



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS EN PSICÓLOGOS
PARA EL ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA**

TUTOR:
PURIFICACIÓN PRIETO R.

AUTORAS:
DUBRASKA RAMOS C.
TANIUSKA TOVAR R.

CARACAS, JULIO DE 2023



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento Psicología Clínica

**COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS EN PSICÓLOGOS PARA EL ABORDAJE DEL
COMPORTAMIENTO SUICIDA**

Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como requisito parcial para el grado de Licenciadas en Psicología

Tutor:

Purificación Prieto R.

Autoras:

Dubraska Ramos C.¹

Taniuska Tovar R.²

Caracas, julio del 2023

¹Dubraska Ramos C., Departamento Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: dubraska.ramosc@gmail.com

²Taniuska Tovar R., Departamento Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: taniuskatovar97@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A Dios ante todo, por su amor incondicional, por sus misericordias que son renovadas cada mañana, por su compañía constante, por el valor y sentido que le dio a mi vida. Gracias por siempre recordarme que soy esforzada y valiente, y que cada día tengo una nueva oportunidad para lograrlo, gracias por usarme de instrumento para cumplir tu voluntad, por ayudarme e instar a prepararme por lo que vendrá. Gracias por añadir a mi vida: valentía, fortaleza, perseverancia, inteligencia, sabiduría y paciencia... aún sigo aprendiendo.

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional, por todo el aprendizaje impartido y la sabiduría para aplicarlo –incluso en los momentos más difíciles- gracias por enseñarme sobre el amor, la unidad, esfuerzo para lograr las metas, por la amabilidad, el respeto, y todos los valores impartidos a lo largo de los años. Gracias por la ayuda constante, a los llamados de atención, a las palmaditas en la espalda y a los abrazos cuando creía que no podría más. Este logro es gracias a ustedes: a mi papá José; mi mamá Yansyn; mis hermanas Delis, Yerci, Maolis, Roraima y Yasmin; mi hermano Enrique; mis cuñados –que son como padres/hermanos- Rafael, Ronny e Ismael; mi cuñada Vanderlin. A mis sobrinos Jon, Josué, Xami, Said y Zoe; a mis tías, tíos, primos, abuelitas. A mi amor y compañía constante, mis gatos: Mónico, Calipso, Nico y Burusa; gracias por tanto amor y paciencia.

A Taniuska; excelente persona, amiga y compañera de tesis, gracias por los constantes aprendizajes impartidos, por la constancia, por la guía, por las lágrimas y risas, por el constante impulso a dar más. Ni te imaginas lo agradecida que estoy con Dios por haberte conocido y haber compartido contigo todo este tiempo. Gracias por el cariño, la sinceridad, la paciencia y el amor. ¡Lo hicimos amiga!

A mis amigos Aisnalit, Adonay, Rostin, Estefanía, Andrea: gracias por tanto amor, por las risas, por el aprendizaje, por el apoyo y constante impulso a seguir, por toda la compañía en este camino llamado vida. Gracias a mis amigos y hermanos en la fe de Iglesia Dios en Casa, a los Pastores, Lideres y Maestro que con amor y paciencia me han enseñado tanto.

A los profesores de la Escuela de Psicología de la UCV, en especial a mis apreciados profesores: Purificación, María Verónica, Santoro y Velis, muchísimas gracias por todo durante mi formación, por enseñarme e instarme a aprender constantemente respecto a la práctica como psicólogo pero sobretodo por enseñarme a ser una persona ética. Hoy en día sé que seré una mejor persona y profesional gracias a la valiosa experiencia de haber compartido con ustedes.

A los psicólogos que aportaron en la construcción de este trabajo que inició en el 2019, y a todos los psicólogos que se tomaron el tiempo para responder el cuestionario. A los Colegios de los Estados de Miranda y Distrito Capital. Sin ustedes esto no sería posible.

A todas las personas que contribuyeron a mi vida, y que de alguna u otra manera ya no aparecen aquí, gracias por todos los aprendizajes que aportaron a mi vida.

A Dubraska, la de antes y a la de ahora, te has esforzado cada día para lograr tus objetivos, a pesar de las dificultades y los desánimos no te has rendido. Gracias por tu resiliencia, por tu paciencia, por creer en ti...

Con amor,
Dubraska Ramos

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a María, por guiar mis pasos, sostenerme y acobijarme cada día de mi vida con su presencia.

A mi madre, Trina Rodríguez, por darme la vida y la posibilidad de experimentar lo maravillosa que es... Por amarme y acompañarme siempre.

A Nelly, por amarme, cuidarme y hacer mi vida más bonita. Te llevo conmigo en todo momento, sé que desde el cielo estás feliz y orgullosa de mí.

A Tania y Tatiuska por enseñarme a no rendirme nunca. Con ustedes cada abrazo me dice que "todo va a estar bien".

A Valentina y Mariangel por su amor y apoyo infinito todos los días de mi vida.

A Miranda, porque es incalculable la ternura y el amor que trajiste a nuestras vidas. Me inspiras todos los días a ser mejor persona, amada sobrina.

A Andrea por estar, cuidarme y escucharme. Eres luz en muchas ocasiones y a veces ni te das cuenta. Mi vida es mejor desde que tú estás.

