras corporales físicas, psicosociales, intelectuales o sensoriales permanentes e irreversibles, con independencia de la causa que las hubiere originado, tiene limitaciones en la funcionalidad y barreras del entorno que restringen su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de oportunidades que las demás (50).

Plan suicida: formulación sistemática de un método de acción que tiene el potencial para resultar en una conducta relacionada con el suicidio. (20).

Posvención: acciones y apoyo proporcionado a las personas que han perdido a alguien debido al suicidio. Su objetivo es ayudar a las personas en duelo a sobrellevar su pérdida y prevenir el riesgo de suicidio entre quienes quedan atrás (21).

Primer respondiente/alertante: persona que detecta una situación de emergencia o crisis y toma las medidas iniciales para responder a esa emergencia, puede ser cualquiera que se encuentre presente en el lugar donde ocurre la emergencia, como un testigo presencial, un transeúnte, Policías, Agentes de tránsito, entre otros; su rápida acción al identificar y reportar la emergencia puede ayudar a prevenir lesiones o daños mayores y facilitar la llegada de la ayuda adecuada (6).

Profesionales de salud mental: profesionales con título de tercer y/o cuarto nivel debidamente registrados y habilitados ante las autoridades competentes (Psiquiatras, Psicólogos con atención a pacientes) (22).

Referencia: procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud (23).

Riesgo suicida: grado variable de cometer un acto suicida (24).

Suicidio: acto deliberado de poner fin a la propia vida (25).

Abreviaturas

AMPE: Asociación Mundial de Psicología de Emergencia - Ecuador

APH: Atención Prehospitalaria

COIP: Código Orgánico Integral Penal

CONADIS: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades

CRE: Cruz Roja Ecuatoriana

CREU: Centro Regulador de Emergencias y Urgencias MSP

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

PAP: Primeros Auxilios Psicológicos

SEPACED: Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma, Atención de Crisis, Emergencias y Desastres.

7. Caracterización del intento de suicidio

Cada individuo es único, con características particulares que dependen de varios factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, entre los cuales pueden estar su estado de salud integral, circunstancias económicas, educativas, relacionales e incluso los procesos de aculturación que viven los pueblos y nacionalidades. Esta realidad, puede ocasionar que algunas personas perciban al suicidio como una opción y presentar diferentes fases del comportamiento suicida (desde la ideación o pensamiento suicida hasta la realización del acto). Entre estas, se pueden diferenciar dos fases clave: la fase cognitiva y la fase emocional (26).

FASE COGNITIVA

Puede durar días, semanas, meses o incluso años, en los cuales la persona considera el suicidio como una opción, experimenta ideas suicidas que se vuelven cada vez más frecuentes e intensas.

Durante esta fase, también puede surgir un estado en el que luchan entre la urgencia de escapar del dolor que les hace sentir insatisfechos con la vida y, el deseo interno de seguir viviendo. Algunas personas llegan a planificar cuándo, dónde y cómo llevar a cabo el suicidio, en cambio otras, pueden saltarse esta planificación y aun así llegar a cometer el suicidio (27).

FASE EMOCIONAL

La persona en riesgo de suicidio ha dejado de reflexionar y/o planificar, las ideas sobre cómo morir se vuelven permanentes y son incapaces de considerar otras formas de afrontar sus problemas por lo que proceden al acto (27).

Es importante comprender que el suicidio también puede ser un acto impulsivo desencadenado por experiencias negativas incluso de ese mismo día; sin embargo, todo impulso es transitorio y dura solo unos minutos u horas, por lo que es esencial actuar durante esas crisis, tratando de ganar tiempo para reducir el deseo de suicidarse (26).

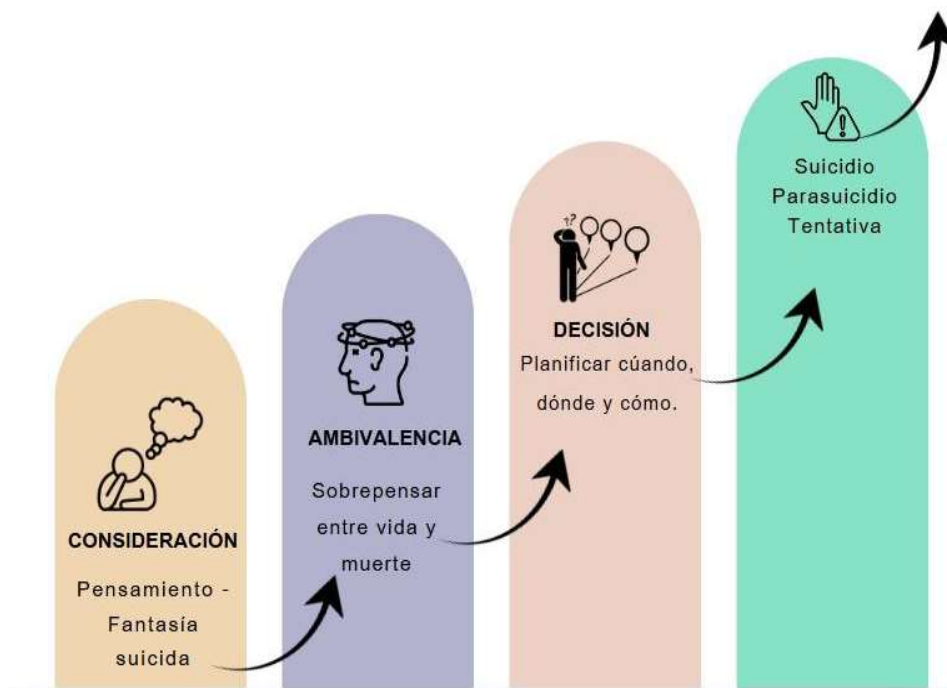
Figura 1. Ideas manifestadas por las personas en alto riesgo suicida

Desesperanza	"Nada va a cambiar"
Sufrimiento psíquico intenso	"No lo soporto más"
Crisis de sentido de vida	"No sé para qué estoy vivo/a"
Depresión	"Desearía estar muerto"
Despersonalización	"Sensación de desconexión de sí mismo/a. Verse como en tercera persona".
Pensamiento rígido, "testarudo", autoritario	"Tengo que suicidarme, no hay otro camino para mí. Es mi destino"
 No cree que su vida tenga perspectiva (ausencia de perspectiva), no entiende para qué está en este mundo (ausencia del sentido a la vida), siente que no tiene energía para salir de esta fatiga emocional (fatiga física y emocional). No se sienten "dueños" de sí mismos, muchas veces se ven desde una perspectiva de pájaro. NO SABE COMO AYUDARSE A SÍ MISMO/A	

Fuente: Guía para Bomberos. Intervenciones en Tentativa de Suicidio. Asociación Internacional de estudios de Bomberos. 2020 (12)

Elaboración propia

Figura 2. Características de personas con riesgo suicida



Fuente: Guía para Bomberos. Intervenciones en Tentativa de Suicidio. Asociación Internacional de Estudios de Bomberos. 2020 (12).
Elaboración Propia

7.1. Tipos de Intentos de suicidio

Los intentos de suicidio pueden clasificarse de diversas maneras, dependiendo de los factores que se consideren, el conocerlos ayuda a guiar el tipo y nivel de acciones durante la intervención. A continuación, se describen algunos de los tipos de intentos de suicidio, categorizados según distintos criterios (29):

Según la letalidad del método

Alta letalidad: métodos que tienen una alta probabilidad de resultar en la muerte. Ejemplos incluyen el uso de armas de fuego, ahorcamiento y envenenamiento con sustancias altamente tóxicas y precipitaciones.

Baja letalidad: métodos con menor probabilidad de causar la muerte. Ejemplos incluyen cortes superficiales y la ingestión de medicamentos en dosis no letales.

Según la intencionalidad

Intencionalidad alta: la persona tiene una clara intención de morir y elige métodos altamente letales.

Intencionalidad baja: la persona puede estar buscando ayuda o queriendo comunicar su sufrimiento más que realmente desear morir. Estos intentos a menudo utilizan métodos menos letales.

Según la planificación

Impulsivos: intentos que se realizan sin mucha premeditación, en respuesta a una crisis emocional aguda o un impulso momentáneo.

Planificados: intentos que se llevan a cabo después de una considerable planificación y preparación. La persona puede haber considerado diferentes métodos y elegido uno específico.

Según la comunicación

Con advertencia: la persona comunica explícitamente su intención de suicidarse a otros, ya sea verbalmente o a través de notas.

Sin advertencia: la persona no comunica sus intenciones de ninguna manera clara antes del intento.

Según la motivación

Intento de suicidio por conductas depresivas: suele ser un suicidio razonado que por lo general se realiza en la intimidad, por lo que es difícil que se llegue a intervenir. Sin embargo, la depresión es un factor de riesgo alto, sobre todo cuando el paciente comienza con tratamiento psicofarmacológico, por lo que es necesario establecer si está en tratamiento y cuánto tiempo está en el mismo.

Ejemplo: una mujer empezó a tomar su tratamiento de sertralina (medicamento antidepresivo); ahora se siente menos agotada que en días anteriores, pero su sensación de soledad y dolor no ha desaparecido. Tiene fuerzas para moverse por lo que toma un frasco de medicamentos y los ingiere todos en una toma, provocando una intoxicación medicamentosa.



Intento de suicidio como mensaje de impacto: tiene una finalidad instrumental o comunicativa. Suelen ser suicidios con alta impulsividad y buscan agitar/sensibilizar a conglomerados. En otras ocasiones el objetivo es hacer daño a quienes ellos consideran culpables de su malestar y se encuentran notas que culpan a otros de su acto.

Ejemplo: un hombre siente que sus reclamos por los derechos de la naturaleza no son escuchados, por lo que decide hacer explotar un tanque de gas, a fin de cumplir su objetivo, se amarra al tanque y exige que los medios de comunicación se hagan presentes en el sitio para que su mensaje sea escuchado.



Intento de suicidio como petición de ayuda: consiste en una clara petición de ayuda por parte de la persona que pretende consumir su suicidio, sin embargo, no llega a darse. La alerta podría llegar por parte de una persona que presencia el intento o por quien intenta suicidarse. Este tipo de intento de suicidio no debe entenderse como una forma de llamar la atención, por lo que no debe tomarse a la ligera su alerta y se tiene que auxiliar inmediatamente a quien lo solicita.

Ejemplo: un adolescente que sufre mucho maltrato por parte de sus compañeros, le aíslan y se burlan de él. El adolescente siente mucho dolor emocional, el cual lo lleva a intentar suicidarse, porque no sabe cómo sobrellevar la situación con sus compañeros y su estado emocional está gravemente afectado. No sabe cómo pedir ayuda y encuentra en el hacerse daño una forma de pedirla.



Intento de suicidio impulsivo: puede tener una alta letalidad por el nivel de impulsividad de la persona, sin embargo, cuando se interviene adecuadamente con primeros auxilios psicológicos, se logra que la persona recobre el control emocional y articule nuevas alternativas para manejar la situación detonante.

Ejemplo: una pareja joven está discutiendo en la terraza de su casa, la discusión ha escalado a un nivel emocional desbordante. Se dicen cosas hirientes y él decide que la relación se termina. En ese momento ella, presa del dolor y la rabia que le ocasionó la discusión decide colocarse al filo de la terraza para lanzarse al vacío.



Intento de suicidio por venganza: la persona afectada supone que la muerte generará un impacto y daño emocional sobre un tercero, por ello es importante indagar por el vínculo emocional y las motivaciones que tiene la persona para intentar lastimar al otro haciéndose daño a sí mismo (30).

Ejemplo: el empleado de una empresa es despedido después de 15 años de trabajo, siente ira desbordada porque no se le reconoció todo su esfuerzo y por ello decide vengarse de sus exjefes cometiendo suicidio, dejando una nota donde los responsabiliza de su acción.



Parasuicidio: son conductas aparentemente suicidas, que en realidad no buscan la muerte sino una serie de cambios ambientales en el entorno, como forma de pedir ayuda. No deben tomarse a la ligera ya que pueden volverse letales fácilmente de manera accidental, ya que la persona puede equivocarse o calcular mal el espacio físico; tomar pastillas y llamar a alguien que no esté disponible en ese momento y con ello no recibir ayuda oportuna y consumarse la muerte por suicidio.

Luego del parasuicidio la persona puede sentir vergüenza si las consecuencias han ido más allá de su intención inicial y provocar por parte de sus familiares una respuesta de agresividad o de impotencia debido al temor que causa.

Otros tipos

Intento de suicidio en estado alterado de conciencia: la persona ha perdido todo contacto con la realidad, el suicidio está directamente relacionado con los efectos que el trastorno psicótico tiene sobre la persona. Normalmente el acto es muy impulsivo y llama mucho la atención.

Ejemplo: una persona percibe que alguien lo sostiene o está detrás de él (sin haber nadie) y quiere hacerle daño y el saltar del puente es la forma de escapar.



Intento de suicidio con finalidad de muerte (planificado y cuidadoso): este es de alta letalidad, pues existe una decisión de morir. Es importante que se comprenda que en este tipo de suicidio la posibilidad de retrasar la acción puede llevar un tiempo considerable y es necesario definir el tipo de evento, al recabar información con la familia o personas cercanas.

Ejemplo: una persona después de una serie de eventos desafortunados en su vida, ha decidido que la vida no tiene más sentido, no reporta estar triste, solo no le encuentra sentido a existir. Por meses ha ido cerrando sus pendientes: cancelado los contratos de luz, agua, ordenado la documentación de sus propiedades y ha repartido entre los pocos seres queridos sus cosas de valor. Ha establecido que la mejor forma de partir de este mundo es por medio del uso de gas doméstico, planificó el momento más adecuado para no ser interrumpido, y ha escrito su carta de despedida.



7.2. Factores de riesgo asociados

Existen diferentes circunstancias, condiciones o incluso enfermedades que pueden estar relacionadas con un intento de suicidio, predisponerlo o mantener la intención de repetirlo. Entre estos factores se encuentran los siguientes factores de riesgo asociados:



8. Primeros auxilios psicológicos (PAP) en el intento de suicidio

Las crisis de esta naturaleza generan un nivel de angustia que interfiere con la capacidad de afrontamiento, lo que puede ocasionar una amplia gama de reacciones tempranas, ya sean físicas, psicológicas, de comportamiento y hasta espirituales, en cuyo caso el apoyo a través de primeros auxilios psicológicos puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

Haciendo un paralelismo con los primeros auxilios sanitarios, los primeros auxilios psicológicos (PAP) son intervenciones básicas, aunque no por ello menos importantes, que se brindan en los primeros momentos del contacto. Esta ayuda puede ser brindada por una amplia gama de personas que se encuentren con quienes intentan

suicidarse, sin que requiera tener una formación profesional; sin embargo, es necesario conocerlos de cerca antes de intervenir (31).

Los PAP, como su nombre lo indica es lo primero que se puede decir y hacer con una persona que por algún motivo busca suicidarse, para brindarle soporte de un modo práctico, humanizado y responsable, para disminuir su estado de crisis y las manifestaciones agudas de estrés, recomfortándole y ayudándole a calmarse, por lo que es importante asegurarse de que se es capaz, física y emocionalmente, de ayudar a otras personas (32).

Para una capacitación exhaustiva respecto de los PAP, se sugiere realizar el curso gratuito de la Organización Panamericana de la Salud, disponible en:

<https://campus.paho.org/es/curso/primera-ayuda-psicologica-pap-en-el-manejo-de-emergencias>

Entre los grupos entrenados se encuentran:

- Voluntarios capacitados: individuos que han recibido entrenamiento específico en PAP a través de organizaciones no gubernamentales, comunitarias, religiosas, o programas de formación en emergencias.
- Trabajadores humanitarios: personal de organizaciones no gubernamentales (ONG) y agencias de ayuda humanitaria que trabajan en zonas de desastre o conflicto.
- Educadores y personal escolar: maestros, orientadores y otros miembros del personal escolar que pueden proporcionar apoyo a estudiantes durante emergencias.
- Trabajadores sociales, consejeros y terapeutas con formación en intervención en crisis.
- Personal de emergencias y rescate: Bomberos, paramédicos, policías entre otros socorristas que tienen contacto directo con personas en situaciones de crisis.
- Profesionales de la salud: médicos, enfermeras, equipos de Atención Integral de Salud del MSP (EAIS) y otros profesionales del ámbito sanitario que puedan atender a pacientes en estado de crisis.
- Profesionales de salud mental: psicólogos y psiquiatras.

8.1. Antes de aplicar PAP

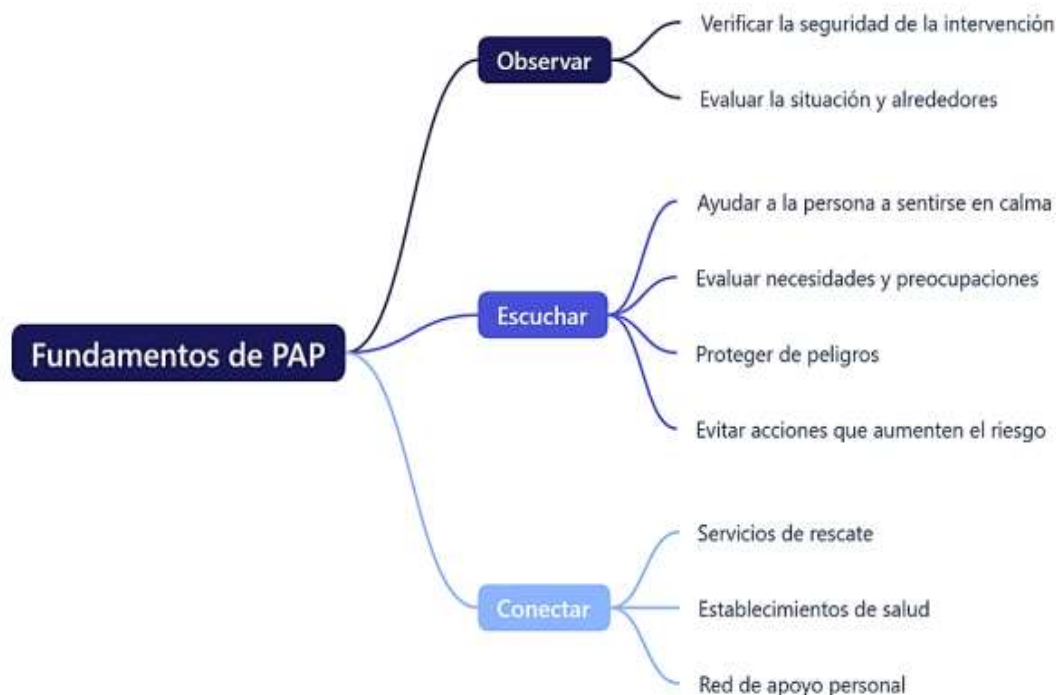
- Es necesario tomarse unos minutos para auto-evaluar si se está en condiciones personales para enfrentar la emergencia, ya que, si el primer respondiente se encuentra afectado por alguna situación personal por ejemplo un duelo, crisis familiar, experiencia traumática reciente, es recomendable que otra persona sea la que intervenga, de esa manera se evitarán consecuencias negativas sobre sí mismo o sobre la persona suicida (33).
- Parte de la preparación que necesita el primer respondiente para su accionar, implica notificar al SIS ECU-911 a través de la línea única de emergencias 9-1-1, de la emergencia, a fin de que los PAP sean aplicados hasta que lleguen los equipos de primera respuesta.
- Para aplicar PAP el primer respondiente debe estar informado, ya que esto reduce su ansiedad y le ayuda a tomar mejores decisiones junto a la persona afectada, por lo que es importante recabar la mayor información posible acerca de lo ocurrido y de los riesgos de seguridad por ejemplo: electrocución, agresiones físicas, caída, liberación de materiales y gases peligrosos, tráfico, entre otros (34).

8.2. Fundamentos de PAP

Para brindar Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) de manera efectiva, es fundamental que la persona encargada conozca previamente sus principios y técnicas, además de prepararse adecuadamente para ofrecer ayuda. Esto incluye considerar su propio estado de salud y reconocer sus límites personales.

Los principios básicos de los PAP son (19):

- Observar: la situación y los alrededores para verificar la seguridad que existe al momento de intervenir.
- Escuchar: a la persona, ayudarlo a sentirse en calma, evaluar sus necesidades y preocupaciones de manera no invasiva y protegerlo de los peligros, evitando que las acciones de quien intervenga provoquen mayor peligro.
- Conectar: a la persona con los servicios de rescate, establecimientos de salud o personas que formen su red de apoyo, que puedan cubrir sus necesidades inmediatas.



Estos principios se aplican a través de las siguientes acciones:

- Escuchar activamente:** brindar una escucha atenta, sin interrupciones ni juicios, para que la persona se sienta comprendida.
- Proporcionar calma y seguridad:** ayudar a estabilizar emocionalmente a la persona, transmitiendo tranquilidad y un entorno seguro.
- Evaluar necesidades y preocupaciones:** identificar las principales necesidades físicas, emocionales o prácticas de la persona en crisis.
- Facilitar conexión:** ayudar a la persona a restablecer la comunicación con sus seres queridos, la comunidad y los servicios de apoyo.
- Proteger de más daños:** evitar exposiciones innecesarias a situaciones que puedan empeorar el estrés o el trauma.