A Anna, Aisnalit, Adonay, Nia y a todos los amigos que se han vuelto familia con el paso del tiempo, son una mantita al corazón e iluminan mi vida con su cariño.

A la Universidad Central de Venezuela, por permitirme ser parte de su historia y formarme para ver el mundo desde distintas perspectivas.

A los profesores que me guiaron durante mi formación, por ser ejemplo de profesionalismo, humanidad y perseverancia.

A los profesores María Verónica Martínez, Alexandra Cedré y Juan Rodríguez por guiarme como terapeuta. Me impulsaron a mejorar en cada asesoría y me demostraron con su ejemplo que la humanidad es inherente a esta profesión.

A nuestra tutora, por acompañarnos, guiarnos, motivarnos y transmitirnos paz en cada conversación.

A Dub, mi valiente amiga y compañera, sin ti habría sido más difícil el camino... Gracias por las risas, cuidados y paciencia.

A todas las personas que hicieron posible esta investigación, sin ustedes no habría sido concluida.

A Taniuska de 16 años, por soñar con egresar de esta universidad. Te honro con este logro, gracias por persistir.

A ustedes y a quienes me faltó por mencionar (y vaya que son muchos), les agradezco por formar parte de mi vida.

**Con Cariño,
Tani**

DEDICATORIA

DEDICATORIA

Desde el inicio de nuestra formación en psicología clínica dos profesoras muy apreciadas, nos enseñaron que cuando un psicólogo está frente a un paciente, debería recordar que es una persona que sufre... En este sentido, esta investigación va dedicada a todas las víctimas que ha dejado el suicidio a lo largo de los años.

También a quienes en el futuro presentarán comportamiento suicida. Anhelamos que se topen con psicólogos clínicos que cuenten con las competencias necesarias para acompañarles y guiarles en medio del sufrimiento.

Asimismo, nuestro trabajo también va dedicado a todos los psicólogos que ejercen la profesión teniendo a la empatía y la compasión presente durante su ejercicio.

Finalmente, esta investigación afianzó nuestro compromiso, procuraremos dedicar parte de nuestra labor profesional a divulgar y promover la prevención desde todos los espacios que nos sean posibles, porque la verdad es que hablar de suicidio salva.

RESUMEN

Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del comportamiento suicida

Ramos, D. y Tovar, T.

dubraska.ramosc@gmail.com y taniuskatovar97@gmail.com

RESUMEN

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública que día a día afecta a miles de personas. Desde la psicología se han establecido una serie de competencias que deben estar presentes al momento de realizar un abordaje terapéutico a los diversos problemas, incluyendo el abordaje del comportamiento suicida. Al respecto, la presente investigación tuvo como objetivo analizar las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos de los Colegios de Psicólogos de Miranda y Distrito Capital, ambos de Venezuela sobre la base del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) para abordar el comportamiento suicida. El presente estudio se realizó desde el tipo de investigación no experimental, con un diseño transeccional o transversal descriptivo, se contó con la participación de 13 psicólogos clínicos que han abordado dos o más casos de comportamiento suicida en su práctica profesional. Se elaboró, validó y aplicó un instrumento compuesto de 60 ítems basados en el marco de competencias mencionado. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presentan las competencias terapeutas descritas, sin embargo también se logró identificar el déficit de algunas competencias necesarias para alcanzar un abordaje terapéutico completo.

Palabras clave: competencias terapéuticas, suicidio, comportamiento suicida, investigación descriptiva, psicología clínica.

RESUMEN

Therapeutic competencies in psychologists for the approach of suicidal behavior

Ramos, D. y Tovar, T.

dubraska.ramosc@gmail.com y taniuskatovar97@gmail.com

ABSTRACT

Suicide has become a public health problem that affects thousands of people every day. Psychology has established a series of competencies that must be present when carrying out a therapeutic approach to the various problems, including the approach to suicidal behavior. In this regard, the present research aims to analyze the therapeutic skills possessed by clinical psychologists of the Colleges of Psychologists of Miranda and Capital District, both from Venezuela, on the basis of the Competency Framework for the Prevention of Self-harm and Suicide (NCCMH, 2018) to address suicidal behavior. The present study was conducted from the type of nonexperimental research, with a descriptive cross-sectional or translational design, with the participation of 13 clinical psychologists who have addressed two or more cases of suicidal behavior in their professional practice. A 60-item instrument was developed, validated and implemented based on the above competency framework. The results show that most of the participants present the described therapeutic competencies, however it was also possible to identify the deficit of some competencies necessary to achieve a complete therapeutic approach.

Keywords: therapeutic competencies, suicide, suicidal behavior, descriptive research, clinical psychology.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO REFERENCIAL	4
2.1 Suicidio	4
2.1.1 Incidencia del suicidio.....	5
2.1.2 Comportamiento Suicida.....	8
2.2 Competencias.....	9
2.2.1 Competencias terapéuticas en psicología	10
2.3 Antecedentes empíricos de las competencias terapéuticas en el comportamiento suicida ..	12
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV. OBJETIVOS	18
4.1. Objetivo General	18
4.2. Objetivos Específicos.....	18
V. MARCO METODOLÓGICO.....	19
5.1 Tipo de Investigación.	19
5.2 Diseño de Investigación.....	20
5.3 Participantes	20
5.4 Técnicas de recolección de información	22
5.5 Materiales.....	23
5.6 Procedimiento.....	23
5.6.1. Fase Preliminar	23
5.6.2. Fase de Aplicación.....	34