8.3. Requisitos para aplicar PAP

Conocimiento de recursos

Quien interviene ante un intento de suicidio necesita conocer aquello con lo que se cuenta en la localidad, por ejemplo: líneas telefónicas para emergencias (9-1-1) e intervención en crisis (171 opción 6), en la medida de lo posible, es importante que conozca además los hospitales cercanos o centros de salud que pueden dar ayuda profesional las 24 horas (En el MSP son los Servicios de Emergencias de Hospitales y Centros de Salud Tipo C),

grupos de apoyo o actividades comunitarias, para proporcionar información útil o referir a la persona adecuadamente.

Sensibilidad cultural

El Ecuador es un país intercultural y plurinacional, por lo que es fundamental comprender y respetar, desde un enfoque intercultural, las diferencias y contextos de las personas a las que se brinda apoyo, en este sentido, es importante establecer un contacto y comunicación culturalmente apropiados a fin de que se permita la ayuda adecuada, por ejemplo: en ciertas culturas no es apropiado el contacto visual directo o se toma como exceso de confianza el tuteo, así como el hecho de que el interviniente tenga un sexo distinto al de la persona que intenta suicidarse. Con el fin de facilitar la comunicación, resulta importante preguntar si la persona se siente cómoda con el interviniente, de no ser así, es necesario ofrecerse a buscar una persona más acorde, de forma remota, mientras lo acompaña hasta que llegue (35).

En los casos que el intento de suicidio que se presentan en las comunidades conformadas por pueblos y nacionalidades, con fines de mejorar el abordaje de la emergencia, la persona que la atiende, podría apoyarse en alguien de la misma comunidad para establecer una mayor apertura y confianza y facilitar la comunicación si existen barreras por el idioma.

Habilidades de comunicación

Cuando se interacciona con cualquier persona, el mensaje es transmitido a través no solamente de las palabras, sino también del tono y volumen de voz, expresiones faciales, mirada, posturas, etc. Entre las habilidades que vuelven más efectiva la comunicación, se encuentran (34):

Amabilidad y confianza: es necesario manifestar empatía y respeto con su situación sin minimizarla, hablar de forma pausada y tranquilizadora, sin juzgar a la persona o su decisión, para que la persona se sienta cómoda con quién interviene y confíe en su ayuda. Por ejemplo: "Siento mucho escuchar eso", "Está bien, tómese su tiempo", "Estoy aquí para cuando quiera hablar", etc. (32).

Adaptación: el lenguaje de quien interviene debe adaptarse a la edad y desarrollo de quien intenta suicidarse, permita pausas si la persona necesita o desea permanecer en silencio, incluso cuando alguien parece agresivo o confundido, el respondiente puede —al comunicarse de forma efectiva— reducir una situación más tensa (32).

Manejo de la respuesta de estrés

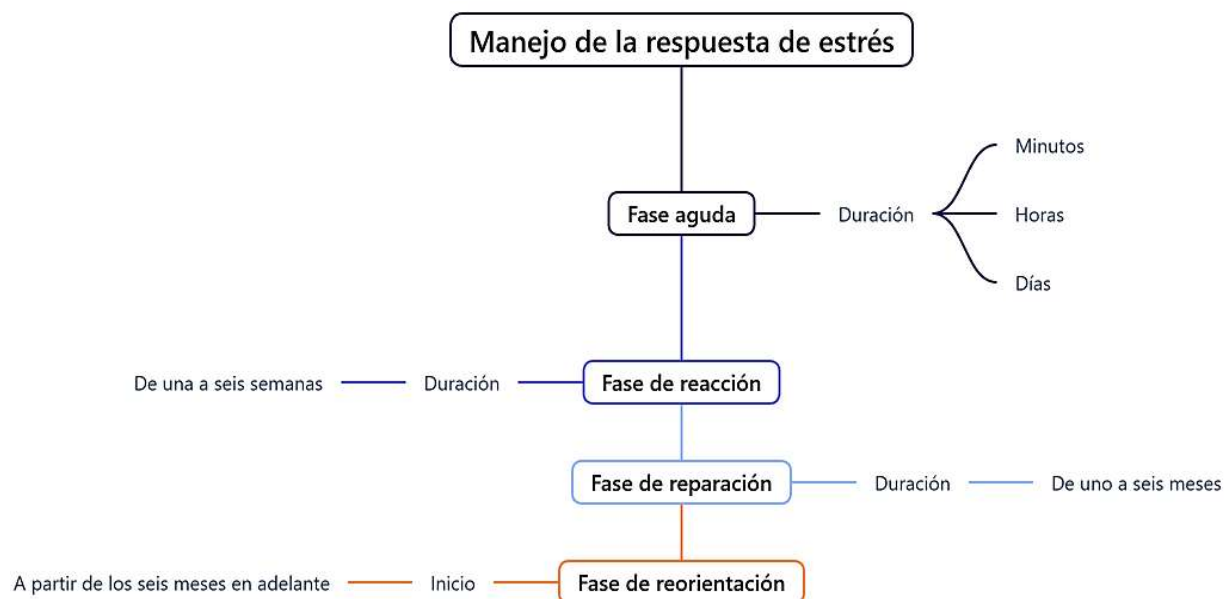
Si una persona es confrontada con una fuente de estrés muy fuerte, probablemente experimentará una respuesta involuntaria de lucha o huida, la cual afecta el modo en que la persona piensa, siente y actúa. Puede disminuir la capacidad para pensar racionalmente, por lo que, en esas condiciones, la primera solución que acuda a su mente puede no ser la mejor.

El individuo puede estar desorientado a nivel personal, temporal o espacial, lo que puede complicar la comunicación con otros y llevar a un retraimiento o estar extremadamente agitado y tener problemas para calmarse. Otras reacciones emocionales frecuentes son enojo, miedo, sentimientos de inutilidad y desamparo que también pueden llevar a desasosiego.

Una persona expuesta a situaciones de estrés severo puede atravesar cuatro fases de reacción al estrés:

1. Fase aguda (dura minutos, horas o días)
2. Fase de reacción (dura de una a seis semanas)

3. Fase de reparación (dura de uno a seis meses)
4. Fase de reorientación (a partir de los seis meses en adelante)



La aplicación de PAP se da en la fase aguda, por lo que será necesario comprender cómo se puede responder a ella y cómo ayudar (36).

8.4. Técnicas clave de los PAP

- a) **Contacto y orientación inicial:** presentarse de manera respetuosa, explicar el propósito del apoyo y garantizar que sea bien recibido.
- b) **Preguntar y observar:** utilizar preguntas abiertas y observar el lenguaje corporal para comprender mejor las necesidades de la persona.
- c) **Reforzar la resiliencia:** recordar a la persona sus fortalezas y recursos internos para afrontar la situación.
- d) **Validación emocional:** reconocer y aceptar las emociones de la persona sin minimizar ni exagerar su experiencia. La comunicación con una persona en este estado ha de ser compasiva, y mostrar el impacto (incluso conmoverse) por el sufrimiento que comunica.
- e) **Orientar hacia recursos:** proporcionar información y guiar a la persona hacia servicios o recursos de apoyo adecuados.
- f) No juzgar a la persona en crisis requiere de comprensión, esto es la base para una aplicación de primeros auxilios psicológicos de forma adecuada.

Técnicas de respiración: resultan útiles para controlar los estados de ansiedad, nerviosismo y confusión, por lo que es necesario indicarle a la persona que la forma en la que se respira influye sobre las emociones. La técnica más usada consiste en: inhalar, exhalar y sostener cada una en 4 tiempos o contando hasta 4, la última fase (sostener) se refiere a mantener los pulmones vacíos durante ese tiempo. Se recomienda realizar este ejercicio por 10 minutos (33).

8.5. Acciones en PAP

Existen diferentes protocolos internacionales de primeros auxilios que coinciden en las siguientes acciones, las cuales se deben aplicar en función del método de intento de suicidio que se presenta, ya que no todas podrían ser aplicables:

Es fundamental identificarse con la persona suicida, indicando su nombre y la razón por la que está allí, esto creará un ambiente de seguridad, facilitando la aplicación de PAP (33).

Escucha activa: es la capacidad para escuchar demostrando que se está prestando atención con ademanes, gestos, mirada, etc.; para entender no solo lo que la persona dice, sino también su sentir, por ejemplo: *"Entiendo lo que dice"* o *"Eso parece una situación difícil"*. Otras formas de mostrar atención pueden ser:

- Repetir los mensajes o palabras clave que la persona haya dicho, por ejemplo: *"Dice que cuidar a sus hijos mientras trabaja puede ser abrumador y es cierto"*; o hacer algunas preguntas oportunas en un tono cálido y solidario, incluso para aclarar su entendimiento, por ejemplo: *"No entendí muy bien lo que dijo, ¿podría explicarme más?"*.
- Un resumen final de lo que se ha comprendido, por ejemplo: *"Por lo que acaba de decir, noto que le preocupa principalmente [resumir las principales preocupaciones que ha expresado], ¿es correcto?"* (32).



Parar, pensar, actuar: es un método útil en diferentes crisis, que ayuda a hacer notar a la persona que puede tener algo de control en su vida y manejar sus propios problemas. Consiste en ayudarlo a hacer una pausa para considerar cuáles problemas son los más prioritarios y elegir uno sobre el que pueda hacer algo, luego se le anima a pensar en formas de manejar ese problema, en recordar si tuvo una experiencia anterior para manejar esa situación o si conoce otras personas que lo han hecho y cómo.

Después de que la persona identifique algunas formas de resolverlo, oriéntele a priorizar sus necesidades; así como también, a tener otra alternativa, por si la primera falla (32).



Permitir que la persona hable a su ritmo, sin presionarla para que lo haga, sin dar consejos de inmediato y sin ofrecer lo que no se puede o no se va a cumplir.

- Ayudar a la persona a identificar la red de apoyo en su vida (amigos, parientes, personas cercanas) que puedan ser una ayuda real en la situación en la que se encuentra y ofrécense a contactarlas.
- Pedir a la persona que recuerde cómo manejó situaciones difíciles en el pasado, y reafirme su capacidad para hacer frente a la situación actual (34).
- Preguntar a la persona qué le ayudó a sentirse mejor en otras situaciones difíciles y animarle a mantener la esperanza, brindando ejemplos de estrategias útiles (34).



Otra variante incluye alentar a la persona a pensar en algo que pueda hacer para sentirse mejor, por ejemplo:

"¿Han habido otras ocasiones en las que se sintió así?"

"¿Qué le ayudó en esas ocasiones para sentirse mejor?"
"¿Qué impide actualmente que pueda hacerlo de nuevo?"



A menudo la persona que intenta suicidarse está en un estado de desesperanza, por lo que quizás no pueda pensar en una alternativa para ayudarse a sí misma, por lo que en esos casos puede hacer sugerencias, por ejemplo:

"¿Hay alguna actividad que solía disfrutar y que pudiera hacer?"

"Sé que por ahora todo parece no tener salida, quizás antes también lo parecía, pero ahora podría intentar" [indicar alguna alternativa que no haya mencionado la persona y mostrarle cómo podría ayudar] (32).



Clasificación de necesidades: la necesidad primordial ante un intento de suicidio es salvar la vida, por lo que si la persona ha ingerido alguna sustancia tóxica es importante conocer de cual se trata, así también cuando existen heridas-lesiones, a fin de que el 9-1-1 pueda determinar el mejor procedimiento. Así también, haga un trato con la persona para el aplazamiento de la acción, demorar su ejecución para que exista contacto y ayuda de un profesional de la salud mental (34).

Derivación a servicios: todos los intentos de suicidio (con o sin lesiones) deben ser trasladados al servicio de emergencias de una unidad de salud para su valoración, por lo que es imprescindible el contacto con el 9-1-1 para coordinar su traslado (37).

Educación: es muy importante normalizar aquellas reacciones emocionales que la persona y/o sus familiares pueden presentar como llanto, tristeza, miedo, aunque pueden ser incómodas son normales en situaciones de crisis como la que se está viviendo (38).

8.6. Pautas para la intervención

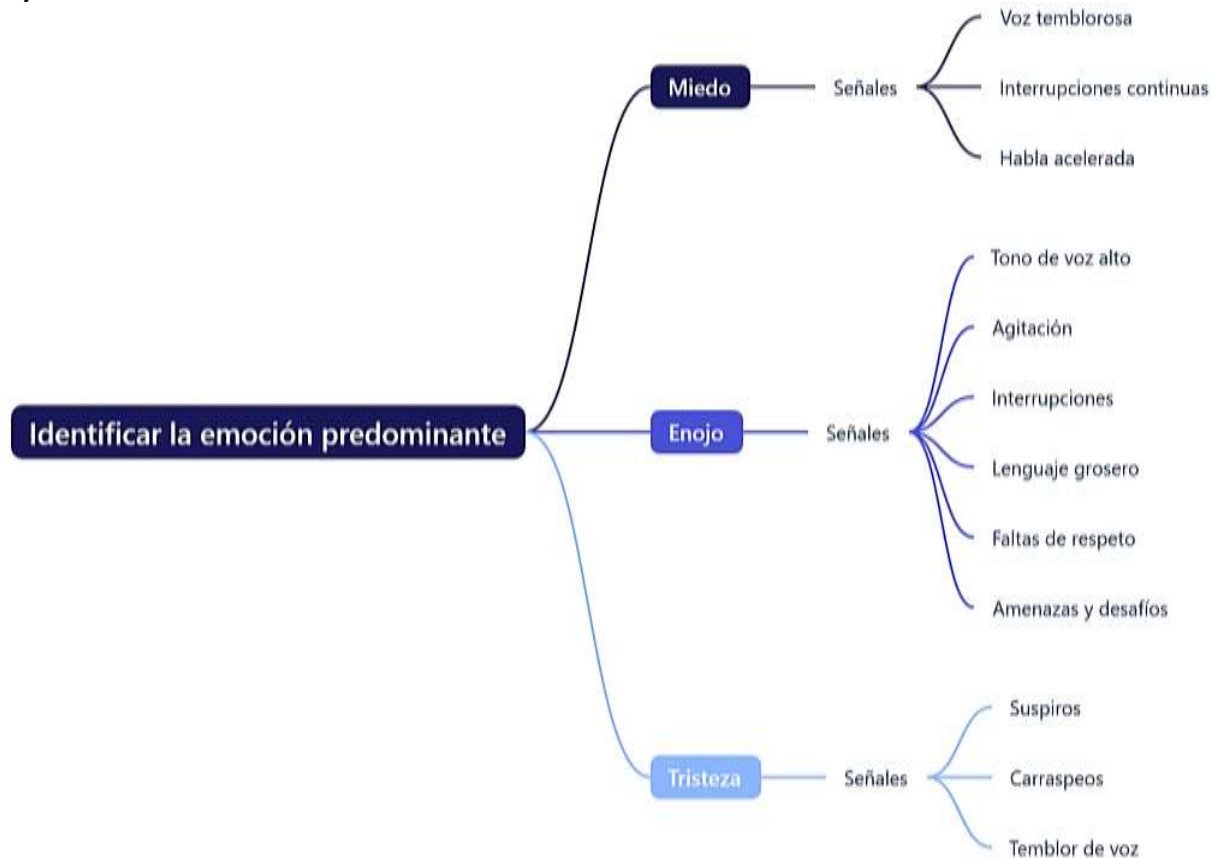
Identificar la emoción predominante

Miedo: se puede identificar a través de la voz temblorosa, interrupciones continuas, habla acelerada, dificultades para escuchar, discurso entrecortado, aumento de la respiración, temblores, encorvamiento, entre otras.

Enojo: se puede identificar a través del tono de voz (alto), agitación, interrupciones, lenguaje grosero, faltas de respeto, amenazas y desafíos..., levantar la barbilla al hablar, separar los brazos y piernas del tronco para "ocupar

más espacio”, apretar los puños, tensión muscular, apretar las mandíbulas, entre otras. El primer respondiente debe prestar atención y tomar con seriedad y responsabilidad los motivos de enojo de la persona; así como mantener una distancia prudente.

Tristeza: se puede identificar en los suspiros, carraspeos, temblor de voz, pausas para tragar saliva, tono de voz bajo, llanto, entre otros.



Validar el sufrimiento

Dar importancia al sufrimiento de la persona, mientras se establece una relación entre las causas, y el efecto: tener ideación suicida.

Validar es otorgar reconocimiento, importancia y sentido al sufrimiento de la persona en riesgo, aumentando así la sensación de conexión y de seguridad con quien le escucha.

Para validar es necesario establecer un “hilo conductor”, una relación causa-efecto, de lo que le está pasando a la persona con ideación suicida. Como posibles causas podemos encontrar: desesperanza, soledad, dolor físico, sufrimiento emocional, tristeza..., etc., que tienen “el efecto” de pensar en el suicidio como solución (39).



Reducir la idea suicida

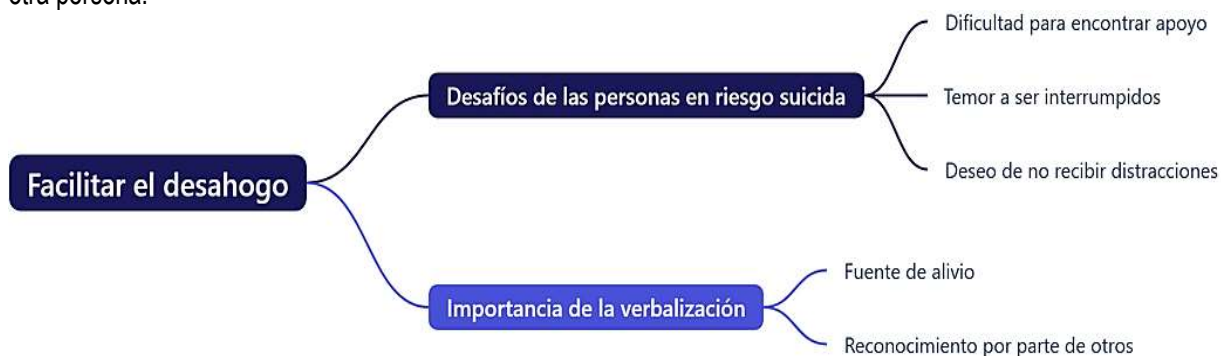
Se trata de disminuir la percepción errónea que tiene la persona en riesgo suicida de la situación que está viviendo, como infrecuente, irresoluble.



Facilitar el desahogo

Para la mayoría de personas en riesgo suicida, es difícil encontrar a alguien que soporte escuchar su sufrimiento sin interrupciones, sin que les intenten rescatar, distraer, o que les intenten llevar a lo positivo cuando manifiestan su intención de suicidarse.

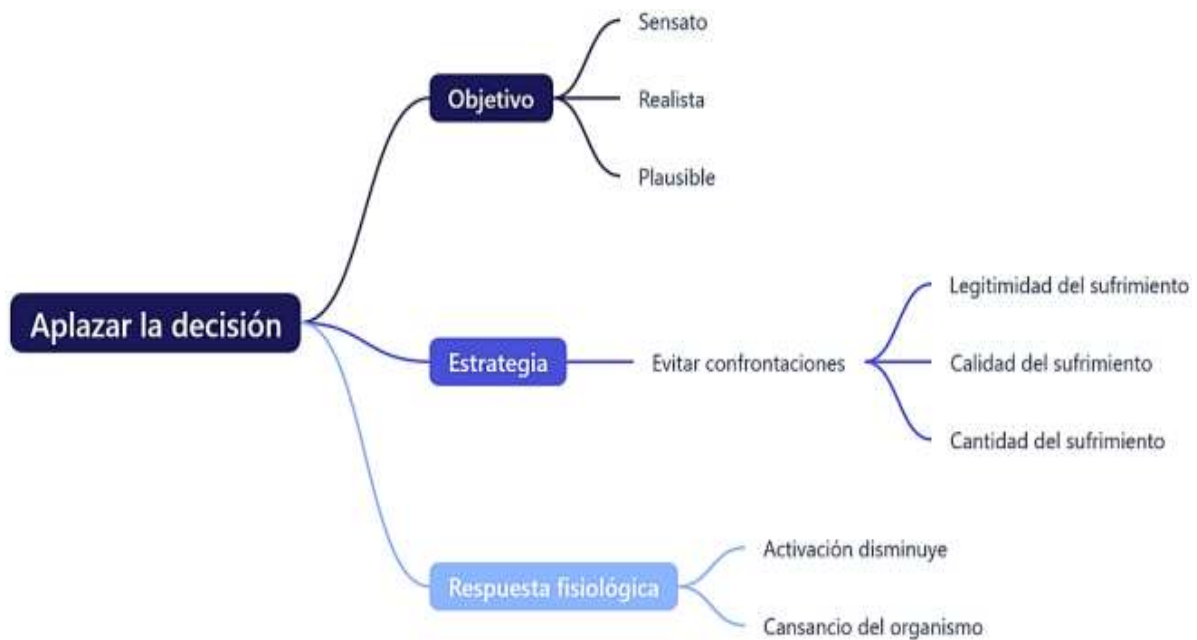
La verbalización de sentimientos es una fuente de alivio por sí misma, siempre que estos sean reconocidos por la otra persona.



Aplazar la decisión

Fijarnos este objetivo es mucho más sensato, realista, y plausible, que el intentar quitarle las ideas suicidas, además de evitar entrar en una confrontación sobre la legitimidad, calidad o cantidad de su sufrimiento.

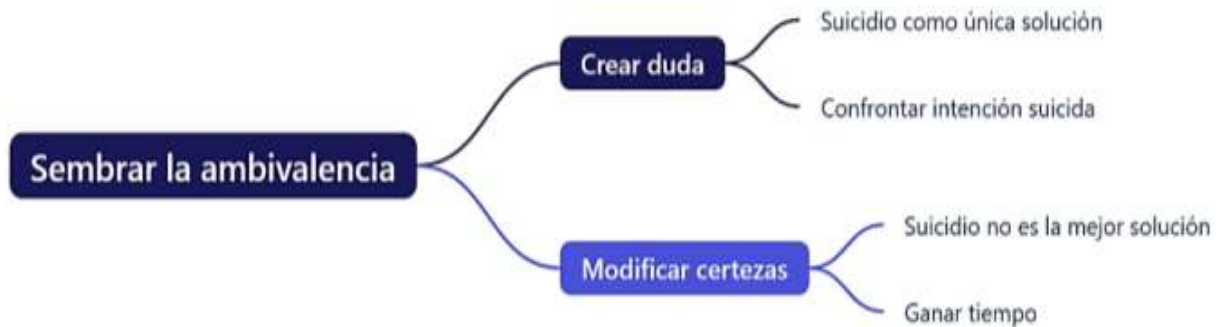
Incluso fisiológicamente la activación disminuye por la propia respuesta de cansancio del organismo.



Sembrar la ambivalencia

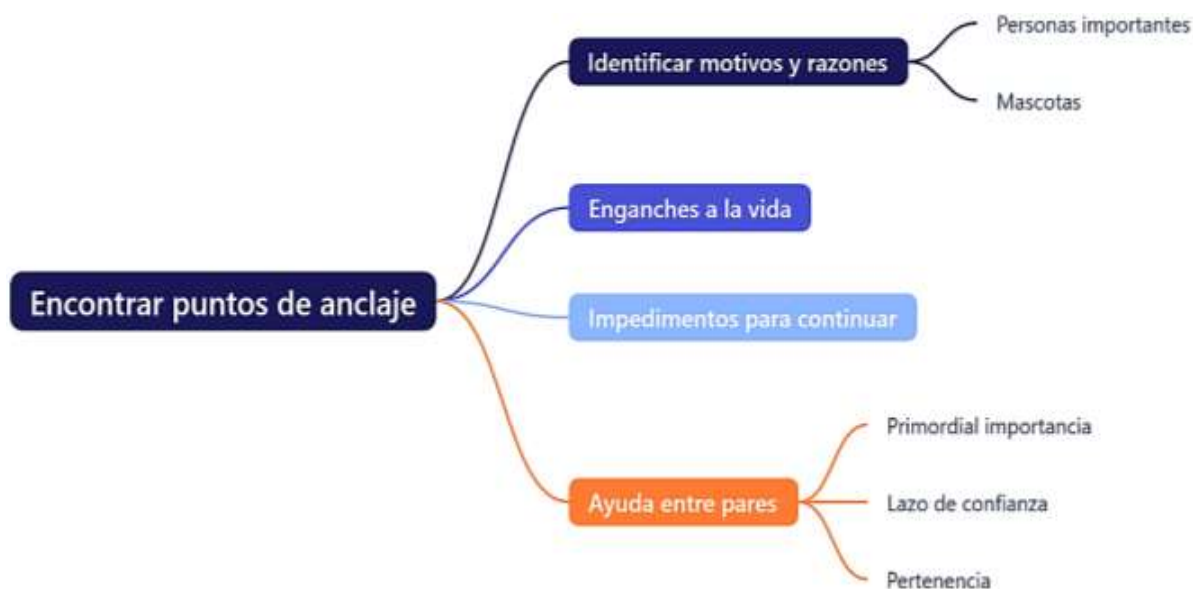
Crear la duda de si el suicidio es la mejor o la única solución, en lugar de confrontarle directamente con su intención suicida.

Se trata de modificar poco a poco la certeza de que suicidarse es la mejor solución posible, esta estrategia, además, nos hace ganar tiempo.



Encontrar puntos de anclaje

Identificar motivos, razones y/o personas (con sorprendente frecuencia también mascotas), que son importantes para la persona, y que supongan un enganche a la vida o un impedimento para continuar con sus planes. Adicionalmente es necesario tener en cuenta que la ayuda entre pares es de primordial importancia y genera un lazo de confianza y pertenencia.



9. Intervención con grupos específicos

Es importante conocer que las personas pueden reaccionar de modos distintos, de acuerdo a su edad o circunstancias especiales, por lo que los siguientes subtemas abordan de manera práctica cómo intervenir en esas situaciones.

9.1. Niños, niñas y adolescentes

El desarrollo infantil y adolescente atraviesa diversas etapas, cada una con características cognitivas, emocionales y sociales particulares que influyen en la manera en que los niños y adolescentes comprenden el mundo y expresan sus emociones. Para una comunicación efectiva, especialmente en situaciones de crisis como intentos de suicidio, es fundamental adaptar el lenguaje y la forma de interacción según la edad y el nivel de desarrollo.

Los niños de 6 a 10 años tienen una mayor capacidad de razonamiento, aunque sigue siendo limitada, por lo que tienden a interpretar la información de manera literal. En esta etapa, pueden experimentar una amplia gama de emociones y reacciones ante situaciones estresantes, como culpa, sentimientos de fracaso, enojo o tristeza profunda.

Los adolescentes enfrentan una etapa de grandes cambios emocionales y sociales, con crecientes demandas internas y presiones externas que pueden dificultar sus procesos de adaptación. Esta vulnerabilidad los hace particularmente susceptibles al suicidio (40). A diferencia de los niños más pequeños, los adolescentes pueden exhibir respuestas similares a las de los adultos en situaciones de crisis, como tristeza profunda o aislamiento; sin embargo, también son comunes reacciones como irritabilidad, rechazo por las reglas y comportamiento agresivo (36).

Adaptar la comunicación según la etapa del desarrollo no solo facilita la comprensión y expresión emocional, sino que también fortalece la conexión con niños y adolescentes en crisis, permitiendo intervenciones más efectivas y oportunas.



La comunicación con ellos debe ser respetuosa y directa, validando sus emociones sin juzgar ni minimizar sus preocupaciones y evitando una actitud autoritaria; en su lugar, fomentar un diálogo abierto donde puedan expresar sus pensamientos y sentimientos sin temor a ser castigados o ignorados.

9.2. Personas adultas mayores

De acuerdo a la información emitida por el INEC (2024), en el Ecuador, las personas adultas mayores tienen las tasas más elevadas de suicidio. Esta población comparte aspectos que los hace más vulnerables como: las enfermedades crónicas que generan desesperanza, múltiples pérdidas, dolor crónico, abandono familiar, aislamiento, soledad no deseada, así como dificultades económicas y de seguridad en los que se encuentran algunos de ellos.

La posibilidad de tener demencia aumenta con el envejecimiento, en ocasiones asociada con síntomas como depresión, ansiedad y pensamientos/conductas extrañas o irracionales, que aumentan el riesgo de suicidio. Hay que tomar en cuenta que las personas en etapas más leves de demencia y de menor edad tienen mayor riesgo suicida.



Factores de riesgo suicida en adultos mayores:

- Pérdida o deterioro de funciones físicas o psicológicas (aumento de la dependencia de terceros para la realización de actividades de la vida diaria).
- Empeoramiento de enfermedades o aumento del dolor físico.
- Residencia en un centro de estancia prolongada.
- Falta de un lugar de residencia fijo (los hijos o hijas, se reparten su cuidado en diferentes etapas del año, sin domicilio fijo).
- Sensación de ser una carga para los demás.
- Malos tratos, negligencia.
- Viudez (el primer año, más frecuente en varones).
- Soledad no deseada y aislamiento social (por ejemplo: abandono familiar).
- Percepción de ausencia de razones para seguir viviendo.
- Pérdida de interés por la vida, por las aficiones habituales.
- Presencia o antecedentes de trastornos mentales por ejemplo depresión, ansiedad, esquizofrenia, entre otros.
- Pérdida de la fe o espiritualidad.
- Consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas)

En la comunicación con personas adultas mayores es necesario tomar en cuenta la cultura de la persona adulta mayor ya que pueden tener tradiciones diferentes y mencionar oportunidades para que se sientan útiles y valorados de forma significativa (36).

9.3. Personas con necesidades diversas

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (26 de enero de 2024) 7 de cada 100 personas tienen dificultad funcional para hacer alguna actividad cotidiana. En total 1.099.435 personas, tienen dificultades funcionales permanentes para caminar, ver, recordar, oír, bañarse y hablar; de las cuales 46.4% son hombres y 53.6% son mujeres.¹

¹ <https://censoecuador.ecudatanalytics.com/>

Las personas que tienen una discapacidad tienen las mismas necesidades que quienes no la tienen; sin embargo, a veces esta condición y los problemas asociados pueden generar reacciones diferentes, tanto para la persona como para quienes abordan la emergencia; especialmente en el caso de personas con algún trastorno mental, por lo que pueden requerir atención especial a sus necesidades y auxilio extra en la asistencia (36).

De acuerdo con la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art.1, 2006); las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En Ecuador se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria (Ley Orgánica de Discapacidades, 2012).

9.3.1. Personas con discapacidad física

La discapacidad física se refiere a deficiencias corporales y/o viscerales; que pueden ser evidentes (Ejemplo: amputaciones, paraplejia, hemiparesia, etc.) o que al implicar daño y limitación en la función de órganos internos pueden ser imperceptibles, pero ocasionan dificultad significativa o imposibilidad para: caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, entre otros. (Ejemplo: fibrosis quística del pulmón, insuficiencia renal crónica terminal, epilepsia de difícil control, enfermedades cardíacas, etc.)



- Hable directamente con la persona, procurando ubicarse a su misma altura.
- Si la persona utiliza prótesis, silla de ruedas, muletas o bastones que son básicos para su movilidad y el entorno no es lo suficientemente accesible, consultarle si requiere su apoyo, y cómo puede hacerlo. Fuera de ello, el trato y abordaje es el mismo que para una persona sin discapacidad.

9.3.2. Personas con discapacidad psicosocial

La discapacidad psicosocial involucra a las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA), esquizofrenia, trastorno bipolar, demencias, entre otros. Hay que recordar que las personas con Autismo -que no tienen discapacidad intelectual asociado- pueden tener un mejor entendimiento del concepto de “quitarse la vida” y lastimarse. Para el abordaje de un intento de suicidio con personas que tienen autismo en niveles más graves, es necesario tener en cuenta que se requerirá un esfuerzo adicional para facilitar la comunicación e interacción.

Es importante tener en cuenta que algunas personas ya sean adultas mayores o no, pueden tener deterioro de sus funciones mentales, lo cual dificultaría el abordaje a través del razonamiento, este deterioro se podría identificar a través de los siguientes síntomas:

- Memoria acentuada del pasado, tanto de recuerdos placenteros como dolorosos.
- Dificultades en focalizar la atención y comunicarse ante situaciones altamente emotivas o de estrés (por ejemplo, no habla, no responde, usa lenguaje confuso o incoherente, repite lo que se le dice, entre otros).
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Cambios en el comportamiento (por ejemplo: irritabilidad, inquietud intensa o agresividad).
- Ideas irracionales o alucinaciones.



9.3.3. Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Antes de abordar estrategias específicas, es fundamental comprender algunos desafíos al tratar con personas que tienen TEA (41 a 46):

Dificultades en la expresión emocional: pueden tener dificultades para identificar, comprender y verbalizar sus emociones.

Pensamiento literal: pueden interpretar el lenguaje de forma muy literal, por lo que es necesario tener empatía, validar y tener una escucha activa que permita a la persona sentirse comprendido y respetado.

Sensibilidad sensorial: en una crisis, los estímulos sensoriales intensos (luces brillantes, ruidos fuertes, multitudes) pueden agravar la angustia emocional.

Dificultad para interpretar señales sociales: pueden no captar señales no verbales como el tono de voz o la expresión facial del primer respondiente, rescatista o de las personas cercanas.

Obstáculos para la regulación emocional: las dificultades de reconocer, entender y tratar las emociones de manera efectiva pueden desembocar en una mayor vulnerabilidad a cambios emocionales y del comportamiento.

Comportamientos repetitivos: agitar las manos, balancear el cuerpo adelante y atrás, dar palmadas o hacer movimientos específicos una y otra vez, dirigir la mirada hacia objetos en movimiento, luces brillantes o patrones visuales repetitivos, tararear, vocalizar sonidos o escuchar la misma canción una y otra vez, frotarse las manos, tocar objetos o texturas específicas y apretar o retorcer objetos, percibir olores y sabores específicos de manera repetitiva, que se utilizan para lidiar con la ansiedad, estrés o sobreestimulaciones sensoriales (ruidos fuertes y olores intensos), es una forma de desahogo para la energía acumulada.

Intervención durante la emergencia

Para la intervención, es necesario tener en cuenta la manera de comunicarse de la persona y no forzar la oralización (hablar de manera oral, con palabras) si está en mutismo, así como también mantener contacto visual solo si la persona se siente cómoda con ello.

- La forma de comunicación puede ser con el uso de pictogramas impresos o mediante medios digitales, señas, LSE (lengua de señas ecuatoriana), señalamiento a objetos, escribir en el teléfono, por ejemplo, en bloc de notas, y mostrar a quien quieran decirle algo o mediante dibujos.
- En el caso de observar dificultad para comunicarse se puede usar el pictograma visual que se encuentra en el anexo 1 y pedirle que señale con el dedo dentro del pictograma.

- Si la persona parece sobrecargada (tapándose los oídos, balanceándose, mostrando signos de crisis sensorial), reduzca los estímulos externos (sirenas, luces intermitentes de emergencia, etc.), pida que se apaguen si es seguro hacerlo; hable en voz más baja o susurre si es necesario, evite aglomeraciones de rescatistas o respondientes cerca de la persona.

Se sugiere:

- Planificar la acción ante circunstancias que ocasionan emociones negativas.
- Emplear apoyos para fortalecer comportamientos indicados y emociones usadas de manera positiva.
- Permitir que las personas identifiquen y nombren sus emociones.
- Tratar las emociones intensas a través de la respiración profunda o el uso de objetos sensoriales.
- Verificar periódicamente el avance y modificar la estrategia en caso de ser fundamental para garantizar que sigan siendo efectivas.



Para validar las emociones de la persona con autismo es necesario utilizar un lenguaje simple, directo y sin ambigüedades sin minimizar la experiencia emocional, ni intentar convencer de que no debería sentirse de esa manera.

Las siguientes estrategias pueden ser útiles:

- Prestar atención plena a la persona, mostrando interés genuino en su experiencia.
- Repetir o parafrasear lo que la persona dice para demostrar comprensión.
- Identificar y verbalizar emociones que la persona podría no estar expresando directamente.
- Conectar las emociones actuales de la persona con su contexto de vida y experiencias pasadas.
- Reconocer que la respuesta emocional de la persona es comprensible dadas las circunstancias.
- Aceptar profundamente la experiencia de la persona, incluso si es difícil de entender o desafiante emocionalmente para el respondiente.

Si el equipo de primera respuesta demora en llegar, se ha logrado conectar emocionalmente con la persona con autismo y se encuentra en un lugar seguro, puede intentar reducir la angustia/ansiedad con las siguientes técnicas de respiración:

Técnica de respiración de la vela: (en contextos de alta ansiedad o crisis, esta respiración puede ser una herramienta de regulación emocional si la persona está receptiva a intentarla):

- Imagine una vela encendida frente a Usted.
- Visualice la llama de la vela, brillante y estable. Si tiene una vela real, puede usarla como apoyo visual.
- Inhale profundamente por la nariz.
- Tome aire de forma suave y profunda durante 4 segundos, llenando sus pulmones sin forzar.
- Exhale lentamente por la boca.
- Imagine que está soplando la vela, pero sin apagar la llama.
- Sople de manera suave y controlada, como si quisiera que la llama se moviera ligeramente sin apagarse.
- La exhalación debe durar más tiempo que la inhalación, idealmente entre 6 a 8 segundos.
- Repita el ciclo.
- Realice entre 5 y 10 repeticiones, manteniendo el ritmo suave y constante.

Técnica del abrazo de la mariposa: (funciona cuando se requiere mayor interacción corporal):

- Cruce los brazos sobre el pecho, colocando las manos en los hombros o en la parte superior de los brazos, los pulgares en la clavícula.
- Relaje los hombros y cierre los ojos si se siente cómodo/a.
- Empiece a dar golpecitos suaves y alternados con cada mano, imitando el aleteo de una mariposa.
- Respire profundamente mientras realice los golpecitos, inhalando por la nariz y exhalando por la boca, sienta el golpe y el sonido.
- Continúe por unos minutos hasta sentir una sensación de calma o regulación emocional.

Ejemplo de Intervención de un intento de suicidio en personas con autismo

Siga la ruta de acción que se encuentra en el anexo 2.

Acercamiento en calma y con seguridad

Mantenga una distancia prudente. Asegúrese de no acercarse bruscamente. Preséntese y pregunte cómo quiere la persona que se dirijan a ella (puede que le diga su nombre y su pronombre, procure usar el pronombre que le pida:

- “Me llamo Paúl y mi pronombre es elle”
- “Entiendo que se sienta preocupado, Paúl”

Validación

- “Veo que está muy angustiado/a/e. Su respiración está muy rápida, y eso me dice que está sintiendo mucho ahora mismo.”
- “Debe ser agotador sentir que nadie le entiende. Tiene sentido que se sienta así si ha estado guardando esto tanto tiempo.”

Ofrecimiento de Apoyo (Sin Presión)

- “No voy a presionarle para que haga algo que no quiera. Estoy aquí porque me importa lo que está sintiendo, y quiero estar con Usted en esto. No está sola/e/o”.

Estrategias Sensoriales Simples (si es posible)

- “¿Le ayudaría si nos movemos a un lugar más tranquilo? Puedo acompañarle si lo prefiere.”

Respiración Guiada

- “¿Le gustaría intentar respirar conmigo? Solo siga mi ritmo: inhalamos por la nariz... y exhalamos por la boca intentando soplar muy lento, vamos conmigo.”

(No forzar si la persona no responde bien)



9.3.4. Personas con discapacidad Intelectual

Las personas con discapacidad intelectual presentan distintos niveles de comprensión y procesamiento de la información, lo que influye en su percepción de la vida, la muerte y el concepto de suicidio.

Si la persona con discapacidad intelectual está en una situación de crisis severa con autolesiones y no responde a los intentos de tranquilizarla, espere a la intervención del equipo de primera respuesta y evite cualquier acción que pueda aumentar su angustia.

Cuando se trata de una persona con Síndrome de Down: Aquellos con un grado leve o moderado de discapacidad pueden tener cierta conciencia sobre el significado de quitarse la vida, mientras que quienes presentan una discapacidad más severa (superior al 60%) podrían no comprender completamente la consecuencia de sus acciones. En estos casos, la autoagresión puede manifestarse como una señal de alerta frente a estados intensos de ansiedad, depresión o estrés.

Mantener una actitud serena, respetuosa y estructurada facilita la comunicación y el manejo de la crisis, permitiendo ofrecer el apoyo adecuado según las necesidades de la persona con discapacidad intelectual. Dado que la comunicación es clave para intervenir de manera efectiva, es fundamental adaptar el lenguaje y la interacción a las capacidades cognitivas de la persona por lo que se aplican las mismas recomendaciones que para la discapacidad psicosocial.

Cuando la persona con autismo presenta además discapacidad intelectual, en estos casos el concepto de “quitarse la vida” no es comprensible como tal, pero sí son capaces de verbalizar su estado de ánimo como por ejemplo decir: estoy triste, estoy enojado, quiero golpear, no quiero hacer nada, no tengo hambre, etc. Existe sí la autoagresión como respuesta a situaciones intensas de ansiedad, estrés e ira, pero no con intención suicida, por ejemplo, golpearse la cabeza contra la pared, clavar algún objeto cortopunzante en alguna parte del cuerpo, etc. Presentan más bien un comportamiento de autolesiones no suicidas (47). Es posible que las consecuencias de la autoagresión sean severas y requieran hospitalización o incluso que éstas terminen con la vida de la persona.