ÍNDICE DE CONTENIDOS

5.6.3. Fase de Análisis	35
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
VII. CONCLUSIONES	65
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS	70
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Datos sociodemográficos de los participantes.....	21
Tabla 2.	Valoración de conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio.....	24
Tabla 3.	Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones.....	25
Tabla 4.	Valoración de habilidades generales de comunicación.....	26
Tabla 5.	Valoración de diseño de propuestas de entrenamiento.....	27
Tabla 6.	Valoración de postvención.....	28
Tabla 7.	Valoración de enlace con otros.....	28
Tabla 8.	Valoración de competencias terapéuticas generales.....	29
Tabla 9.	Valoración de competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación.....	30
Tabla 10.	Valoración de evaluaciones de especialistas.....	31
Tabla 11.	Valoración de intervenciones específicas.....	32
Tabla 12.	Valoración de atención e intervención estructurada.....	33
Tabla 13.	Valoración de metacompetencias.....	34
Tabla 14.	Conocimientos de temas relacionados al suicidio y las autolesiones.....	36
Tabla 15.	Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones.....	37
Tabla 16.	Habilidades generales de comunicación.....	39
Tabla 17.	Diseño de Propuestas de Entrenamiento.....	40
Tabla 18.	Postvención.....	41
Tabla 19.	Enlace con otros.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 20.	Competencias terapéuticas generales.....	44
Tabla 21.	Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación...	45
Tabla 22.	Evaluaciones de especialistas.....	46
Tabla 23.	Intervenciones específicas.....	47
Tabla 24.	Respuestas al Ítem 52b. Indique ¿Cuál o cuáles son las estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia que utiliza para manejar la desregulación emocional?.....	49
Tabla 25.	Atención e intervención estructurada.....	50
Tabla 26.	Metacompetencias.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Conocimientos de temas relacionados al suicidio y las autolesiones.....	36
Figura 2.	Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones.....	38
Figura 3.	Habilidades generales de comunicación.....	39
Figura 4.	Diseño de propuestas de entrenamiento.....	40
Figura 5.	Postvención.....	42
Figura 6.	Enlace con otros.....	43
Figura 7.	Competencias terapéuticas generales.....	44
Figura 8.	Competencias de evaluación, formulación, compromiso y aplicación.....	45
Figura 9.	Evaluaciones de especialistas.....	46
Figura	Intervenciones específicas.....	48
10.		
Figura	Atención e intervención estructurada.....	50
11.		
Figura	Metacompetencias.....	51
12.		

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo	Traducción de las competencias planteadas por The National Collaborating	
1.	Centre for Mental Health [NCCMH] (2018).....	75
Anexo	Acuerdo de confidencialidad.....	
2.		191
Anexo	Formato de valoración de expertos.....	
3.		196
Anexo	Formato de soporte teórico.....	
4.		203
Anexo	Cuestionario.....	
5.		216
Anexo	Comunicación con los autores del Marco de Competencias para la Prevención	
6.	de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018).....	217

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la psicología comprende una serie de competencias que se instauran en el proceso de aprendizaje de la profesión y se desarrollan con la práctica de las mismas. Al culminar los estudios de pregrado, el profesional está dotado de una serie de habilidades que le permitirán abordar profesionalmente las situaciones que se le presenten. En cuanto a la intervención en casos que giran en torno al comportamiento suicida y sus variantes (ideaciones, gestos, intentos, acompañamiento a las víctimas secundarias), se requiere un ejercicio de la profesión que logre ofrecer una práctica eficaz para garantizar el bienestar del paciente y el diseño de programas de prevención.

El suicidio, ha estado presente durante toda la historia de la humanidad; a través de diferentes culturas, religiones y prácticas sociales se han ido realizando diversas aproximaciones al concepto de vida, muerte y las formas de morir. Asimismo, como fenómeno, su conceptualización varía según el cuerpo de conocimiento que lo aborde: psicología, sociología, antropología, entre otros. Por ello, su abordaje requiere de competencias especializadas para su manejo terapéutico, puesto que implica la cabal comprensión desde los múltiples factores que se correlacionan e interactúan entre sí (Andrade y Gonzáles, 2017).

A nivel mundial, según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020), las muertes por suicidio han ido en aumento, y Venezuela no escapa de esa realidad, diversos casos se han reportado a través de los medios de comunicación y redes sociales, la evidencia muestra un aumento del número de casos con esta problemática en el país, para lo cual la psicología como profesión orientada al cuidado de la salud, brinda a quienes la ejercen la posibilidad de desarrollar competencias específicas para el abordaje del suicidio.