9.3.5. Personas con discapacidad visual

Identifíquese con la persona, que ella sepa con quién se está relacionando. Por ejemplo: Mi nombre es Paúl, estoy aquí para Usted y quiero acompañarle. Mientras yo esté aquí no va a pasar nada malo.

Para ubicarla en el espacio físico descríble verbalmente entornos y escenarios, (izquierda, derecha, adelante, atrás, arriba, abajo). Por ejemplo, indicarle a la persona: me encuentro a diez pasos delante de usted, a su derecha.

No mentirle con respecto a su ubicación ni distancia, o las acciones que está realizando. La persona con discapacidad visual tiene muy desarrollado su sentido del oído y tacto; y puede percibir el entorno a través de las vibraciones que sus movimientos puedan generar.



Intentar que la persona se sienta más calmada y que la angustia no se desborde.

Recordar que la persona con discapacidad visual total, no puede verlo a usted ni sus movimientos. Indicarle si va a desplazarse o realizar alguna acción.

9.3.6. Personas con discapacidad auditiva

Las personas con discapacidad auditiva son principalmente visuales, que desarrollan una lengua viso-gestual que les es propia, la Lengua de Señas. Esta diferencia permite referirse, en un sentido cultural, a la “Mentalidad Sorda” (48).

Existe la sordera de nacimiento y la de aparición tardía, esto es en algún momento posterior al nacimiento (49); para estos últimos es posible que existan restos auditivos y la persona pueda escuchar muy poco.

En la lengua de señas, los verbos se emplean en infinitivo (50): entender, esperar, llamar, ayudar. Las conjugaciones no se utilizan, sino el verbo en infinitivo más el pronombre, por ejemplo: yo entender, yo ayudar.

Para facilitar la comunicación con la persona que presenta discapacidad auditiva es necesario:

- Mantener el contacto visual con ella.
- Ubicarse delante de la persona para que ella pueda ver claramente su rostro. Hable despacio, con claridad, utilizando palabras sencillas y fáciles de leer en los labios, pero sin exagerar los gestos.
- Evitar elevar el tono de voz, ya que el sonido se distorsiona y el mensaje se vuelve confuso.
- Que la expresión del rostro refleje con claridad nuestro mensaje: pueda ser necesario acentuar dicha expresión facial de acuerdo al contexto, ya que éstas junto al lenguaje corporal deben comunicar comprensión.
- Tratar de que una tercera persona llame al servicio de emergencias. Evitar que la persona sorda en medio de su estado de frustración y angustia, pueda malinterpretar sus acciones. Si no hay una tercera persona, preguntarle a la persona afectada si puede llamar a emergencias.
- En la medida de lo posible contar con alguien que conozca la lengua de señas.
- En caso de no comprender ni hacerse entender, escribir en el celular y mostrarle para que lea: El mensaje debe ser redactado tipo telegrama. Ej: YO AYUDAR.
- Empezar con frases simples: yo aquí ayudar.



- Para preguntar si desea que llame a alguien: ¿Familia, amigo llamar? Recordar que la expresión del rostro debe reflejar que estamos consultando si acaso podemos y la persona desea que llamemos a alguien; no expresando que lo vamos a hacer. La expresión facial debe ir acorde al contexto.
- Algunas señas básicas que se pueden emplear se encuentran en el anexo 3.

9.3.7. Personas con discapacidad del lenguaje

Las personas con discapacidad del lenguaje, son aquellas que tienen deficiencia para la expresión verbal, la cual dificulta la comunicación y la interrelación con su entorno, generalmente pueden tener mayor riesgo de experimentar ansiedad intensa o frustración por no poder darse a entender, por lo que se recomienda:

- Tener presente que el ritmo y la pronunciación son distintos a lo acostumbrado.
- Si la persona no entiende lo Usted que expresa, hágaselo saber para la búsqueda de otras alternativas de comunicación (Ejemplo: escritura).



Si desea ampliar los conocimientos sobre buen trato y lenguaje positivo hacia las personas con discapacidad se recomienda realizar los cursos en línea gratuitos mediante el siguiente link: <https://www.plataformaconadis.gob.ec/>

9.4. Personas con comportamiento agresivo

El comportamiento agresivo podría deberse a alguno de los padecimientos descritos anteriormente, así como también al consumo de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos, entre otros; en esos casos la intervención verbal de contención debe ser realizada de tal manera que se mantenga la seguridad física para el primer respondiente y en la medida de lo posible contactar con los familiares para que ayuden con información sobre los tratamientos habituales que usa la persona afectada y así comprender de mejor manera la situación de la emergencia.



Cómo actuar frente a una persona que intenta suicidarse y se muestra agresiva:

- No intentar hacerle cambiar de opinión.
- Mantener una comunicación asertiva.
- Marcar una distancia para la seguridad del primer respondiente.
- Pedir ayuda si existe algún peligro.

9.5. Personas con intoxicaciones por sustancias químicas

Si la persona que está intentando quitarse la vida se ha expuesto a sustancias químicas como plaguicidas, medicamentos, productos de uso doméstico, productos de uso industrial, plantas, entre otros, se recomienda realizar las siguientes acciones:



- Hasta que llegue la ayuda por parte del equipo de primera respuesta, puede comunicarse a la línea 1800 VENENO (836366) o al 9-1-1 y solicitar soporte telefónico al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIATOX).
- En ninguna circunstancia se recomienda inducir al vómito o administrar productos como carbón vegetal, pan quemado, tierra, entre otros; y, procure no dar a beber a la persona ningún líquido.
- Recopilar información sobre la sustancia química, para lo cual se puede buscar envases de productos que se encuentren junto a la persona (botellas, blisters, sobres); se puede realizar preguntas sobre el nombre

del producto, qué cantidad fue ingerida y hace cuánto tiempo fue la exposición. Esta información debe ser proporcionada al equipo de primera respuesta.

- Evitar tener contacto con la o las sustancias químicas a las que estuvo expuesta la persona ya que en el caso de sustancias volátiles o corrosivas (como gases, combustible, ácidos o inhalables) puede existir el riesgo de intoxicación o quemaduras.
- En los casos en que la persona debido a la ingesta de una sustancia química presenta episodios de vómitos, procure no exponerse.

Para información más detallada puede consultar el Protocolo de manejo del paciente intoxicado del Ministerio de Salud Pública: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00147-2021%20FEB%2024..pdf>

9.6. Recomendaciones generales

Las siguientes pautas son comunes a la mayoría de grupos específicos señalados anteriormente, por lo que pueden ser útiles para comunicarse con ellos de manera efectiva (51, 52):

- Brindar seguridad a través de una actitud empática y tranquilizadora, asegurándole que no está solo y que sus sentimientos son válidos.
- Revisar y eliminar riesgos como por ejemplo retirar objetos peligrosos, sustancias y evitar la exposición de lugares que pongan en peligro su integridad física.
- Establecer contacto directo con la persona, a menos que la comunicación directa no sea posible.
- Adoptar una postura relajada pero atenta, respetando el espacio personal, ya que algunas personas son muy sensibles al contacto físico.
- Ser paciente, comportarse con naturalidad, calma, su serenidad puede ayudar.
- Mostrar respeto y empatía ante posibles dificultades para comunicarse, permitirle tiempo y espacio para que hable acerca del evento.
- Adaptar su forma de comunicación a las necesidades específicas de la persona (visual, auditiva, cognitiva, entre otras).
- Escucharle con atención e interés y ser paciente, ya que las respuestas pueden ser más lentas y requerir tiempo adicional para procesar la información.
- Ante dificultades de comunicación, verificar que se ha comprendido el mensaje antes de continuar, repitiendo lo señalado por la persona afectada, preguntándole de manera clara y sin presionarle.
- Usar apoyos como gestos, pictogramas, imágenes o escritura si es necesario.
- Hablar despacio, claramente y en voz baja, usando un lenguaje sencillo, con frases cortas, directas y respetando su ritmo. (53).
- Se puede emplear ejemplos claros, ilustraciones o narraciones para ayudarles a procesar sus emociones.
- Permitir pausas para que la persona procese la información.
- Preguntar a la persona si tiene alguna enfermedad o si está tomando alguna medicación por algún problema de salud.
- Brindar apoyo y transmitir confianza para lidiar con las preocupaciones del presente, preservando su integridad.
- Identificar relaciones seguras y redes de apoyo (familiares, vecinos, amigos, etc.)
- Es necesario tener en consideración que, en algunos casos debido a la crisis del momento, su desconfianza puede estar intensificada, generando dificultad para quienes estén intentando detenerle e incluso pueden empujar como autodefensa.
- Es posible que exprese su negativa a escucharle diciendo: No quiero, No me hable. En estos casos es preferible que intervenga otra persona con la que tenga mejor comunicación y entendimiento. Puede ser un miembro de su familia.

- En caso de estar frente a una persona con posible deterioro de funciones mentales es importante evitar contradecir cualquier idea irracional y utilizar estrategias distractoras para desconectarle de su situación (por ejemplo: hablar sobre la familia, usar estímulos sensoriales como música, fotos, videos o cambiarle de tema).
- En algunos casos, el simple hecho de estar presente sin decir nada puede ser más validante que palabras innecesarias.
- Construir un espacio seguro y de apoyo en que las personas manifiesten sus emociones sin que sean juzgadas, evitando la aglomeración, los ruidos intensos.
- Reflejar lo que observe de manera simple: "Parece que está muy abrumado ahora".
- Si la persona no puede identificar sus emociones, nombrarlas con cuidado.
- Reconocer la razón detrás de su angustia, incluso si no la comprende completamente.
- No intentar resolver el problema de inmediato. A veces, validar el dolor sin buscar una solución inmediata es lo que la persona necesita.
- Incluso si la situación le resulta difícil de comprender, valide la experiencia.
- Si siente que no podrá proporcionar la calma y paciencia requeridas, permita que otra persona lo intente.



Qué evitar:

- Comparaciones, expresiones confusas y preguntas múltiples o complejas.
- La condescendencia hacia la discapacidad, es necesario evitar que perciba que su discapacidad la desvaloriza como persona.
- Situaciones que puedan generar violencia, como discusiones o críticas. No decir la palabra NO. Esto incentiva más la conducta de autolesionarse.
- Desafiar a que lo haga, juzgar con expresiones como "esto que hace lastima a su familia", "tiene que ser valiente", críticas como "esto le pasa porque Ud. es así/no va a la iglesia/porque no ha sido bueno", o minimizar el sufrimiento "no es para tanto", entre otros; ya que puede generar más frustración.
- Promesas que no se puedan cumplir como "todo estará bien", "yo voy a estar aquí todo el tiempo".
- Acercamientos que atenten la seguridad física del primer respondiente y de la persona afectada.



En todos los casos, es fundamental escuchar con atención, ser respetuoso y mantener una actitud de apoyo y comprensión

10. Actores de la primera intervención en el intento de suicidio

Existen dos tipos de actores que podrían intervenir en este tipo de emergencia: los primeros respondientes y los equipos de primera respuesta (intervinientes), los cuales tienen roles y funciones distintas ante el intento de suicidio. A continuación, se detallan las acciones para cada actor.

10.1. El primer respondiente

En consonancia con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, se entiende al primer respondiente como sinónimo del "alertante", es decir, cualquier persona que se encuentre presente en el lugar donde ocurre la emergencia, pueden ser transeúntes, familiares o miembros de la comunidad que detectan la situación, actúan rápidamente para ofrecer apoyo y toman las medidas iniciales para responder a ella, al llamar al servicio de emergencia facilitando la llegada de la ayuda adecuada por parte de los equipos de primera respuesta.

Algunas características que se consideran esenciales en un primer respondiente son (36):

- Buenas habilidades de escucha
- Paciencia
- Actitud de interés y cuidado
- Confiabilidad
- Ser accesible
- Empatía
- Acercarse sin juzgar
- Amabilidad
- Compromiso
- Flexibilidad



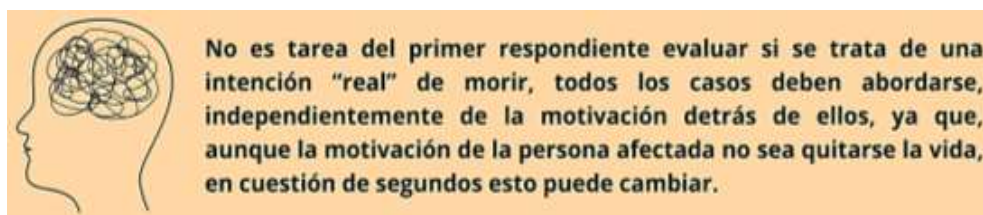
- Capacidad para tolerar el caos

10.1.1. Rol y límites del primer respondiente durante la intervención

El primer respondiente desempeña un rol crucial durante el abordaje de un intento de suicidio. Sus acciones pueden contribuir a la disminución de probabilidades de muerte de una o más personas; por lo que al acudir a la ayuda, su función es la de acompañamiento y contención verbal, mas no el grabar videos o audios de la persona afectada, como tampoco del equipo de primera respuesta que acuda a la escena, lo cual tiene fundamento en el artículo 178 del COIP que tipifica el delito de violación a la intimidad y se refiere a la grabación u obtención, y publicación de información de otra persona sin su autorización.

La tarea del primer respondiente consiste en activar la red de ayuda de emergencia a través del 9-1-1, realizar la primera intervención a la persona afectada brindando contención y acompañamiento hasta que lleguen los equipos de las instituciones de primera respuesta, a quienes se les deberá proporcionar información detallada y veraz sobre lo sucedido conforme lo señala el flujo del anexo 4.

Es importante enfatizar que el primer respondiente no debe retirarse de la escena hasta ser relevado por un equipo especializado, no se puede dejar sola a la persona afectada.



10.1.2. Recomendaciones iniciales para el primer respondiente

- **Mantener la calma:** es fundamental que mantenga la calma en todo momento. Esto ayuda a transmitir tranquilidad a la persona en crisis y a manejar la situación de manera efectiva.
- **Evaluar la situación:** determinar rápidamente la gravedad de la situación, revisar que la escena sea segura y comunicar al servicio de emergencia.
- **Establecer comunicación:** iniciar una conversación con la persona en crisis de manera calmada y respetuosa. Debe presentarse y expresar que puede ayudar ante la situación. Hacer preguntas abiertas facilita que la persona exprese sus sentimientos y pensamientos.
- **Ayudar con calidez:** mantener contacto visual relajado, un tono de voz suave, con expresión facial que muestre interés, gestos abiertos y acogedores; así como, sentarse frente a la persona con una postura abierta (algo inclinado hacia delante) en los casos que sea aplicable la distancia entre ambas personas puede variar de acuerdo a diferencias culturales o individuales (36).
- **Brindar apoyo emocional:** mostrar comprensión y empatía puede ayudar a la persona a sentirse escuchada y comprendida. Utilizar frases como "Estoy aquí para acompañarle" puede ser muy reconfortante, por lo que el apoyo emocional incluye no dejar sola a la persona durante la crisis. Debe acompañarla hasta que llegue la ayuda del equipo de primera respuesta.
- **Cómo preguntar:** usar preguntas abiertas para hacer que la persona siga hablando, ya que esto aporta al alivio emocional; en cambio cuando la persona afectada se encuentra en un estado de ansiedad, tiene

dificultades para hablar o está alterado, el empleo de preguntas que sean simples y claras pueden ser más fáciles de procesar (36).

- **Buscar información relevante sobre la situación:** al realizar el primer acercamiento con la persona, se necesita recabar la mayor información posible sobre la persona afectada, se puede hacer preguntas a la persona en el momento de la intervención, siempre con tacto y cautela para evitar que la persona se sienta presionada.
- **Evitar confrontaciones:** es crucial no confrontar ni desafiar a la persona en crisis. En lugar de ello, el primer respondiente debe ser paciente y comprensivo, permitiendo que la persona hable sin interrupciones ni críticas.
- **Proporcionar información y opciones:** informar a la persona sobre las opciones de ayuda disponibles, como servicios de salud mental, línea de ayuda 171 (opción 6) y apoyo comunitario en caso de existir. Ofrecer acompañamiento para buscar ayuda profesional si es necesario.



10.1.3. Seguridad para la intervención

- Alertar al SIS ECU-911 las condiciones en las que se encuentra la persona, para tener apoyo a través de la línea única de emergencias 9-1-1 y solicitar la intervención de las diferentes instituciones que lo integran, a fin de asegurar la escena y determinar el tipo de ayuda necesaria.
- Asegurar la escena, se puede acordonar y señalizar el lugar para evitar que accedan personas no vinculadas a la persona afectada, curiosos o personas conflictivas del círculo familiar o amigos que puedan incidir negativamente en la intervención (por ejemplo: grabar videos o audios, dar comentarios inoportunos, alentar a la persona al suicidio, entre otros). Si se trata de un puente u otra área pública, de ser posible, se debería interrumpir o cerrar completamente el tránsito vehicular y peatonal.
- Reducir o retirar estímulos lumínicos y sonoros excesivos, mitigar en la medida de lo posible la presencia alarmante de vehículos de emergencia que cuenten con sirenas o balizas, luces.

- Siempre que sea posible, retirar objetos peligrosos, como tijeras, cuchillos, objetos contundentes, etc., que puedan poner en peligro la seguridad tanto del primer respondiente como de la persona afectada.
- Bajo ninguna circunstancia se debe intervenir directamente con personas en situaciones violentas. En estos casos, los elementos de la fuerza pública deben actuar en coordinación con los equipos de rescate para garantizar una respuesta adecuada y segura. Priorizar y mantener la seguridad personal es fundamental. Evitar situaciones peligrosas, como subirse a techos o sentarse junto a la persona con intención suicida.
- Si la persona afectada presenta lesiones físicas que representan un riesgo vital, es esencial priorizar la atención a dichas lesiones de manera inmediata si fuera necesario.

Revisión de riesgos

- Caídas desde alturas: riesgo de ser arrastrado junto con la persona afectada en lugares de gran altura.
- Armas y objetos peligrosos: identificar la presencia de armas de fuego, armas blancas u objetos corto punzantes, contundentes entre otros (ejemplo: cuchillos, tijeras, vidrios, martillos, etc.).
- Fugas de gas: en situaciones dentro de hogares o vehículos, verificar la posible existencia de fugas de gas.
- Riesgos eléctricos: asegurarse de que no haya riesgo de electrocución u otras lesiones para el primer respondiente y la persona afectada.

10.1.4. Comunicación verbal



Ante las reacciones emocionales de la víctima, no se debe intentar razonar o motivar en el primer contacto. Es esencial desactivar la fase emocional mediante la escucha activa y un contacto humano sin juicios.

La intervención verbal es la primera forma y la de mayor elección para el abordaje de un intento de suicidio, así también, es la única que puede aplicar un primer respondiente que no tiene formación, entrenamiento o capacitación para una contención física, por los peligros que esta última representa.

Su objetivo es persuadir y disuadir a la persona de cometer el suicidio, utilizando los primeros auxilios psicológicos descritos anteriormente. La clave es permitir que la persona hable, ya que esto puede retrasar el acto y permitir que otros profesionales (como bomberos, paramédicos, psicólogos, médicos, etc.) protejan el entorno, evacuen la zona y activen estrategias de intervención.



Una vez que la persona se sienta escuchada y comprendida, se puede activar la fase cognitiva. En esta etapa, se podrá razonar conjuntamente sobre las razones para continuar viviendo.

Se utiliza cuando:

- Es posible establecer comunicación con la persona afectada, y generalmente es preferible que sea una sola persona quien realice la intervención directa.
- Existe un riesgo alto tanto para la persona afectada como para el primer respondiente al intentar una intervención de contención física (39).

Comunicación paraverbal




PAUTAS	DETALLE
Tono de voz y mirada	Cálido, tranquilo y firme. Mantener contacto visual. Asentir con la cabeza, dar señales de que está siendo escuchada/o y se está tomando su amenaza/acto con toda la seriedad posible.
Acercamiento	Acercarse con los brazos en alto o mostrar las palmas de las manos. No acercarse más de lo que permite (generalmente 4-5 metros). Siempre pedir permiso antes de cualquier acción (salvo el caso de una contención física y realmente no existe otra opción). Si no existe un rechazo evidente, buscar alguna excusa para acercarse (llevarle algo, poner una silla cerca, etc.). Debe avisar antes de acercarse, y no realizar movimientos bruscos.
Ubicación del respondiente	De ser posible, ubicarse en el mismo nivel que la persona suicida (no hablar desde arriba o abajo). Siempre con la distancia que la víctima permita.
Coherencia de mensajes verbales y corporales	Su lenguaje debe ser calmado, tal como los gestos de su cuerpo. Evite transmitir mensajes negativos o de miedo y nerviosismo a través de su cuerpo o expresiones corporales.
Contacto físico	Cuando la persona se haya calmado, con su autorización y en caso de que el espacio sea seguro, el contacto físico puede ser muy positivo, aunque solamente debería ser en manos, hombros, espalda, brazo o antebrazos.
No provocar apuros ni mostrar cansancio	No poner tiempo límite o discutir con la víctima, no hacerle sentir que está cansado/a. Cuanto más tiempo dure la interacción, más probable es el éxito.
Sujeción física	Esta solo se debe aplicar cuando se evidencia que existe un riesgo inminente para la vida



Comunicación con la víctima



PAUTAS	DETALLE
Dirigirse a la víctima	Dirigirse a él/ella por su nombre y repetirlo a menudo. Si desconoce su nombre en el primer acercamiento, podría presentarse y a la vez preguntar por su nombre.
Preguntar por necesidades básicas	"¿Puedo traerle agua?". "¿Tiene frío/calor?" ¿Quiere sentarse?
Preguntar por motivos	Iniciar de forma muy general: "¿Quiere contarme qué le ha pasado?". Después seguir con preguntas más concretas. Se puede repetir lo que ha dicho la persona en forma de pregunta. Ej. ¿Así que quiere explicarle a su novia lo que siente?
Escuchar más que hablar	Utilizar frases cortas, dejar que la persona exprese todo lo que siente. Aunque sea difícil de escuchar. Escuchar el lenguaje no verbal. Permitir el silencio. Decir algo que valide el estado de la víctima: "Es normal que le cueste hablar de todo lo que le está pasando", Tengo todo el tiempo que necesite para usted"
Reflejar lo captado	Asentir si se entendió el mensaje de la víctima. Consultar si ha entendido bien, para que sepa que es escuchado/a en verdad. Animarle a que exprese sus preocupaciones y miedos.
No juzgar	No se debe juzgar los motivos de la víctima ni su deseo de suicidarse. Es fundamental mostrar comprensión y ofrecer esperanza. Recuerde que su rol es ser un acompañante, no un consejero. Evite reforzar el sentimiento de culpa, ya que puede contribuir al deseo de suicidio.
No dé promesas que no pueda cumplir	Ofrezca esperanza sin hacer promesas falsas, ya que esto podría llevar a que la víctima se sienta engañada.



PAUTAS	DETALLE
Según la situación puede ayudar indicarle que "lo que hablamos aquí se queda entre los dos".	En determinadas situaciones, es fundamental respetar la confidencialidad verbal, salvo en casos de información delictiva o relevante para otros servicios.
Transmitir esperanza	La víctima puede estar en un estado de pensamiento rígido y tener dificultades para encontrar soluciones. Ayúdele a recordar momentos en los que se ha sentido mejor, lo que puede transmitir esperanza. Reflexione sobre las razones por las que no se ha suicidado anteriormente y busque revivir la esperanza que le ha mantenido viva. Pregunte: "¿Qué le ha frenado hasta ahora?" para explorar sus motivaciones en crisis anteriores.
Preguntar por personas importantes	Pregunte si hay alguien importante en su vida que se preocupa por su bienestar. Enfatice que estas personas sufrirían mucho si ya no estuviese. Evite introducir culpa, pero fomente la compasión hacia sus hijos, pareja, padres o hermanos, quienes estarían devastados por su suicidio. Si la persona solicita la presencia de familiares, evalúe si esto podría ser beneficioso, ya que a veces la presencia de otros puede desencadenar pensamientos suicidas.
Buscar alternativas	Busque alternativas a los problemas en conjunto, evitando soluciones simples y escuchando activamente antes de proponer ideas. Haga que la situación sea más segura para la persona y quienes la rodean, estableciendo pequeños pactos, como: "Si se retira un poco, puedo pedirle que le traigan algo de beber". Fomente una actitud más positiva; la creatividad es clave. Ofrezca sugerencias, pero haga que la persona sienta que ella misma encuentra la solución, promoviendo así sentimientos de satisfacción y motivación. Use frases como: "¿Qué le parece si...?" o "¿Estaría de acuerdo con...?" para facilitar el diálogo.
Buscar un pacto	"¡El suicidio puede ser una opción, pero no hoy!" "¿Podemos hablar en un lugar más tranquilo y seguro?"
No dé promesas que no pueda cumplir	Ofrezca esperanza sin hacer promesas falsas, ya que esto podría llevar a que la víctima se sienta engañada.

Fuente: Adaptado de la Guía para Bomberos. Intervenciones en Tentativa de Suicidio. Asociación Internacional de estudios de Bomberos. 2020 (12)

Elaboración Propia



Ejemplos de frases

“Hola soy..., quiero acompañarle, Usted es la persona más importante para mí en este momento, ya no está solo/a”.

“Es probable que usted esté sintiendo algunas emociones en este momento y no quiere hablar en este momento, pero estoy aquí para acompañarle y si desea también para escucharle”.

“Usted es importante, lo que necesita decir es importante, su vida es importante, y al hablarlo juntos es posible que encontremos otras opciones”.

“Entiendo que ahora la situación parezca abrumadora, pero si me explica quizás pueda entenderle mejor y voy a hacer lo que esté en mis manos para que reciba la ayuda que necesita” (53).

Ejemplos de preguntas

¿Qué le ha puesto en una situación tan difícil?

¿Me puede decir que es lo que está sintiendo en este momento?

¿Hay alguien de su confianza a quien yo pueda llamar?

¿Qué es lo que más ama en esta vida?

Ejemplo de Frases



Esta parte ha sido diseñada como una guía para la ciudadanía en general que no ha recibido formación o entrenamiento especializado en atención de emergencias y que no forman parte de los equipos de primera respuesta, por lo que puede continuar su lectura en el capítulo 11 referido a las acciones a tomar después de la intervención.

Equipos de Primera Respuesta



10.2. Equipos de primera respuesta

Los equipos de primera respuesta, a diferencia de los primeros respondientes, son personas con aptitudes, capacitación, entrenamiento y/o formación profesional para el abordaje de una emergencia, quienes se desplazan para la atención de la misma ante su activación por medio del SIS ECU-911, a través de la línea única de emergencias 9-1-1. Están conformados por el personal de instituciones como: CRE, Cuerpos de Bomberos, MSP, PN, FFAA., IESS, CNT, AMT entre otros; quienes abordarán todas las situaciones que involucren a una persona suicida como una emergencia clínica (psicológica) psiquiátrica (30), actuando de manera coordinada según las necesidades que presenta la emergencia incluyendo seguridad, rescate y atención prehospitalaria y derivación del paciente al establecimiento del Sistema Nacional de Salud, acorde a la georeferencia local.

10.2.1. Perfil para los equipos de primera respuesta

Estado de salud: buen estado de salud física y emocional para dar la respuesta adecuada en emergencia de intentos de suicidio (55).

Entrenamiento en PAP: capacitación básica en intervención en crisis (39).

Habilidades de rescate: capacitación en rescate vertical (puentes, terrazas) y rescate en espacios confinados escenario de alto riesgo de explosión o situaciones especiales (56).

Equipos de Protección Personal (EPP): uso de equipos de protección adecuados según las circunstancias del incidente del intento de suicidio y los posibles escenarios (57).

Comunicación y negociación: capacitación en comunicación asertiva, negociación de conflictos y contención física en situaciones de crisis, para el manejo de los intentos de suicidio y manejo de personas agresivas (55).

Conocimiento básico de materiales peligrosos: conocimiento básico para la identificación de riesgo en la escena.



10.2.2. Funciones de los equipos de primera respuesta

Cada una de las instituciones que conforman los equipos de primera respuesta, cumplen una función determinada para la atención de las emergencias relacionadas con esta problemática, quienes cumplirán con los siguientes procedimientos específicos:

En caso de que ningún equipo de atención prehospitalaria se presente hasta que se persuada a la persona afectada y ésta desista del intento, acompañarla a un establecimiento de salud con servicio de emergencia.

10.2.2.1. Servicio Integrado de Seguridad ECU-911 (SIS ECU-911)

Recepción de la llamada: atender la llamada de emergencia.

Obtención de información: recabar la mayor cantidad de datos posibles sobre las condiciones en las que se encuentra la persona, y los factores concomitantes al evento (ejemplo: características del lugar, presencia de armas, etc.) para la correcta derivación de la ficha electrónica a la o las instituciones pertinentes.



Despacho de la emergencia: con los recursos que así lo requiera.

Atención telefónica en consola (9-1-1)

La intervención telefónica es una herramienta clave en la gestión de intentos de suicidio. Su principal objetivo es ganar tiempo y garantizar la seguridad de la persona, brindando apoyo psicológico hasta la llegada de los equipos de primera respuesta. Los evaluadores de gestión sanitaria ofrecen apoyo y orientación telefónica tanto a la persona en crisis como a sus familiares u otros involucrados, y coordinan la intervención con otras instituciones y organismos pertinentes para asegurar una atención eficaz.

Durante estas intervenciones, se utiliza un lenguaje claro y sencillo que permita recopilar información específica de manera empática y sensible. Este enfoque no solo facilita que el equipo de respuesta evalúe adecuadamente la situación, sino que también contribuye a coordinar de manera eficiente la llegada rápida y segura de los servicios de emergencia.

Es importante tener en cuenta que, en ciertas situaciones, la comunicación verbal puede ser limitada o poco efectiva. Esto puede ocurrir, por ejemplo, en casos de intoxicación, consumo de alcohol o drogas, trastornos de salud mental, efectos adversos de medicamentos, episodios de violencia o estados emocionales muy alterados.

Dado que la contención psicológica suele requerir atención presencial, una parte esencial de la intervención telefónica debe enfocarse en ubicar a la persona en crisis para facilitar esta atención presencial. Además, estos pacientes deberán ser derivados a establecimientos de salud con capacidad resolutive o al más cercano para la estabilización y acompañamiento necesaria según sea el caso.

Pasos básicos a seguir

- Recibir llamadas de emergencia.
- Analizar si se puede tutear o no.
- Hablar siempre con voz cálida, transmitirle que se está de su parte.
- Preguntarle por su nombre, y -si se considera oportuno- presentarse (nombre familiar y ocupación en ese momento).
- Transmitir mensajes adecuados y coherentes con la intercomunicación de la persona con intento de suicidio.
- Respirar diafragmáticamente, esto es, tomando aire con el vientre y llevarlo a los pulmones lenta y a un ritmo sostenido, para tranquilizar y transmitir tranquilidad al interlocutor.
- Preguntar y escuchar atentamente. Si no se comprende, pídale amablemente que se tranquilice y hable más despacio. Durante la conversación, el tiempo está a su favor.

- Focalizar la conversación con preguntas breves sobre lo que acaba de decir, buscando potenciar aspectos positivos y desactivando lo negativo. Por ejemplo, si dice: "No me quiere nadie, a nadie le intereso", pregunte: ¿tiene familia, tiene pareja? (58).
- Solicitar la ayuda de un compañero o a alguien más experto. Introduzca al nuevo interlocutor con frases como: "Permítame comunicarle con [nombrar al nuevo interlocutor], quien tiene más experiencia en lo que está enfrentando y podrá ayudarlo mejor".
- Focalizar el problema formulando preguntas como: "¿Qué necesita? ¿Le puedo ayudar? ¿Qué le pasa? ¿Quiere que llame a alguien o que hable con alguien?" El objetivo es definir la situación, determinar si se trata de un intento de suicidio, evaluar la letalidad y peligrosidad y explorar posibles soluciones (59).
- Permitirle que exprese sus preocupaciones sin juzgar, mostrando empatía y calidez. Esto ayudará a evaluar si está bajo los efectos del alcohol o de alguna droga.
- Desahogo emocional: es fundamental permitir que la persona llore y exprese sus emociones.
- Buscar establecer un compromiso para retrasar el suicidio: "Le pondremos en contacto con esa persona, pero primero necesitamos que nos diga dónde está. Estamos en camino para ayudarlo".
- Despedirse de la persona al llegar los equipos de primera respuesta activados para la situación.

Sugerencias en el manejo de la comunicación

Aquí algunos ejemplos y pautas:

Mensajes de validación emocional y comprensión en la comunicación

- "Comprendo que está atravesando una situación difícil."
- "Es comprensible sentirse abrumado/a en estas circunstancias."
- "Sus emociones son naturales; lo inusual es la situación que enfrenta."

Mensajes de empatía y apoyo activo

- "Estoy aquí para escucharle y ofrecerle mi ayuda."
- "Comparta más sobre su situación, así podremos buscar una solución juntos/as."
- "Su vida es valiosa, y quiero apoyarle para encontrar una manera de seguir adelante."

Mensajes que eviten la culpabilización

- Evitar frases como: "Lo que va a hacer es un pecado" o "No lo haga, todo va a estar bien."
- En su lugar, utilizar: "Quiero entender más sobre lo que le ha llevado a esta situación para poder ayudarlo."

Técnicas de respiración

- Sugerir: "Trate de respirar profundamente conmigo. Inhale por la nariz y exhale por la boca lentamente."
- "Respirar de esta manera puede ayudarlo a calmarse un poco mientras hablamos."

Proceso de intervención telefónica en emergencias



Recibir la llamada de emergencia

- Asegurarse de mantener una voz cálida y tranquilizadora.
- Presentarse de manera adecuada, por ejemplo: "Hola, mi nombre es [Nombre], y estoy aquí para ayudarle."

Evaluar la situación

- Hacer preguntas abiertas para evaluar la gravedad de la situación.
- Utilizar técnicas de escucha activa: repitiendo y parafraseando para mostrar comprensión.

Focalizar la conversación

- Hacer preguntas breves y directas para mantener la conversación enfocada.
- Ignorar comentarios que busquen desactivar la situación, centrarse en lo positivo y en posibles soluciones.

Mantener a la persona hablando

- "¿Puede contarme más sobre lo que le está sucediendo?"
- "Mientras hablamos, me gustaría entender mejor su situación para guiarle lo mejor posible."

Despedida y transferencia

- Asegurarse de que la persona esté en una situación relativamente segura antes de colgar. Por ejemplo: "Nuestros equipos están cerca, por favor mantenga la calma y siga respirando profundamente. La ayuda está en camino."

Recopilación de datos

Durante la intervención telefónica, es fundamental recabar información crítica que permita a los equipos de respuesta evaluar y manejar la situación de manera efectiva. La información debe ser obtenida de forma sensible y cuidadosa, evitando que la persona se sienta presionada o invadida.

Información personal

- Sexo y Edad: "¿Podría decirme su nombre y edad, por favor?"
- Localización: "¿Dónde se encuentra en este momento? Necesitamos saberlo para enviarle la ayuda necesaria."

Estado emocional

- Sentimientos y pensamientos: "¿Cómo se siente ahora mismo?" "¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?"
- Antecedentes de intentos previos: "¿Ha tenido estos sentimientos antes? ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño?"

Circunstancias del intento

- Realizar siempre preguntas abiertas que permitan tener información de los eventos circundantes: "¿Podría describirme el lugar donde se encuentra?, ¿Qué objetos tiene cerca?", entre otras.

Factores de riesgo y apoyo

- Condiciones de salud: “¿Está tomando algún medicamento o consumiendo alguna sustancia?” (utilizar un lenguaje coloquial que pueda ser entendido por la persona que está llamando).
- Apoyo social: “¿Hay alguien cerca de Usted que pueda ayudarle ahora mismo? ¿Familiares o amigos?”

Otra información relevante

- Factores desencadenantes: “¿Ha sucedido algo recientemente que haya empeorado sus sentimientos?”
- Historial de salud mental: “¿Ha estado en tratamiento o recibido ayuda psicológica antes?”
- Una vez evaluada la emergencia, se transferirá la llamada a personal de salud, quienes no deberán revictimizar a quien se está comunicando ya sea que se trate de la persona con comportamiento suicida o quien le identifica y acompaña.

Despacho de recursos

El despacho de recursos desde el SIS-ECU-911 es un proceso fundamental para asegurar una respuesta efectiva en situaciones de intentos de suicidio. La coordinación eficiente y la comunicación clara entre los diferentes actores son esenciales para gestionar la emergencia de manera rápida y segura. Este manual proporciona directrices detalladas para el manejo adecuado de estas situaciones, garantizando que cada actor desempeñe su rol de manera eficaz y colaborativa.

Identificación de recursos necesarios**Recursos específicos**

Identificar los recursos específicos necesarios para la situación, como ambulancias, unidades de bomberos, personal sanitario, Policía Nacional y agentes de tránsito, entre otros.

Equipos especializados

Determinar si se requiere la intervención de equipos especializados, como unidades de rescate o equipos de materiales peligrosos, psicólogos emergencistas u otros.

Manejo del paciente intoxicado: procedimientos de descontaminación y sustancias descontaminantes.

Coordinación y comunicación

Coordinación y gestión de la comunicación en emergencias psicológicas.

Canales de comunicación

Utilizar medios de comunicación seguros y eficientes para la coordinación entre los distintos servicios de emergencia.

Actualización Constante

Mantener una comunicación continua con los equipos en ruta, proporcionando actualizaciones en tiempo real sobre la situación en el lugar del incidente.

Asignación y despacho**Asignación de unidades**

Despachar las unidades más cercanas y mejor equipadas para manejar la emergencia.

Instrucciones claras

Proveer instrucciones claras y detalladas a cada unidad sobre la situación y el rol específico que deben desempeñar al llegar a la escena.

Proceso de despacho



Recepción y análisis de la llamada

- **Obtención de detalles:** recabar información detallada sobre la emergencia, incluyendo la ubicación exacta y la naturaleza del incidente.
- **Evaluación rápida:** evaluar la gravedad de la situación y determinar los recursos necesarios.

Despacho de unidades

- **Asignación de recursos:** asignar y despachar las unidades más adecuadas, asegurando una respuesta rápida y eficiente.
- **Provisión de información:** proveer a las unidades despachadas con toda la información relevante sobre la emergencia.

Seguimiento y actualización

- **Comunicación continua:** mantener una comunicación continua con las unidades en ruta y en la escena para proporcionar actualizaciones y asistencia adicional si es necesario.
- **Coordinación de recursos adicionales:** despachar recursos adicionales si la situación lo requiere, basándose en las actualizaciones recibidas de la escena.
- En casos de llamadas por cualquier fase del comportamiento suicida (ideación, plan, intento de suicidio) la coordinación del despacho de recursos, incluirá en todos los casos una ambulancia.

10.2.2.2. Arribo a la escena de un intento de suicidio

El arribo a la escena de un intento de suicidio es crítico y requiere una intervención rápida, coordinada y sensible por parte de los equipos de primera respuesta. La seguridad de la persona afectada, del personal y de cualquier persona presente es la máxima prioridad.

- **Comunicación:** establecer comunicación clara y continua entre todos los equipos presentes (bomberos, MSP, policía, ambulancias, agentes de tránsito).
- **Roles definidos:** asegurarse de que cada miembro del equipo entienda su rol y las acciones que debe tomar.

- **Interlocutor único:** designar un único interviniente para comunicarse con la persona, con el apoyo del equipo en segundo plano.

De manera general, la comunicación debe ser relajada, no amenazante, empática y amistosa; tomando en consideración que la persona suicida puede sentirse culpable a causa de los conflictos que puede estar experimentando, por lo que la intervención debe evitar que la persona se sienta aún más culpable, es importante no hacer afirmaciones acusatorias, criticar la conducta de la persona o desaprobando lo que está enfrentando.

Dependiendo de la naturaleza del intento de suicidio, en ocasiones será necesario identificar la sustancia tóxica usada en el intento y determinar la cantidad ingerida, será de ayuda entregar al personal sanitario las píldoras no utilizadas y frascos vacíos, para que se pueda verificar las sustancias ingeridas.

Si en la escena están familiares presentes, pueden estar emocionalmente perturbados, confundidos, enojados o abrumados por las circunstancias, por lo que se necesita actuar con tacto, compasión, sensibilidad y apoyo con todos los presentes (30).

A continuación, se detallan acciones y consideraciones clave para los intervinientes:

- **Análisis de la escena:** evaluar el riesgo inminente y las condiciones de la escena antes de actuar.
- **Acercamiento progresivo:** acercarse de manera gradual, siempre con el permiso de la persona en crisis.
- **Anticipación de movimientos:** observar y anticipar movimientos que permitan acercarse más, como escuchar mejor o establecer contacto visual.
- **Evitar movimientos bruscos:** no realizar acciones que puedan ser interpretadas como amenazantes, ya que podrían provocar reacciones adversas.
- **Interlocutor único:** designar a un solo interviniente como interlocutor, mientras los demás apoyan, recogen información o proponen soluciones.
- **Privacidad:** facilitar un entorno privado y evitar la presencia de curiosos o estímulos que puedan aumentar la sensación de amenaza.
- **Presentación personal:** identificarse y preguntar el nombre de la persona para crear un vínculo más cercano. Indagar sobre las razones que la han llevado a esa situación.
- **Respeto por la situación:** mostrar comprensión y respeto absoluto por la gravedad de la percepción de la persona, haciéndola sentir importante.
- **Explicación en situaciones críticas:** si es necesario intervenir físicamente para prevenir el suicidio, disculparse y explicar que se actúa por preocupación y para darle más tiempo.
- **Evaluación de familiares:** evaluar la presencia de familiares o amigos y permitir su intervención solo si pueden contribuir a la resolución de la situación (60).