Después de una revisión exhaustiva de literatura referente a la capacitación de los profesionales de la psicología en el abordaje del comportamiento suicida en Venezuela, no se evidenciaron propuestas sistemáticas orientadas a la capacitación de los mismos, la mayoría

INTRODUCCIÓN

apuntan a informar sobre el comportamiento, sus causas y algunos elementos terapéuticos durante la formación correspondiente al pre-grado, de allí que se pretendió realizar un análisis de las competencias terapéuticas presentes en los egresados cuyo ejercicio está adscrito a las jurisdicciones del Colegio de Psicólogos del Distrito Capital y del Colegio de Psicólogos del Estado Miranda, entes gremiales responsables de la supervisión y garantía de las buenas prácticas profesionales. En Venezuela, la actividad gremial y profesional de la Psicología está fiscalizada a nivel nacional por la Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV) y a nivel estatal por los Colegios de Psicólogos, que, de manera jerárquica, desde el punto de vista legal, forman parte de las instancias administrativas de la FPV, como se demuestra en los siguientes artículos de la Ley de Ejercicio de la Psicología (Congreso de la República, 1978):

Artículo 1° La profesión del Psicólogo y su ejercicio se rigen por la presente Ley y su Reglamento, los reglamentos internos y por el Código de Ética Profesional que dictare la Federación de Psicólogos de Venezuela. (p. 1).

Artículo 9° Los Colegios de Psicólogos son corporaciones profesionales con personalidad jurídica y patrimonio propio constituido a los fines previstos en la presente Ley. (p. 9).

Artículo 10 En el Distrito Federal (Actualmente Distrito Capital), en cada uno de los Estados de la República y en los Territorios Federales, existirá un Colegio que tendrá su asiento en la capital respectiva. (p. 9).

En este orden de ideas, la presente investigación fue desarrollada a partir de cinco apartados. En el primero, se presenta el marco referencial, que contiene una revisión de las investigaciones tomadas como antecedentes de este estudio, algunas de las cuales abordan las competencias específicas para el abordaje del comportamiento suicida.

INTRODUCCIÓN

El segundo, expone tanto el planteamiento del problema, como la justificación de la necesidad del análisis en torno a las competencias terapéuticas de los profesionales de la psicología para el abordaje del comportamiento suicida, se evidenció la escasez de referencias bibliográficas locales y se presentaron las cifras de decesos por suicidio, aspectos que motivaron la realización de este trabajo. En el tercero, se encuentra el objetivo general y los objetivos específicos del presente estudio. Con la finalidad de dar respuesta a los objetivos, el trabajo se enmarcó dentro de una metodología Tuning, por lo que el cuarto apartado contiene lo referente al marco metodológico utilizado en la misma para obtener los resultados que son descritos en las fases que componen esta investigación.

En el quinto apartado, se presenta la discusión de los resultados obtenidos sobre las doce competencias terapéuticas para abordar el comportamiento suicida del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018), la sexta parte contiene las conclusiones derivadas del presente estudio, y finalmente en el séptimo apartado se presentan limitaciones y recomendaciones que surgen en la presente investigación.

MARCO REFERENCIAL

II. MARCO REFERENCIAL

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio de campo, se presentan los conceptos relevantes a saber: el suicidio como evento, la incidencia del mismo y el comportamiento suicida; las competencias terapéuticas, adicionalmente, se plantean los antecedentes empíricos tomados como referentes en el área.

2.1 Suicidio

Etimológicamente, la palabra suicidio deriva del latín *Sui* que hace referencia a “sí mismo”, y *cederé*, que significa “matar”, por tanto, suicidio significa “matarse a sí mismo” o un acto de muerte voluntaria (Córdova, Rosales, Caballero, y Rosales, 2007; Chávez, 2010; Daray, 2016; Ortega, 2018). Durkheim (1897) definió el suicidio como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, realizado por la víctima misma, conociendo el resultado que obtendría de su acción. Por su parte, Stengel (1965) señaló que suicidio significa el acto fatal e intento de suicidio el acto no fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con intención autodestructiva, no obstante vaga y ambigua. Sin embargo, para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016), el acto suicida no necesariamente conlleva a la muerte, pues define el suicidio como cualquier acto por el que persona se causa a sí mismo un daño, con un grado variable de la intención de morir.

En la misma línea de idea, Martínez (2007) plantea que “el suicidio es un proceso complejo multideterminado que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado.” (p.63). Por ello señala que se podría definir el suicidio como “el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales” (Martínez, 2007, p.63).

MARCO REFERENCIAL

A continuación, se presenta lo referente a la incidencia del fenómeno del suicidio según lo revisado por diversas entidades.

2.1.1 Incidencia del suicidio

En el 2012, según la OMS (2014), se registraron en el mundo aproximadamente 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial, ajustada según la edad, de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Ahora bien, como este comportamiento es sensible, incluso ilegal en algunos países, es probable que exista cierta sub-notificación de las cifras. En diversos países el suicidio puede estar clasificado como muerte por accidente o por otra causa, razón por la cual las cifras son meras aproximaciones. Debido a esto el registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra diversos entes, inclusive en algunos casos a la policía.

Mundialmente los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas en hombres y un 71% en mujeres. Asimismo, respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres, en casi todas las regiones del mundo; sin embargo, algunos países presentan tasas más elevadas entre jóvenes. Se debe agregar que las estadísticas señalan que mundialmente el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014).

Con respecto a las cifras publicadas por la OMS en septiembre del 2019, indican que cerca de 800.000 personas se quitan la vida cada año, lo que representa que cada 40 segundos se suicida una persona. Cada caso afecta a familias, comunidades y países, y tiene efectos duraderos para los seres cercanos del suicida. El suicidio es descrito por la OMS (2014) como un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo; las estadísticas señalan que más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Por ello, la OMS (2013) elaboró el plan de acción de salud mental 2013-2020, en el que se acordó que la prevención del suicidio es una de las prioridades. En el plan se incluyeron

MARCO REFERENCIAL

herramientas de prevención y promoción para la salud mental, teniendo como meta la disminución de la tasa de suicidio en un 10% para el 2020.

En cuanto a América Latina, históricamente las tasas de suicidio son inferiores al promedio mundial, aunque los datos señalan marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países. En el informe regional de la OPS publicado en el 2014 se proporciona una mirada general de los estándares de mortalidad por suicidio en la Región de las Américas y en sus subregiones.

Siendo así que con aproximadamente 65.000 muertes anuales por suicidio y una tasa de mortalidad según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio compone un problema de salud pública de gran importancia en las Américas. Desde una matriz subregional, el Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009, mientras que las tasas más bajas se percibieron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y de América del Sur. No obstante, en algunos países del Caribe no hispano los datos son escasos por lo que las tasas se deben comentar con cautela (OPS, 2014).

En los últimos años se han presentado cifras más elevadas, observándose una tendencia en aumento a partir del 2015, y las cifras más elevadas conocidas están entre 2017-2018 comparado con los 80 años de registros estadísticos de esta causa de muerte en el país. Según el Observatorio Venezolano de Violencia [OVV] (2020), los suicidios han aumentado en medio de un conflicto social, económico y político-institucional, esto concuerda con lo planteado por Durkheim (1847), quien señala que “cuando se producen graves reorganizaciones debidas a un inesperado movimiento de crecimiento o a un cataclismo inesperado, el ser humano se mata fácilmente” (p. 211).

A partir de los datos aportados por la OPS (2014), la tasa de suicidios ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,2 por 100.000 habitantes para ambos sexos. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes, vinculadas para

MARCO REFERENCIAL

ambos sexos, concertadas según la edad, fueron las siguientes: América del Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5,3; Suramérica, 5,2; y Caribe no hispano, 7,4. De incluirse todos los grupos de edad, el suicidio en la Región constituiría la 36.^a causa principal de muerte; la 21.^a entre los hombres y la 46.^a entre las mujeres.

Según el Boletín de Salud Mental, Conducta Suicida y Enfermedades No Transmisibles (2018) publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2009 y 2016 fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos, en 2017 la cifra de suicidios (preliminar) fue de 2.097. En la misma línea de ideas, el boletín señala que el suicidio es más frecuente en hombres, en los cuales las tasas de mortalidad son de 3 a 4 veces más altas que en las mujeres, el 81% de las muertes son en hombres y el 19% en mujeres, el evento se presenta más en los solteros.

En Venezuela, los registros oficiales ofrecidos por el Ministerio de Poder Popular para la Salud (2014) señalan que en el 2012 se llevaron a cabo 729 suicidios, el 82% de ellos fue consumado por hombres y 18% por mujeres. Asimismo, las cifras publicadas por el mismo ente, refieren que en el año 2013 en el país fallecieron 616 personas a causa de suicidio, de los cuales el 81% fueron hombres y el 19% mujeres. Posteriormente, el Ministerio Poder Popular para la Salud (2015), en el reporte de mortalidad de 2014, se registraron 569 suicidios en el territorio nacional, el 83% de los casos registrados fueron cometidos por hombres, mientras que los casos realizados por mujeres representaron el 17% de las muertes. Es importante resaltar que las cifras presentadas anteriormente son los últimos registros oficiales que se tienen de los casos de suicidio en el país. No obstante, antes como el Observatorio Venezolano de Violencia presentan cifras actuales, sin embargo, los datos ofrecidos por los mismos no son confirmados por el Estado.

Por consiguiente, en un estudio publicado por el OVV (2020), se registró que hubo un incremento en la tasa estimada de suicidios en Venezuela de 3,8 (2015) a 8,3 (2017) y 9,7 suicidios por cada 100.000 habitantes (2018). Lo que se puede observar es un aumento

MARCO REFERENCIAL

porcentual entre 2015-2017 y 2015-2018 en la ocurrencia de muertes autoinfligidas de aproximadamente el 132 y 153%.

En los párrafos anteriores se evidencia un aumento significativo de muertes por suicidio; para fines de la presente investigación, se hablará del comportamiento suicida debido a que dentro de este campo de trabajo se incluye aquellas categorías de dicho comportamiento, sin llegar necesariamente al punto de culminar con su vida.

2.1.2 Comportamiento Suicida

El comportamiento suicida comprende ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados. Las ideas se refieren a pensamientos intrusivos acerca de la muerte y el deseo de morir (Roselló y Berríos, 2004); el intento suicida es un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008); por su parte, la amenaza suicida, es cuando la persona a pesar de tener los medios no alcanza su objetivo. Al estudiar el comportamiento suicida se debe partir de tres supuestos básicos: es un acto voluntario, el individuo desea morir y percibe su situación como intolerable e irremediable (Roselló y Berríos, 2004; Pérez y cols, 2008; Ortega, 2018).

Asimismo, Martínez (2007) señala que la literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

- a) **Ideaciones suicidas:** Comprenden distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir, elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney, 1989 c.p. Martínez, 2007).
- b) **Parasuicidios:** Comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia

MARCO REFERENCIAL

a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro (Martínez, 2007).