Análisis de la escena y riesgo inminente

- **Evaluar la situación:** identificar cualquier peligro inmediato que pueda afectar a la persona afectada o al equipo de respuesta. Precautelar la seguridad de la escena de todos incluidos curiosos y familiares.
- **Seguridad:** asegurarse de que la escena sea segura antes de proceder. Esto incluye evaluar riesgos como tráfico, acceso a armas, materiales peligrosos, etc. Implementar medidas de seguridad necesarias para proteger a la persona afectada y al equipo.
- **Acceso:** identificar las mejores rutas de acceso y salida para asegurar un movimiento eficiente y seguro del personal y equipo.



10.2.2.3. Coordinación entre equipos

Policía Nacional

Seguridad y control: despachar unidades policiales para asegurar la escena, controlando el acceso y garantizando la seguridad de todos los presentes, incluyendo apoyo en la gestión de multitudes y el control del tráfico; así como asegurar la presencia de medicina legal en caso de que el evento se haya consumado.

Intervención en casos de violencia: cuando la persona en crisis por intento de suicidio se encuentre armada, presente conductas agresivas, estados delirantes o alucinatorios, o se encuentre bajo los efectos de sustancias psicoactivas, constituye una amenaza real para la integridad del equipo de respuesta. En estos casos, corresponderá a la Policía Nacional intervenir para neutralizar la amenaza, siempre respetando los protocolos vigentes de uso legítimo de la fuerza, analizar el acceso seguro del personal de primera respuesta al paciente para continuar con las maniobras de rescate, contención física y traslado del paciente hacia un establecimiento de salud.



Entrega de la persona afectada: en todos los casos de intentos de suicidio, se entregará a la persona afectada a los equipos de respuesta que acudan a la escena y en su defecto, al establecimiento de salud; salvo negativa del paciente informada y registrada conforme a la normativa vigente.

Agentes de Tránsito

Seguridad vial: en cuanto las circunstancias y los recursos logísticos lo permitan, se procederá a establecer el plan de acción del incidente, teniendo como función específica gestionar el control del tránsito vehicular y peatonal. (CTE y demás entes de control de tránsito).

Intervención: reportar al SIS ECU-911, llegada a la escena, y establecer el protocolo de sistema del comando de incidentes.

Desvíos y señalización: implementar desvíos y señalización adecuada para evitar congestiones y asegurar un acceso rápido y seguro a la escena. (Subsecretaría de Transportes (MTOP) (CTE y demás entes de control de tránsito).

Asistencia a la persona afectada: el agente de tránsito, mantendrá la asistencia en todo momento según lo establecido en este manual, hasta que llegue el personal de primera respuesta especializado y se le transfiera el mando.

Asistencia en logística: facilitar el movimiento de los equipos de emergencia y los vehículos de respuesta con el acompañamiento del agente.

Entrega de la persona afectada: en todos los casos de intentos de suicidio, el agente de tránsito que intervenga, entregará a la persona afectada a los equipos de primera respuesta que acudan a la escena. (y en su defecto a un establecimiento de salud) (CTE y otros entes de control de tránsito).

En el caso de un acto de suicidio (consumado), el agente de tránsito procederá a asegurar la escena hasta que lleguen las autoridades para el procedimiento legal correspondiente.



Bomberos

Despacho inmediato: despachar unidades de bomberos equipadas para siniestros y/o rescate.

Información de riesgos: proveer información sobre cualquier riesgo específico (materiales peligrosos, incendios, etc.).

Intervención inicial: acudir a la emergencia conforme a los protocolos establecidos tanto con equipos de rescate, atención prehospitalaria y/o materiales peligrosos de ser el caso.

Evaluación de riesgos: identificar y mitigar cualquier riesgo inmediato, como incendios, estructuras inestables, etc.



Contención física: si es necesario, implementar técnicas de contención física de manera segura.

Gestión sanitaria CREU

Equipos médicos: despachar ambulancias equipadas para proporcionar atención inmediata.

Información de la persona afectada: proveer información sobre la condición médica y emocional de la persona afectada, si está disponible.

Atención médica: proveer atención médica inmediata, evaluando el estado físico y emocional de la persona afectada.

Primeros auxilios: administrar primeros auxilios según la necesidad y preparar a la persona afectada para el traslado si es necesario.

Comunicación con centros médicos: informar al centro médico receptor sobre la condición de la persona afectada y la asistencia requerida.

Ambulancias: trasladar a la persona afectada de manera segura y rápida a los establecimientos de salud, priorizando aquellos con especialidad en psiquiatría o psicología (en los casos en que esto sea aplicable).



Acercamiento a la persona afectada

Permiso de la persona afectada: acercarse de manera progresiva, siempre con el permiso de la persona que amenaza con autolesionarse.

Movimientos controlados: evitar movimientos bruscos que puedan ser interpretados como amenazantes, provocando una reacción negativa de la persona.

Privacidad para la intervención

Entorno: facilitar un entorno de privacidad y evitar observadores que puedan aumentar el estrés de la persona afectada.



Evitar el empleo de engaños, mentiras o falsas promesas, si bien a corto plazo pueden resultar efectivas disminuye la confianza en el interviniente y perjudican intervenciones futuras

Evaluación de familiares o amigos

Presencia de soporte: evaluar la presencia de familiares o amigos y permitir su intervención solo si van a facilitar la resolución de la situación.

Revisar además los siguientes riesgos:

- Peligro de ser arrastrado junto con la persona afectada.
- Identificar la presencia de armas de fuego, armas blancas u objetos corto punzantes, contundentes (por ejemplo: cuchillo, tijeras, vidrios, martillo, etc.) que la persona afectada pueda tener.
- Si el intento de suicidio ocurre en una casa, o vehículo, verificar la posible presencia de fugas de gas.
- Asegurarse de que no exista riesgo eléctrico que pueda causar electrocución u otras lesiones tanto al interviniente como a la persona afectada.

10.2.2.4. Procedimiento de Intervención

- Asegurar la escena, se puede acordonar y señalizar el lugar para evitar que accedan personas no vinculadas a la persona afectada, curiosos o personas conflictivas del círculo familiar/amigos que puedan incidir

negativamente en la intervención (por ejemplo: filmar, dar comentarios inoportunos, alentar a la persona, entre otros). Si se trata de un puente u otra área pública, de ser posible, se debería interrumpir/cerrar completamente el tránsito vehicular y peatonal.

- Reducir/retirar estímulos lumínicos y sonoros excesivos, mitigar en la medida de lo posible la presencia alarmante de vehículos de emergencia como son las ambulancias, y tengan prendida las sirenas, luces.
- En ningún caso actuar de forma directa con persona afectadas violentas o que se encuentren armadas, en estos casos, las fuerzas de seguridad como la policía nacional deberán colaborar con sus equipos de intervención.
- Siempre priorizar y mantener la seguridad del personal que se encuentra interviniendo en la emergencia de suicidio. Prevenir situaciones peligrosas que puedan afectar su integridad, como subirse a techos o sentarse junto a la persona con intención suicida.
- En el caso de que la persona afectada presente lesiones físicas que puedan representar un riesgo vital, es imperativo priorizar el auxilio ante la lesión física inmediata si fuera necesario.
- Evite grabar videos o audios de la persona afectada, como tampoco del equipo de primera respuesta que acuda a la escena, lo cual tiene fundamento en el artículo 178 del COIP que tipifica el delito de violación a la intimidad y se refiere a la grabación u obtención, y publicación de información de otra persona sin su autorización.



Adicionalmente es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

Contención emocional: el equipo de respuesta utilizará técnicas de persuasión para que la persona posponga su decisión de autolesionarse y acepte recibir atención profesional, así como también PAP.

Contención física: evaluar el riesgo y aplicar técnicas de contención física solo si es necesario y seguro.

Primeros auxilios: proveer primeros auxilios en caso de lesiones y valorar la necesidad de atención prehospitalaria avanzada según la gravedad del caso.

Derivación: el intento e incluso la ideación suicida son eventos de gran relevancia y establecen la necesidad de traslado de la persona afectada para su atención en un servicio de emergencia.



La intervención no tiene un tiempo determinado de resolución. Es importante contar con el espacio, el tiempo y la disposición suficiente hasta que la persona cuente con la red de apoyo o se la derive al servicio de salud.



Señales de Progreso en la Intervención

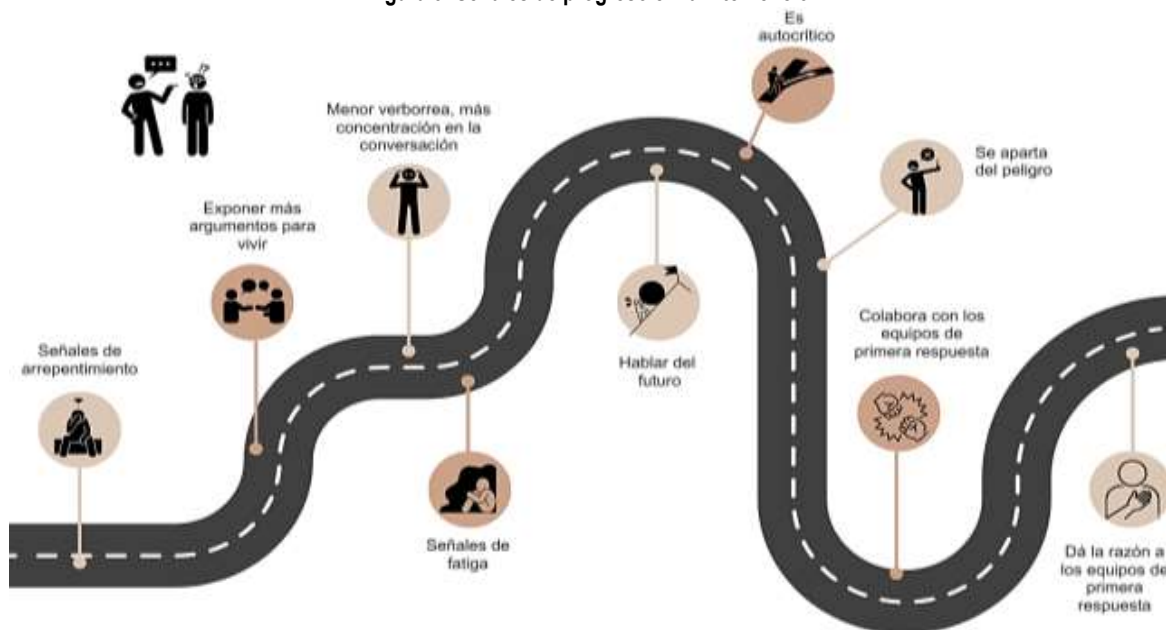
Reducción de la ansiedad: la persona afectada muestra signos de calma y apertura a la comunicación.

Compromiso temporal: la persona afectada acepta posponer sus intenciones suicidas y colaborar con el equipo de respuesta.

Acceso a apoyo: la persona afectada permite el acceso de familiares, amigos o profesionales de salud.

Aceptación de acciones de cuidado: hidratación, alimentación, cobijo, entre otras.

Figura 3. Señales de progreso en la intervención



Fuente: basado en Sergio Tubío Rey / Santiago Martínez Soto (12)
Elaboración propia

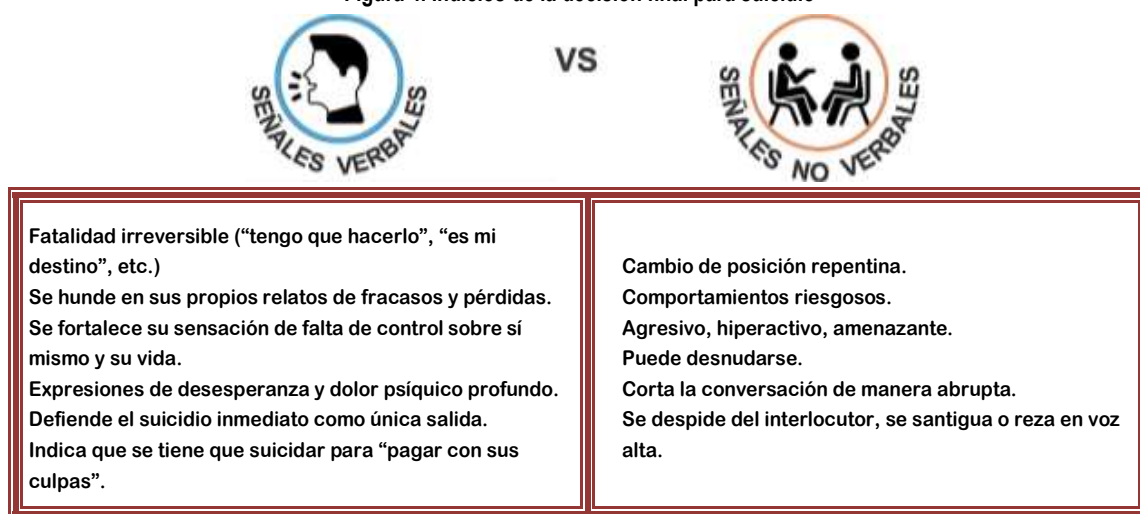
Contención física ante un intento de suicidio

La contención física del paciente durante un rescate tiene como finalidad preservar la vida de la víctima; no obstante, debe asimismo garantizar la seguridad del personal de primera respuesta. En consecuencia, los procedimientos de rescate y contención física por parte de los equipos de primera respuesta se ejecutarán únicamente una vez que la amenaza haya sido descartada o debidamente neutralizada.

Este tipo de estrategia sólo puede ser aplicada por personal debidamente entrenado. Implica sujetar a la persona afectada con técnicas preestablecidas (Anexo 5) y se puede utilizar solamente cuando se verifiquen las siguientes condiciones:

- Cuando no existe riesgo para la persona afectada ni para el equipo de respuesta.
- Cuando el miembro del equipo de respuesta cuenta con la condición física, técnicas de sujeción y herramientas necesarias para realizar una sujeción física.
- Cuando se ha determinado que el paciente está en un estado alterado de conciencia sea por una patología de salud mental o bajo el consumo de sustancias psicotrópicas.
- Cuando existen indicios fuertes de que la persona afectada ha tomado la decisión final de suicidarse.

Figura 4. Indicios de la decisión final para suicidio



Fuente: Guía para Bomberos. Intervenciones en Tentativa de Suicidio. Asociación Internacional de Estudios de Bomberos. 2020 (12)
Elaboración Propia

Adicionalmente, a lo anterior se puede tomar en cuenta las siguientes señales en la persona afectada:

- Se encuentra ubicada en un lugar de riesgo donde su vida corre peligro.
- Demuestra cambios repentinos de conducta que dan indicios que su plan de suicidio se pueda dar y pasar a una situación de suicidio consumado.
- Empieza a despedirse del equipo negociador y de su familia.
- Se autolesiona y atenta contra su propia integridad.
- Demuestra estar enfocado en ejecutar el suicidio y pasar a ser consumado.
- Consume, ha ingerido o inhalado algún tipo de sustancia que atente contra su vida.
- La conducta es agresiva o deprimida.

Las técnicas de sujeción o inmovilización no se incluyen en el presente compendio; sin embargo, es importante considerar lo siguiente:

- Utilizar la mínima fuerza necesaria.
- Informar siempre a la persona afectada sobre los movimientos que se realizarán, cómo y cuándo.
- Nunca maltratar, menospreciar o golpear a la persona afectada.
- Realizar gestos cálidos que humanicen la interacción con la persona afectada.
- Practicar una respiración profunda y animar a la persona afectada a seguir el ritmo de la respiración para calmarse.
- Una vez alejada la persona afectada de la zona de riesgo, pedir disculpas por la sujeción y explicar que su vida es importante y que por eso fue necesaria la realización de la acción.

Para fines didácticos y como ayuda memoria exclusiva para los equipos de respuesta, se adjuntan algunas de las técnicas empleadas en este tipo de contención en el anexo 5.

10.2.2.5. Entrega de la persona con intento de suicidio

Coordinación del traslado

La central de emergencias del SIS ECU-911 coordinará la recepción de la persona en el centro médico más cercano, priorizando aquellos con especialidades en psiquiatría o psicología, incluso si no hay afectaciones físicas evidentes.

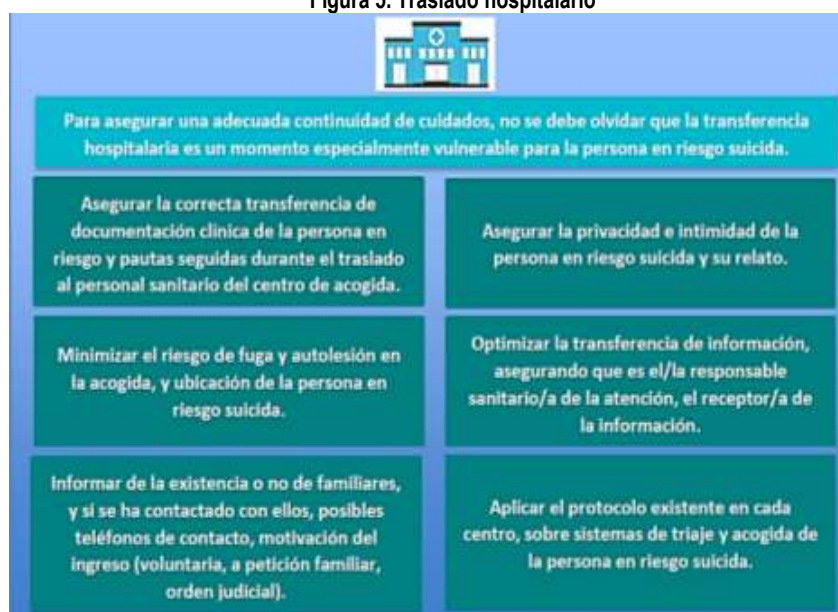
Las instituciones que intervengan en la emergencia tendrán la obligación de entregar a la persona afectada de intento de suicidio en un establecimiento de salud para su valoración.

Durante el traslado prehospitalario

Sólo si el paciente muestra apertura a establecer un diálogo activo, se sugiere encaminarlo de la siguiente manera:

- Motivar a recibir servicios asistenciales que se le están ofreciendo.
- Fortalecer positivamente la decisión de haber desistido de su intención.
- Aceptar lo ocurrido, no juzgar sus sentimientos.
- No juzgar sus acciones por haber intentado suicidarse.
- Evitar comparaciones con otros sujetos.
- No interrumpir, ni emitir juicios de valor, si el sujeto tiende a contar su historia.
- Mantener toda nuestra atención en la persona, evitando distracciones (celular, auriculares, sonidos externos, documentos.).
- Evitar realizar falsas promesas a la persona afectada.

Figura 5. Traslado hospitalario



Fuente: Guía Práctica para la intervención en crisis suicidas (54)

Recepción de pacientes con intento de suicidio

Todos los establecimientos de salud tienen la obligación de recibir a personas con intentos de suicidio, garantizando la atención conforme a los derechos establecidos en la Constitución y la Ley de derechos y amparo al paciente; por lo que se debe asegurar la prestación de servicios de emergencia y hospitalización en caso de requerirse; así como servicios de salud mental donde se encuentren disponibles, los cuales -de ser posible- deben ser específicos en el caso de atención a niñas, niños y adolescentes.

Circunstancias excepcionales

Se ha preparado esta parte con el fin de preveer un posible escenario en el cual la persona afectada o sus familiares rechazan vehementemente la atención médica/psicológica; o, el equipo de primera respuesta no acude de manera oportuna.

Cuando la persona afectada o su familia se niegan a la atención de salud, es necesario verificar que no se encuentre en una situación crítica; así también, se debe respetar plenamente la confidencialidad de la información recibida durante la intervención.

Se debe dar la contención emocional y asesoría adecuada a los familiares que se hagan cargo de la persona con intento de suicidio y proporcionar las siguientes instrucciones a los familiares, pareja o amigos de confianza, que previamente han sido contactados:

- Alejar los medios para el suicidio, en especial aquellos con los que ha intentado previamente autolesionarse (armas, pesticidas, medicamentos, entre otros).
- Durante las primeras semanas tras el intento de suicidio, es recomendable no dejar a la persona sola. Se deben establecer reglas claras para protegerla de sus propios impulsos autodestructivos, como no permitir que duerma sola/a y, en caso de aflicción severa o comportamientos agresivos o inaccesibilidad comunicacional, también se deben tomar medidas de seguridad durante el aseo personal, por ejemplo: dejar la puerta abierta o utilizar una cortina en vez de una puerta en el baño.
- Se requiere un estricto control del uso de alcohol y otras drogas. Si una persona en riesgo inminente se encuentra alcoholizada o bajo el efecto de drogas, no se la debe dejar sola, ni por un minuto.
- Sugerir la asistencia del profesional de salud mental de confianza del usuario, si lo tuviera.