- c) **Suicidios:** Incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la cual los realiza con intención (Martínez, 2007). Adicionalmente, autores como Farberow (1980 c.p. Martínez, 2007) consideran que es importante ocuparse de los denominados “suicidios indirectos”: accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria.

Además, Martínez (2007) plantea que el suicidio generalmente no es producto de una decisión espontánea, la secuencia autodestructiva se desarrolla desde el sufrimiento de una persona y se manifiesta a través de indicadores. Estos indicadores, junto con los factores de riesgo y las condiciones de potencial suicida, permiten predecir, prever y prevenir tanto los eventos en curso como nuevos acontecimientos autolesivos una vez ocurrido el primer intento. También cabe afirmar que una intervención no asegura de por sí la interrupción inmediata de tal producción destructiva, y que las primeras construcciones de la intervención en crisis convivirán paradójicamente con las manifestaciones de dicha producción (Martínez, 2007).

En este sentido, se considera importante que un profesional de la psicología clínica cuente con aquellas competencias pertinentes de su ejercicio. A continuación se describe lo referente a competencias terapéuticas.

2.2 Competencias

El término competencia, se le considera una referencia común en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la educación superior a nivel mundial. Cada día se hace más referencia a la *formación por competencias* o *centrada en las competencias* como bases esenciales para lograr los objetivos de cualquier proceso destinado a la formación de profesionales para afrontar los

MARCO REFERENCIAL

retos presentes y futuros de la sociedad a la cual se enfrentarán mediante el ejercicio de su profesión (Machado y Montes, 2020).

Las competencias han sido definidas de diversas formas, según al ámbito que sean suscritas, para efectos de la presente investigación se toma como referente la siguiente definición propuesta por The National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH] (2018) quienes señalan que la competencia es la *integración* de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la práctica, y la *capacidad de aprovechar y aplicar dichos conocimientos en diferentes situaciones*.

Existen diferentes modelos de formación por competencias, algunos aluden a la contextualización desde el área de la formación, otros ofrecen listados de comportamientos terminales producto de la formación en si misma (Gonzalez y Wagenaar, 2006 y Tuning-Alfa, 2007). En la presente propuesta se optó por un modelo de competencias orientado al desarrollo de las mismas durante el proceso formativo, ya que, principalmente se buscó analizar si están presentes, competencias terapéuticas concretas orientadas al abordaje del comportamiento suicida, en egresados de los diferentes programas formativos de pre-grado de la formación disciplinar de psicología en Venezuela.

2.2.1 Competencias terapéuticas en psicología

Son un conjunto de áreas de conocimiento y habilidades fundamentales que emplean los terapeutas en todas las intervenciones de su práctica clínica, y están centradas tanto en su aprendizaje teórico como en su estilo de interacción (Ruiz, 1998 c.p. Rodríguez y Salinas, 2011). En este orden de ideas, International Association of Applied Psychology [IAAP] (2016) elabora la Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional, donde se propone algunas competencias tales como:

MARCO REFERENCIAL

- Poseer conocimientos sobre teorías, constructos, métodos y prácticas en psicología y una metodología de investigación como apoyo a sus competencias.
- Utiliza códigos éticos vigentes para su práctica profesional y su propia conducta.
- Resuelve los dilemas éticos presentados en el ejercicio profesional utilizando un enfoque apropiado.
- Sigue las mejores prácticas conocidas en psicología.
- Ejerce dentro de los límites de su competencia profesional.
- Consulta a pares y otras fuentes relevantes cuando es apropiado.
- Hace derivaciones o remisiones a otros cuando es apropiado.
- Establece, mantiene y desarrolla relaciones de trabajo con colegas de psicología y otras profesiones.
- Adopta una orientación basada en la evidencia para realizar evaluaciones, intervenciones, provisión de servicios y otras actividades psicológicas.
- Identifica necesidades de evaluación en individuos, grupos, comunidades, organizaciones, sistemas o en la sociedad.
- Selecciona, diseña y desarrolla evaluaciones, usando métodos apropiados para cumplir los objetivos y propósitos de la actividad.
- Realiza evaluaciones incluyendo aplicación, análisis, interpretación, retroalimentación y elaboración de informe de resultados.
- Planifica y realiza intervenciones psicológicas con individuos, grupos, organizaciones, comunidades o sistemas en la sociedad.
- Evalúa la utilidad y eficacia de sus propias intervenciones.
- Utiliza los resultados obtenidos en la evaluación para revisar y modificar las intervenciones, cuando sea necesario.

Ahora bien, con la finalidad de profundizar en los planteamientos sobre las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida, se presentan a continuación los antecedentes empíricos. Los mismos detallan una serie de investigaciones que se tomarán como referentes en el presente estudio.

2.3 Antecedentes empíricos de las competencias terapéuticas en el comportamiento suicida

En la psicología se han realizado diversas investigaciones para conocer sobre el comportamiento suicida y su abordaje, destacando la importancia en la prevención de este fenómeno a través de la identificación de factores de riesgo y de protección, con énfasis en el presente estudio, se presentan las siguientes investigaciones que se toman como referentes.

La primera investigación, fue realizada en Cuba, titulada “Enfrentamiento especializado al paciente suicida” realizado por Guibert (2002) tuvo como objetivo exponer los principales aspectos que debe contener una terapia psicológica específica para personas que han realizado un intento de suicidio. Concretamente, caracterizan los pasos a seguir en el tratamiento terapéutico, así como también los factores para el manejo de estos pacientes que consideran que el terapeuta o personal especializado debe manejar, así como las habilidades para lograr calidad y eficiencia en la atención a los pacientes con intención suicida.

La segunda investigación revisada, es el Libro Blanco de Psicología, realizado por Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA] (2005), en el mismo se mencionan las competencias necesarias para ejercer la Psicología en Europa, describe cuáles se deben adquirir antes y después de titularse, las mismas van desde conocimientos básicos y específicos de Psicología hasta aspectos personales como comunicación asertiva, compromiso ético, capacidad de trabajar en equipo, responsabilidad, compromiso social, sensibilidad a los problemas y preocupación por el desarrollo de las personas, entre otras.

Por otra parte, la tercera investigación, fue realizada en Gran Bretaña, titulada: el Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios realizada por The National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH] (2018). Describe un marco de competencias, creado a partir del conocimiento de expertos profesionales y voluntarios que trabajan en la salud mental, para el abordaje de este fenómeno. Afirman que las competencias son la integración de

MARCO REFERENCIAL

conocimientos, habilidades y actitudes; que son relevantes para su práctica, e implica el ser capaz de aplicar el conocimiento adquirido, así como la capacidad de utilizar las habilidades relevantes en diversas situaciones con una actitud apropiada. Este marco reúne un conjunto de competencias específicas para trabajar de forma efectiva. En el anexo 1, se presenta la traducción de las competencias planteadas por The National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH] (2018).

En la cuarta investigación revisada, Giraldo (2019) buscó conocer cuáles son las representaciones que tienen los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente con respecto al suicidio, factores asociados, programas y métodos de intervención, así como las competencias necesarias e identificadas en ellos para su respectiva intervención terapéutica. La metodología utilizada fue mixta, con un diseño secuencial no experimental de carácter exploratorio; los resultados señalaron que los estudiantes evaluados presentaron un manejo adecuado sobre el tema, que dicho conocimiento no proviene en gran medida de los espacios de formación académica- profesional, siendo la práctica en diversos casos, el escenario que exige revisión de métodos de intervención.

El cuestionario formulado permitió conocer la definición de suicidio, métodos de intervención, conocimiento sobre programas locales, conocimiento de programas departamentales, conocimiento de programas nacionales, casos de intento abordados en prácticas, información del tema conceptual, información acerca de las fuentes de información, competencias para intervenir, suicidio en relación al sexo, suicidio en relación a la edad, causas del suicidio, factores protectores, profesionales que lo abordan, entre otros.

Finalmente, la quinta investigación revisada, fue realizada por Barrera, Sotelo, Ramos y Molina (2021), la cual tuvo como objetivo identificar la importancia y el grado de desarrollo de las competencias profesionales del psicólogo en estudiantes de psicología de último semestre, y comparar los resultados en función del sexo de los estudiantes. En la misma participaron 72 estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en psicología de una institución educativa al noroeste de México con una edad promedio de 22 años, 72.22% mujeres y 27.77% hombres, se

MARCO REFERENCIAL

empleó un instrumento que evaluó la importancia y grado de desarrollo de las competencias profesionales específicas y transversales del psicólogo. Los resultados señalan que los estudiantes consideran importantes todas las competencias, y expresan haberlas desarrollado durante su formación universitaria.

Partiendo de lo expuesto hasta ahora, se presenta a continuación la delimitación del planteamiento del problema que se pretende abordar en la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde sus inicios la psicología como profesión ha enfrentado diversos retos en torno a la forma en que se aproxima a su objeto de estudio, esta discusión ha tomado distintas aristas y permitido una variedad de conclusiones en cuanto a las formas en que puede ser abordado un mismo fenómeno. En la actualidad, con el auge del cuidado de la salud mental es de suma importancia contar con psicólogos comprometidos, atentos y flexibles para ayudar y acompañar a otros en problemas complejos, e intentar responder a la demanda que la sociedad y la cultura contemporánea plantea.

Por tanto, es fundamental que los psicólogos clínicos mantengan una formación continua, supervisada, con una labor en equipo y con las competencias necesarias para el ejercicio profesional. De esta manera, es importante que el psicólogo clínico adquiera todas aquellas prácticas pertinentes a las competencias terapéuticas, es decir, el manejo teórico y ejecución del mismo de manera eficaz (González, 2002; Marín y Tamayo, 2022).

Como se ha mencionado en la presente investigación, a nivel mundial se han realizado diversas propuestas de competencias para el ejercicio de la psicología, así como un marco de competencias específicas para el abordaje del comportamiento suicida que se han tomado como referentes (ANECA, 2005; Gonzalez y Wagenaar, 2006 y Tuning-Alfa, 2007; NCCMH, 2018). En países como Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y Chile (Inostroza, 2022) han señalado en documentos oficiales que el psicólogo tiene un rol fundamental en el adecuado abordaje terapéutico del comportamiento suicida, se espera que el psicólogo sepa responder desde su formación a las necesidades que se articulan en torno al suicidio.