En caso de que la persona afectada haya rechazado el traslado a un establecimiento de salud, una vez realizada la intervención, esta negativa se registrarla en el marco de los procedimientos establecidos por la institución a la que pertenece (informes, partes, etc.) y llenar un acta de descargo de responsabilidades o revocatoria de consentimiento informado según la normativa aplicable vigente, disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado-AM-5316.pdf>

En los casos en los que el equipo de primera respuesta no cuenta con los recursos para acudir oportunamente y es inminente trasladar a la persona afectada a una casa de salud, es importante verificar si el daño ocasionado por el intento de suicidio permite este traslado de manera segura o por el contrario agravará el estado de salud, ya sea por la movilización, por ejemplo en caso de precipitación de un lugar elevado que ocasiona múltiples fracturas o por el riesgo inminente de muerte por ejemplo un ataque cardíaco, obstrucción respiratoria, entre otros, en estos casos los operadores del SIS ECU-911 guiarán el accionar del primer respondiente de manera telefónica.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, los familiares no pueden negarse a la atención de salud, toda vez que se incurriría en una situación de desprotección, negligencia y se atentaría al interés superior del niño y sus derechos.

Después de la intervención



11.Después de la intervención

Abordar un intento de suicidio es un evento que puede generar un impacto en la salud mental, por ello es necesario cuidar de ella para evitar secuelas posteriores de esta intervención. Es importante recordar también que las situaciones críticas afectan sin importar el resultado final de las mismas y hablar de ello no disminuye la valía de la persona ni su acción al atender el evento.

Quienes brindan PAP deben estar atentos a su propio bienestar emocional y buscar supervisión o apoyo profesional si lo necesitan para manejar el estrés y prevenir el desgaste emocional.

En el caso de los equipos de primera respuesta, el entrenamiento o el pertenecer a una institución no evita el sufrimiento emocional al atender este tipo de eventos; por tanto, es necesario realizar actividades grupales e individuales que permitan desactivar el despliegue emocional generado producto de la atención.

11.1. Cuidado de los intervinientes

El cuidado tiene un componente emocional que conecta a las personas, es esto lo que tiene un efecto protector, reparador y fortalecedor. "Cuidan de mí porque importo" y eso tiene una resonancia positiva hacia ese bienestar que requieren los seres humanos para una vida digna (63).



El cuidado tiene dos dimensiones, la primera es instrumental, corresponde con acciones concretas, que actúan sobre lo físico. La segunda dimensión recae sobre lo humano, es intangible, tiene que ver con las relaciones afectivas (62).

El cuidado de la salud mental de los primeros respondientes que así lo requieran, puede ser abordado por profesionales especializados tanto en el nivel privado como en el público, en el caso específico del Ministerio de Salud Pública, se pone a disposición el asesoramiento psicológico de la línea 171 opción 6; si se requiere una atención presencial, esta puede ser coordinada en la misma línea telefónica en la opción 1.

En el caso de los equipos de primera respuesta, el cuidado de su salud mental es responsabilidad de las instituciones a las que pertenecen, por lo que es importante que las unidades de seguridad y salud ocupacional de cada institución, lleven un registro de los intervinientes en emergencias con intentos de suicidios, para su abordaje oportuno y se sugiere realizar actividades de desactivación emocional adecuadas que respondan a las particularidades culturales, organizacionales, contextuales -y de considerarse necesario- complementar esta desactivación con la atención de profesionales de salud mental.

Con este antecedente es importante que las instituciones cuenten con protocolos internos que generen acciones de protección y cuidado sobre su personal. Que deben tener como mínimo los siguientes puntos:

- Nexos del personal que atendió la emergencia con el profesional responsable de salud ocupacional o su equivalente institucional.
- Protocolo de desactivación emocional (Un ejemplo de protocolo de manejo de crisis se encuentra en el anexo 6).

Una de las técnicas que se emplea para ayudar a personas que han vivido situaciones traumáticas se conoce como debriefing, la cual se implementa frente a eventos como emergencias, desastres naturales, accidentes, suicidios, entre otros. En estos casos, los profesionales establecen un ambiente seguro para que los intervinientes puedan expresar y reflexionar acerca de lo que han vivido y así elaborar los sentimientos y pensamientos que se desprenden de esas circunstancias complejas, ya que hablar sobre las experiencias, posibilita adoptar otro punto de vista y disminuir la angustia.

Los objetivos que persigue el debriefing son la reducción del daño emocional, fomento del diálogo honesto y sincero, así como la validación de las experiencias. Esta metodología posee una secuencia determinada que debe utilizarse para que se logren los resultados esperados.

Fases del Debriefing



Desarrollo de las fases del debriefing psicológico puede darse en una o hasta 3 sesiones, con el siguiente esquema:

- **Introducción:** en los momentos iniciales, se intenta construir un ambiente seguro y reconfortante para que la persona pueda hablar sobre sus experiencias durante la emergencia.
- **Narración:** se incentiva al relato de los sucesos traumáticos. Asimismo, también se hace hincapié en el conocimiento de las emociones, pensamientos y conductas que se han tenido durante el desarrollo de la emergencia.
- **Intervención:** el profesional de la salud mental implementará estrategias de afrontamiento específicas para cada persona con el objetivo de disminuir la ansiedad, estrés y el malestar general derivado por la experiencia durante la emergencia.
- **Cierre:** finalmente, se realiza un resumen acerca de las situaciones trabajadas durante las sesiones. En este sentido, crear un balance representa una consolidación de logros obtenidos. A su vez, esto constituye un acto simbólico para dejar en el pasado aquellas sensaciones que fueron vividas (64, 65).

11.2. Autocuidado de los intervinientes

La capacitación constante sobre el manejo de emergencias, puede aportar a mantenerse más preparado y afrontar de mejor forma el impacto emocional; sin embargo, esto no lo evita, por lo que es importante cuidar su propia salud mental, ya que es parte del ayudar de forma responsable; en este contexto, buscar apoyo emocional y profesional puede ser necesario para procesar la experiencia.

Se recomienda aplicar o participar en acciones de autocuidado que le permitan canalizar de manera adecuada el estrés surgido por la experiencia (30):

- Toda persona que intervenga en este tipo de emergencia debe recibir acompañamiento por parte de un profesional de salud mental para determinar si requiere atención especializada.
- Haga una pausa, tome conciencia de su estado, realice movimientos conscientes, respire profundamente y luego continúe.
- Participe en espacios de desactivación emocional y/o grupos de apoyo para hablar sobre los momentos críticos y desahogarse.
- Hable con una persona de confianza o busque la ayuda de un profesional de salud mental ya sea de manera presencial o a través de medios digitales.

- Mantenga adecuados hábitos saludables para el sueño como: dormir un mínimo de 6 horas, evitar estímulos visuales como usar el celular o ver TV 2 horas antes de dormir, estímulos sonoros, no tomar té, café, coca cola u otra bebida estimulante a partir de las 16:00 horas y tener una alimentación saludable en la medida de lo posible.
- Evite conductas de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, ya que el alcohol puede debilitar el sistema inmunológico y aumentar la vulnerabilidad a las infecciones.
- Practique ejercicio físico regularmente y asegúrese de mantenerse hidratado, esto restablece el equilibrio del cuerpo.
- Intercambie tareas cuando sea posible para evitar la monotonía y el agotamiento.
- Comprenda que tomar descansos adecuados resultará en una atención de mayor calidad a las personas que lo necesitan.
- Reconozca los signos de estrés, tales como: contractura muscular, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, palpitaciones, cambios en el apetito o en el humor, sobrepensar en lo sucedido, insomnio, entre otros; aprenda a detenerse y cuidarse, lo que contribuirá a su estabilidad en situaciones de estrés prolongado y solicite ayuda profesional de ser necesario.



Estas recomendaciones son esenciales para garantizar el bienestar de quienes intervienen en situaciones de emergencia y pueden ayudarles a lidiar con las tensiones inherentes a su labor. Recuerden que, a pesar de los obstáculos y las frustraciones, están desempeñando una importante misión al cuidar a quienes más lo necesitan.

Este manual emite directrices generales de lo que se puede hacer ante la conducta suicida en diferentes grupos poblacionales; sin embargo, si se desea profundizar, se recomienda revisar las referencias bibliográficas o seguir las indicaciones de profesionales de la salud mental.

12. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2021). Suicidio: Un problema mundial. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Estadísticas vitales: Defunciones por suicidio en Ecuador 2022. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
3. Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
4. Organización Mundial de la Salud. (2022). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental global. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-covid-19>
5. World Psychiatry. (2022). The impact of COVID-19 on mental health and suicide risk. World Psychiatric Association, 21(3), 232-240. <https://doi.org/10.1002/wps.20964>
6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2004). Guía para la prevención del estrés laboral. <https://www.insst.es>
7. World Health Organization. (2019). Self-care interventions for health. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550550>
8. Universidad de Guanajuato. Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Conceptos de Cuidado.
9. Nizama Valladolid M. Suicidio (2021). Rev peru epidemiol(Online). 2011;1-5.
10. Froxán, M. (2022). Conductas depresivas y su impacto en el bienestar personal. Revista de Psicología Clínica.
11. Rodríguez, P. (2017). Técnicas de contención emocional en situaciones de crisis. Editorial Salud Mental.
12. Tubío-Rey S, Martínez-Soto S & Parada-Torres E. (2020). Guía para Bomberos. Intervenciones en Tentativa de Suicidio. Asociación Internacional de estudios de Bomberos.
13. Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación. (s.f.). Técnicas de Desactivación Emocional: Estrategias para la Calma en un Mundo Acelerado.
14. Froxán, M. (2020). La empatía en las relaciones interpersonales. Revista de Psicología Social.
15. Blandón O. et. Al. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500006
16. Beck AT, Schuyler D, Herman I. (1986). Development of Suicidal Intent Scales. En: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ. eds. 1be Prediction of Suicide. Philadelphia: The Charles Press, Publishers, 1986:45-56.
17. Pérez Barrero S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cuba Med Gen Integr. 1999;15(2):196-217.
18. Kreitman, N., et al. (1969). Parasuicide: A pattern of self-destructive behavior. British Journal of Psychiatry.
19. Van-der Hofstadt Román C., Quiles Marcos Y., Quiles Sebastián M. (2006). Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Edita Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.
20. Silverman, M.M., Berman, B.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(3), 264-277.
21. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2024). Guía para la conformación de ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO PARA LA POSVENCIÓN. 2024.
22. Ley Orgánica de Salud Mental. (2024). Registro Oficial N°. 471 del 5 de enero de 2024.
23. Ministerio de Salud Pública (2014). Norma técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferenciadel Sistema Nacional de Salud. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>
24. Martínez Glatli H. Evaluación del Riesgo de Suicidio (s/f). Hojas Clínicas de Salud Mental. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
25. National Institutes of Health (2023). Suicidio y comportamiento suicida. Biblioteca Nacional de Medicina.
26. López-Ibor, J. (2015). El comportamiento suicida: aspectos clínicos y terapéuticos. Editorial Médica Panamericana.

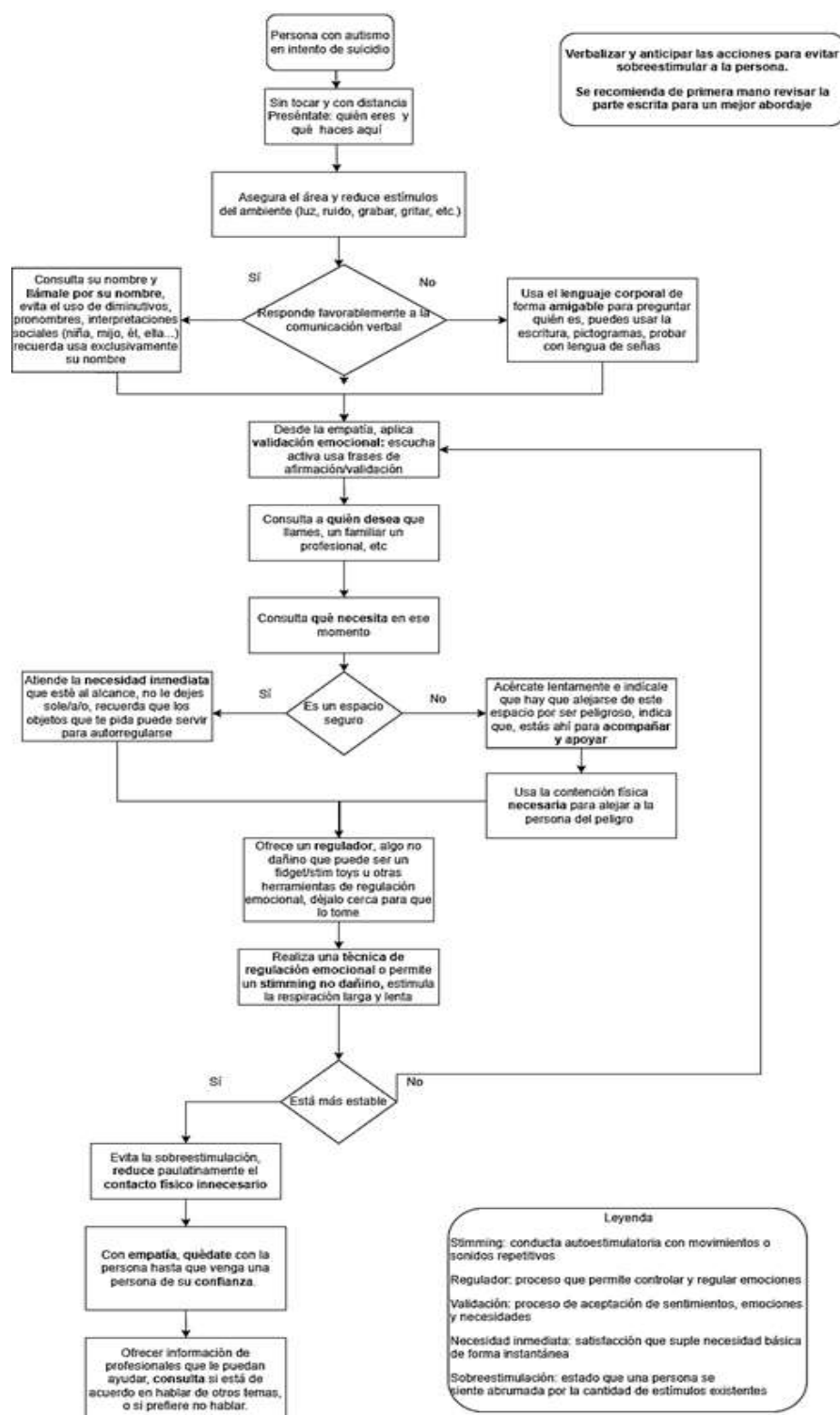
27. Shneidman, E. S. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford University Press.
28. Protocolo para la atención en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, desastres y catástrofes. SMAPS
29. González, I., & Aguado, M. (s.f.). *Clasificación de los tipos de suicidio*.
30. OMS (2009). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA POLICÍAS, BOMBEROS Y OTROS SOCORRISTAS DE PRIMERA LÍNEA.
31. Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura (2021). Introducción a la intervención psicológica en emergencias. *Primeros Auxilios Psicológicos*. (P.A.P.), pg. 3 – 9.
32. Pérez, M. (2023). *Factores de riesgo asociados*. *Revista de Psicología Clínica*, 12(4), 45-58. Editorial Universitaria.
33. Cortés Montenegro P., Figueroa Cabello R. (2011). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos En crisis individuales y colectivas.
34. Gómez, L. M. (2023). *Primeros auxilios psicológicos en el intento de suicidio*. Editorial Médica Integral.
35. OMS, WTF, VMI (2011). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.
36. Zagurski, R., Bulling, D., Chang, R. (2005). Programa Nebraska de Entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos Public Policy Center, Universidad de Nebraska.
37. Ministerio de Salud Pública. (2017). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral de Salud. Fascículo 6.
38. Ministerio de Salud Pública. (2020). Guía de Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Psicosocial para primeros respondientes SARS CoV-2 / COVID-19.
39. Carmona, B., Ferreres, E., Morán P. (2024). Guía práctica para la intervención en crisis suicidas. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Vitoria-Gasteiz.
40. Ministerio de Salud Perú (2020). Guía técnica de primeros auxilios psicológicos. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 26 p. ilus.
41. Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2.ª ed.). Guilford Press.
42. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Dell.
43. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
44. Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton & Company.
45. Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
46. Davidson, R. J., & Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live—and how you can change them*. Penguin Group.
47. Baños-Chaparro, J. (2021). Comportamiento suicida en el trastorno del espectro autista. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), pp. 285-294.
48. Paz C. M. V, Salamanca Salucci M. (2009). ELEMENTOS DE LA CULTURA SORDA: UNA BASE PARA EL CURRÍCULUM INTERCULTURAL. REXE. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación* [Internet]. 2009;8(15):31-49.
49. Turner O, Windfuhr K, Kapur N. (2007). Suicide in deaf populations: a literature review. *Ann Gen Psychiatry*. 2007 Oct 8;6:26. doi: 10.1186/1744-859X-6-26. PMID: 17922904; PMCID: PMC2093933.
50. Zambrano, Ludmilan. (2008). Modelo integral de alfabetización para personas sordas (MIDAS). *Investigación y Postgrado*, 23(2), 205-239. Recuperado en 08 de abril de 2025, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-008720080002000008&lng=es&tlng=es.
51. Alvarez, F., et. al. (2020). Suicidio y demencia: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 13(4): 213-227. doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.012
52. Lai, A., Kaup, A., Yaffe, K., Byers, A. (2018). High Occurrence of Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior Across Dementia Subtypes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(12): 1191 - 1201. <http://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.08.012>

53. CONADIS, et. al. (2013) Guía de Lenguaje Positivo y Comunicación Incluyente (2da. Ed.)
54. Castro, R. (2022). *Fundamentos de primeros auxilios psicológicos*. Editorial Psicología Integral.
55. Martínez, P. (2022). *Sensibilidad cultural en la intervención de crisis: Guía para profesionales de salud mental en Ecuador*. Editorial Interculturalidad.
56. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Suicide prevention: Quality standard*. NICE.
57. Rebar, A. L., Miller, A. R., & Wright, E. M. (2015). *Health and safety management in emergency response*. Springer.
58. American Red Cross. (2018). *Disaster response: Training and certification*. American Red Cross.
59. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2020). *Personal protective equipment*. OSHA.
60. Wendt, R. (2020). *Effective crisis communication strategies*. Crisis Management Journal, 18(4), 78-85.
61. Callahan, D. (2018). *Emergency response and crisis intervention*. Journal of Emergency Management, 16(2), 45-52.
62. Martínez, S. A., Pérez, L. M., & Rodríguez, J. C. (2021). *Dimensiones del Cuidado en la Salud Mental*. Editorial Médica Panamericana.
63. Guerrero-Castañeda, R. F. (2020). *El Cuidado Humano: Estrategias para la Salud Mental*. Editorial Universidad de Guadalajara.
64. Domínguez Martín, V. (2020). Debriefing psicológico: revisión sistémica sobre su eficacia con el personal interviniente en emergencias y catástrofes. Universidad de La Laguna.
65. Santacruz Escudero, J.M. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). Revista Colombiana de Psiquiatría, 37 (1), 198-205.
66. Diccionario de Lengua de Señas Ecuatoriana <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/diccionario-de-lengua-de-senas-ecuatoriano-gabriel-roman/>

Anexo 1: Pictograma visual para la comunicación con personas que tienen autismo



Anexo 2: Ruta de acción para intentos de suicidio en personas con autismo



Nota 1: fidget/stim toy es un objeto que permite realizar conductas estereotipadas para que la persona pueda regularse emocionalmente y evitar actos lesivos o autolesivos.

Nota 2: Si la persona no responde ante la intervención, es importante que lo intente alguien más.

Anexo 3: Señas útiles para personas con discapacidad auditivaTRANQUILO/A

tranquilo, a.
Reflexivo o algo, apacible.
Reflexivo a una persona, sereno, calmado.
Los marcos se tocan sucesivamente varias veces. La boca está cerrada con los labios hacia afuera.

YO

YO.
Primera persona del singular.
El dedo índice se desliza hacia el pecho. Se toca el oído y la boca está en forma de boca abierta.

AYUDAR

ayudar.
Prestar apoyo a alguna persona en determinadas situaciones.
ayuda.
Prestar con las manos a quien lo necesita.
Las manos juntas se deslizan en círculos hacia adelante. Los dedos están en forma de dedos abiertos.

ESPERARENTENDERFAMILIA

AMIGO



LLAMAR



POR FAVOR

por favor.
Expresión de cortésia usada para pedir a alguien que haga algo.
Se muestra la palma con el índice en el pecho.



TU

tú.
Tercera persona del singular.
La mano se dirige con el índice al pecho.



COMPRENDER

emergencia.
Asunto que debe resolverse con suma urgencia.
El brazo hace círculos hacia adentro. El índice se flexiona y se ven los dedos.



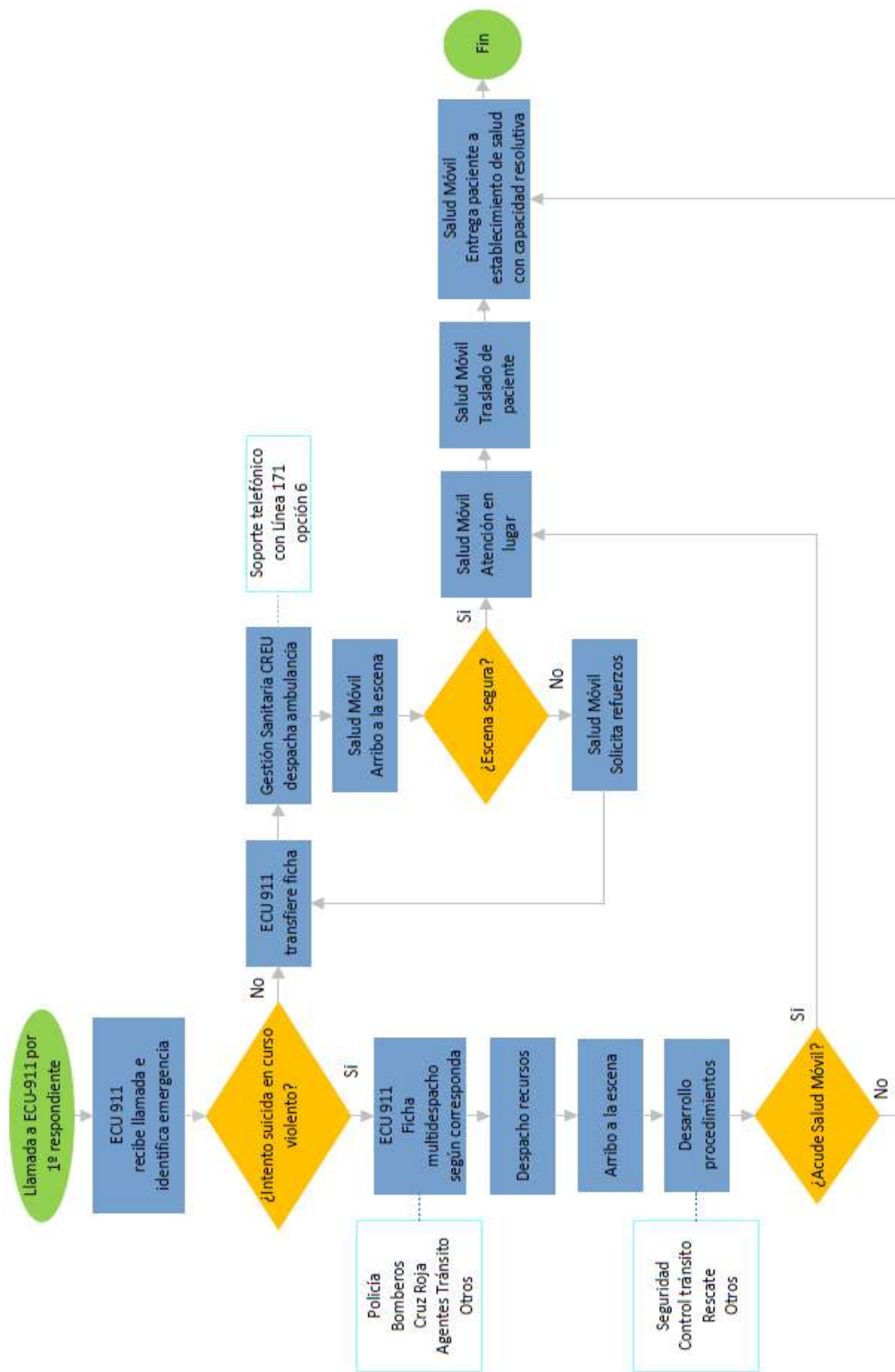
EMERGENCIA

comprender.
Entender con claridad una situación o un concepto.
Las manos se juntan en 'disparos' y se abren. El índice se dobla hacia atrás.



Fuente: Diccionario de Lengua de Señas Ecuatoriana (66)
<http://www.plataformaconadis.gob.ec/~platafor/diccionario/>

Anexo 4. Flujograma de intervención del intento de suicidio para equipos de primera respuesta



Elaboración propia

Anexo 5. Contención física para salvamento y rescate

▪ Conformación del equipo de salvamento y rescate para contención física

La contención física debe considerarse como último recurso. El equipo de primera respuesta debe estar preparado para ejecutar esta acción y debe incluir:

- 1) **Personal de mediación verbal:** responsable de aplicar herramientas de mediación, proporcionar primeros auxilios psicológicos y llevar a cabo la contención verbal con la persona en crisis.
- 2) **Personal de contención física:** encargado de realizar la contención física únicamente si es necesario.
- 3) **Personal de logística, rescate y salvamento:** miembro con mayor experiencia y habilidades técnicas, encargado de establecer sistemas de seguridad y anclajes.

▪ Requerimientos

- 1) **Formación técnica:** capacitación en salvamento, rescate y recuperación.
- 2) **Equipos de protección:** uso de equipos de protección colectiva e individual que cumplan con las normativas de seguridad.
- 3) **Entrenamiento continuo:** actualización constante de habilidades y conocimientos.

Gráfico 1. Personal mínimo para respuesta en intentos de suicidio



Fuente: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil

▪ Zonas de seguridad

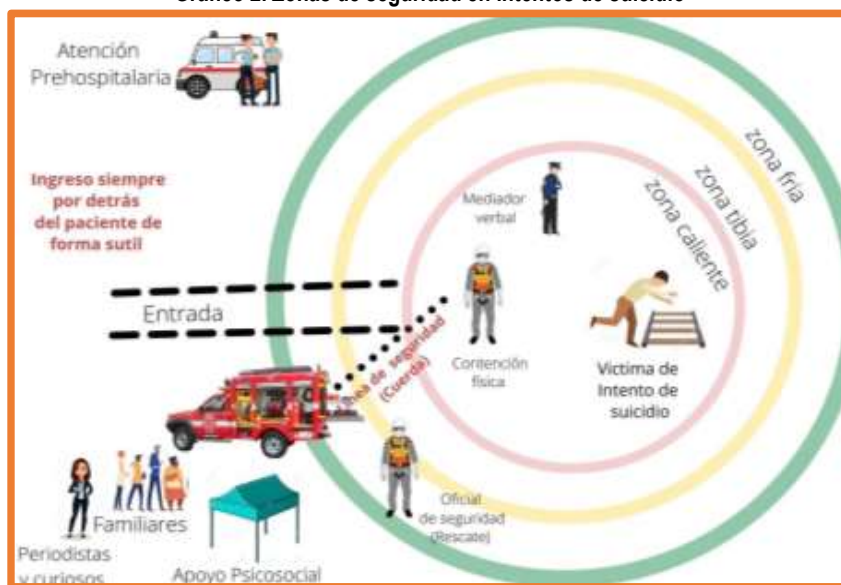
Permiten garantizar la seguridad de las personas que responden ante un intento de suicidio, así como mantener el orden en el manejo de estas situaciones para brindar apoyo adecuado a las personas afectadas. Las zonas de seguridad son:

Zona caliente: intervienen los equipos de respuesta capacitados para el manejo del intento de suicidio (Bomberos, Cruz Roja, Policía, Militares, profesionales sanitarios, entre otros).

Zona tibia: se encuentran los recursos para la evacuación de persona afectadas, salvamento, rescate o recuperación según el caso.

Zona fría: es el espacio seguro para brindar apoyo psicosocial a familiares o atención médica luego de un intento de suicidio, se aborda a los afectados directos, familiares y primeros respondientes, debería contar con morrales de atención médica e intervención psicosocial. En el caso de suicidio consumado, se organiza el espacio para la entrega o reconocimiento de cadáveres solo si existen familiares presentes.

Gráfico 2. Zonas de seguridad en intentos de suicidio



Fuente: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil

■ Consideraciones generales

- Acceso a la escena:** evitar el uso de sirenas o balizas para no agravar la situación.
- Control de acceso:** impedir el ingreso de curiosos mediante una barrera física, como un vehículo, y mantener distanciamiento para evitar la aproximación de periodistas.
- Ingreso de familiares:** permitirlo sólo si el mediador lo considera apropiado.
- Delimitación del área:** definir la zona de intervención de manera discreta.
- Contención física:** aplicar solo cuando haya puntos de equilibrio; ajustar la postura corporal según la situación.
- Uso del peso corporal:** priorizar el uso del peso en lugar de las extremidades durante la contención.
- Verificación de seguridad:** comprobar los puntos de gravedad para asegurar la integridad de todos.
- Equipos de rescate:** utilizar cuerdas, arneses y accesorios adecuados.
- Aproximación:** acercarse lentamente antes de aplicar la contención física.
- Escudo de protección:** implementar un escudo de protección tras la contención.
- Precauciones en la zona caliente:** mantenerse en la zona de intervención con las precauciones necesarias.

■ Pautas de acción

- Inicio de la mediación:** comenzar la mediación verbal y proporcionar primeros auxilios psicológicos mientras el equipo de contención se prepara.
- Verificación de seguridad:** comprobar los puntos de equilibrio de la persona afectada y del rescatista, así como los anclajes y líneas de vida, para garantizar la seguridad durante la contención.
- Índice de masa corporal:** evaluar el índice de masa corporal del rescatista y de la persona afectada para asegurar la efectividad de la contención.
- Protección física:** usar un escudo corporal posicionándose sobre la persona.
- Uso del peso corporal:** aplicar la contención utilizando el peso corporal en lugar de la fuerza de los antebrazos.

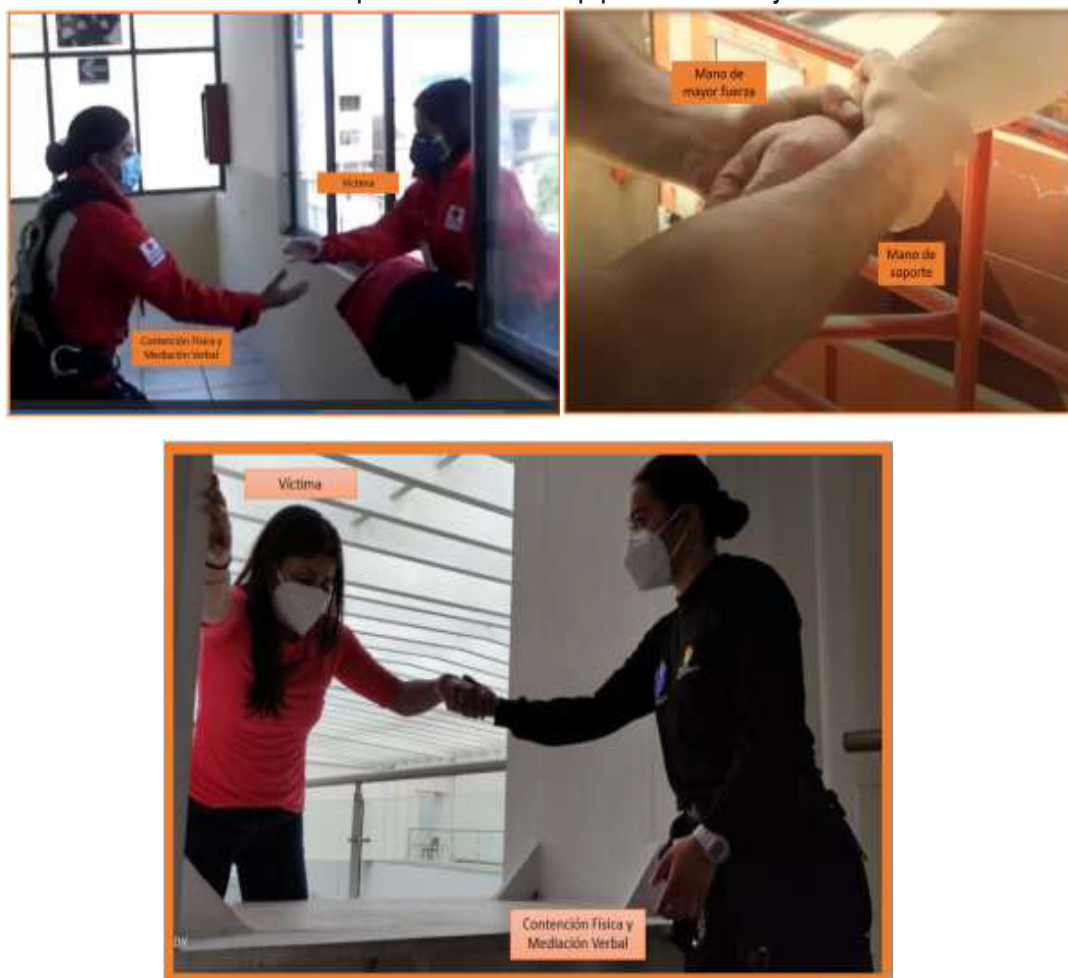
Es importante recalcar que el mínimo movimiento brusco o innecesario acelera el acto suicida.

Contención física en personas de frente al equipo de salvamento y rescate

Pasos a seguir:

- 1) Informar a la persona afectada de su acercamiento.
- 2) Si la persona afectada permite el acceso, estire su mano con una mayor fuerza de sujeción.
- 3) Sujete el antebrazo de la persona afectada con la mano de menor fuerza de sujeción.
- 4) Asegúrese de tener una posición firme y con una mínima inclinación para poder halar de la persona afectada, utilizando el peso corporal en lugar de la fuerza de las manos.

Gráfico 3. Contención física en personas de frente al equipo de salvamento y rescate en intento de suicidio



Fuente: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil

Contención física en personas de espaldas al equipo de salvamento y rescate

Los siguientes pasos y consideraciones son esenciales para garantizar la seguridad de todos los involucrados en una situación de intento de suicidio al estar de espaldas al equipo de salvamento y rescate.

Pasos y consideraciones:

- 1) **Apoyo psicosocial:** el mediador verbal debe proporcionar apoyo en un entorno seguro.

- 2) **Aproximación discreta:** el personal de contención física se acercará con cautela mientras el mediador verbal mantiene la atención de la persona en crisis.
- 3) **Sujeción segura:** el personal de contención debe realizar la sujeción de la persona afectada de manera rápida y segura, enfocándose en la zona interior del torso, preferiblemente utilizando el hombro no dominante para el agarre.

▪ **Consideraciones adicionales:**

Es fundamental priorizar la seguridad de todos los involucrados y actuar con calma y coordinación.

Gráfico 4. Contención física en personas de espalada al equipo de salvamento y rescate

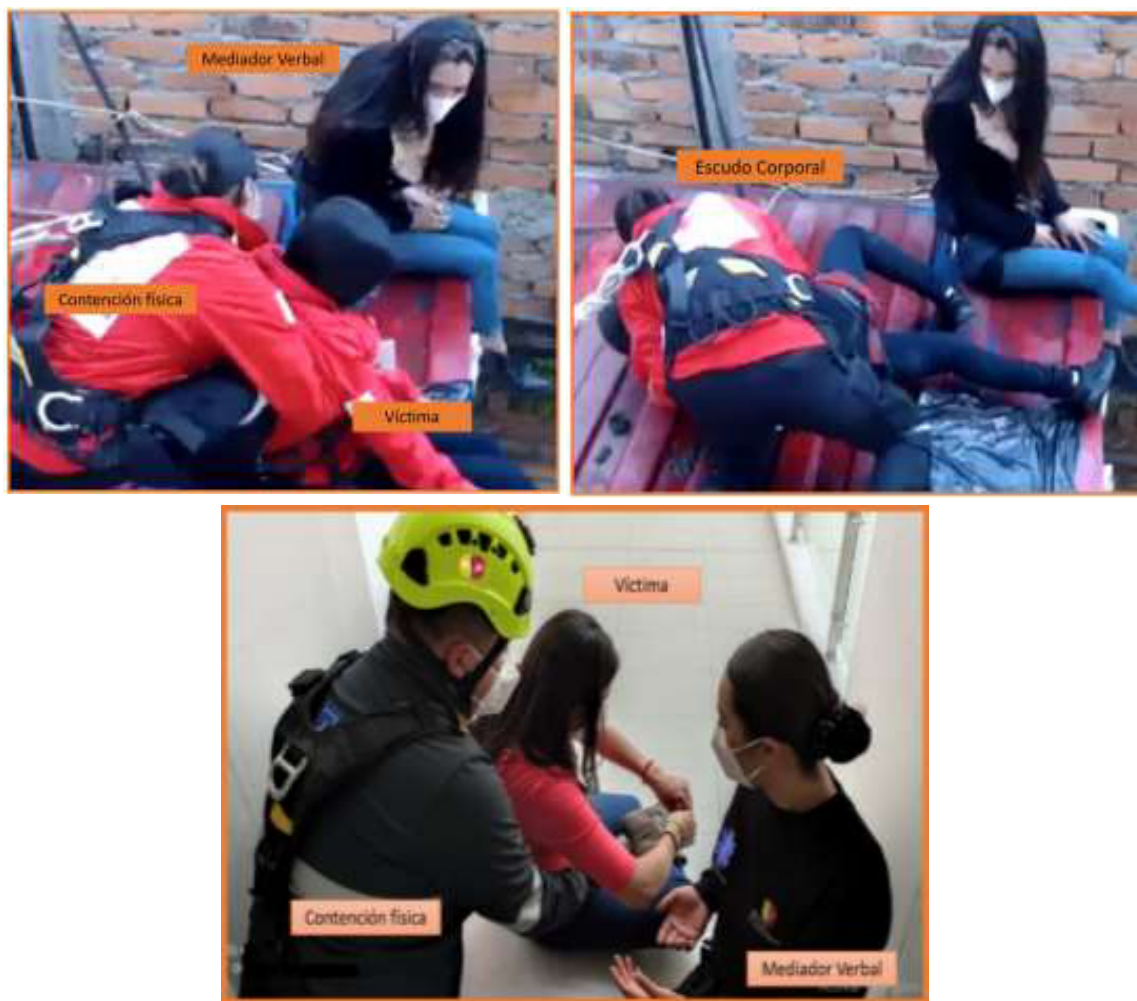


Fuente: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil

Contención física en personas sentadas

El personal de contención física debe realizar la sujeción de la persona afectada mediante movimientos seguros y rápidos, dirigiéndose desde la zona exterior hacia la interior de la masa corporal, preferiblemente a nivel abdominal.

Gráfico 5. Contención física en personas de espalada al equipo de salvamento y rescate



Fuente: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil

Anexo 6. Procedimiento de desactivación emocional equipo de primera respuesta

PROCEDIMIENTO		
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	Intervención ante un evento de mediano/alto impacto emocional Intervenir de inmediato, dado que el evento ha generado un impacto emocional significativo.	Responsable de la emergencia/ Comandante de Incidente Sala de Comando o Puesto comando
2	Activación de equipos de apoyo para intervinientes Se debe activar a los equipos responsables del bienestar de los intervinientes, incluyendo psicólogos, técnicos de seguridad y salud ocupacional, o personal equivalente.	Responsable de la emergencia/ Comandante de Incidente Sala de Comando
2	Acercamiento al punto de encuentro Acudir al punto de encuentro designado por la institución correspondiente, dentro de un plazo máximo de 72 horas tras el evento.	Psicólogo (s) Institucional (es), Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional o quien haga sus veces.
3	Actividades de desactivación emocional Implementar actividades de desactivación emocional que faciliten la reorganización, integración y autorregulación de emociones, pensamientos y sentimientos, mediante la nominalización y normalización de las reacciones emocionales.	Psicólogo (s) Institucional (es), Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional o quien haga sus veces.
4	Elaboración de informe Se deberá elaborar un informe que incluya todos los elementos verificables, como listas de asistencia y fotografías, garantizando la privacidad de los participantes.	Psicólogo (s) Institucional (es), Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional o quien haga sus veces.
5	Remisión de informe Enviar el informe al área o autoridad competente según la institución correspondiente.	Psicólogo (s) Institucional (es), Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional o quien haga sus veces.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

Elaboración propia



Ministerio de Salud Pública

www.salud.gob.ec

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica que corresponde al Acuerdo Interinstitucional No. 00002-2026, generado para realizar el procedimiento de oficialización que consiste en: numerar, fechar y sellar, el cual es firmado de manera electrónica, de 03 de julio de 2026, por las siguientes autoridades; en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Esp. Jaime Otton Bernabé Erazo, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026; Gian Carlo Loffredo Rendón Ministro de Defensa Nacional, John Reimberg Oviedo Ministro del Interior, Roberto Xavier Luque Nuques Ministro de Infraestructura y Transporte, Carolina Alejandra Lozano Haro Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos, Jorge Antonio Villarroel Chalán Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (S).

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00002-2026 de 03 de julio de 2026.

El Acuerdo Interinstitucional en formato físico y digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Nota: El Acuerdo Interinstitucional Nro. 00002-2026 de 03 de julio de 2026, conforme el artículo 1: *“Aprobar y autorizar la publicación del “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio”, se compone de: fojas 1 a la 9, Acuerdo; y, fojas 10 a la 90, Anexo del “Manual para la primera intervención en intentos de suicidio 2026”.*

Quito, D.M., a 03 de julio de 2026



Mgs. Andrea Elizabeth Arcos Gómez
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

MG/FA

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.