En Venezuela, el estudio llevado a cabo por la OVV (2020) entrevistó a profesionales de diversas áreas, quienes presentaron las siguientes propuestas para promover la prevención del suicidio: mejorar la calidad de atención a personas con patologías mentales, fomentar la visibilidad y desensibilización de las enfermedades mentales, promover orientación sobre la

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

prevención del suicidio a estudiantes y a la comunidad en general, y conformar grupos de apoyo con el acompañamiento de profesionales (psiquiatras y psicólogos) que guíen en la orientación de personas que han intentado o pretenden intentar suicidarse, igualmente en la creación de campañas preventivas de salud mental, así como programas públicos permanentes en esta materia.

Adicionalmente, autores como Santiago (2000), Tellería (2008), Pérez y Vásquez (2010) y Ferrer (2013) han abordado el comportamiento suicida desde diversas perspectivas, sin embargo, la investigación respecto a las competencias terapéuticas para el abordaje de la conducta suicida no ha sido ampliamente desarrollada aún. Es alarmante el incremento de reportes de personas que han sido víctimas o que conocen casos cercanos de suicidio en todos sus aspectos, existen dudas sobre a quién asistir por ayuda y respecto al tipo de praxis que se le da a esta problemática.

Diversos profesionales se han agrupado con el fin de dar una mejor respuesta a las diferentes problemáticas que existen en el país desde la psicología, tales son el caso de la Federación de Psicólogos de Venezuela, Psicólogos Sin Fronteras, Colegios de Psicólogos, entre otros. Esta problemática ha llevado a la necesidad de fomentar la praxis para el abordaje del comportamiento suicida. Sin embargo, no se ha profundizado en la estructura de las competencias terapéuticas para el manejo del comportamiento suicida; por tanto, lograr especificarlas es de suma importancia.

En este sentido, conociendo que la psicología tiene diversas formas de abordaje a un mismo fenómeno, una problemática como el comportamiento suicida debería tener un consenso en la forma de abordarlo, o al menos, un acuerdo en las competencias del psicólogo para el manejo del mismo, actualmente en el país, se desconoce la existencia de algún registro que mencione estas competencias.

De acuerdo con lo planteado por Martín (2016), todo profesional que busque brindar intervenciones para adultos que se autolesionaron y/o presentan comportamientos suicidas,

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

deben tener un conocimiento específico de los problemas de salud mental basado en su capacitación y experiencia profesional, así como habilidades de su estilo de interacción. Este conforma la base central que permite a los profesionales desenvolverse en casos que se centren específicamente en el comportamiento suicida, que, además de ser un problema social, constituye un problema de salud que afecta sobre todo la salud mental, tanto de las víctimas directas como de las secundarias que experimentan las secuelas de esta problemática a través de pérdidas irreparables.

A raíz de lo mencionado, surge el interés de analizar las competencias terapéuticas que necesita un psicólogo para el abordaje del comportamiento suicida. Específicamente, es de suma importancia analizar a partir del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) ¿cuáles son las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Psicólogos de Miranda y Distrito Capital para abordar el comportamiento suicida?

OBJETIVOS

IV. OBJETIVOS

En el presente apartado se establecen los objetivos que regirán la investigación.

4.1. Objetivo General

- Analizar las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios del Estado Miranda y Distrito Capital sobre la base del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) para abordar el comportamiento suicida.

4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las competencias terapéuticas para abordar el comportamiento suicida, en psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Psicólogos de Miranda y Distrito Capital.
2. Describir la ejecución de las competencias terapéuticas para abordar el comportamiento suicida por parte de los psicólogos clínicos.
3. Comparar los hallazgos encontrados en los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Miranda y Distrito Capital con la propuesta del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018).

MARCO METODOLÓGICO

V. MARCO METODOLÓGICO

Según Arias (2012) el método hace referencia a la planificación necesaria de los procedimientos para desarrollar una investigación. Es decir, comprende la descripción del tipo, nivel y diseño de investigación, así como, la definición de los participantes a considerar, el procedimiento a realizar, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procesamiento de los mismos.

5.1 Tipo de Investigación.

El presente estudio es una investigación no experimental, la cual es entendida como la búsqueda empírica y sistemática en las que no se posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables (Kerlinger y Lee, 2002).

En la misma línea de ideas, esta investigación se fundamenta en la metodología Tuning, según Gonzalez y Wagenaar (2006), se combinan pasos claramente diseñados con una perspectiva flexible que permite la adaptación a diferentes contextos. A partir de esta metodología se contempla: la definición del perfil, la identificación de competencias a través de una evaluación de presencia/ausencia de las mismas, definición del diseño de programa de competencias, posteriormente se evalúa y mejora a partir de la información obtenida, esto permite optimizar la calidad de los programas evaluados. El objetivo principal de la metodología Tuning, es la búsqueda de consensos que contribuyan al avance, desarrollo y consolidación de formaciones por competencias de forma articuladas.

Para llevar a cabo los objetivos de esta investigación, se realizó un estudio descriptivo, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro

MARCO METODOLÓGICO

fenómeno. En palabras de Guevara, Verdesoto y Castro, “el objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (2020, p. 171).

5.2 Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación fue transeccional o transversal descriptivo, el cual tiene como objetivo describir una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación. El procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, en una variable o concepto y proporcionar su descripción (Hernández y cols, 2010).

Este diseño permitió realizar un análisis descriptivo de las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida que presentaron los psicólogos clínicos al momento de la evaluación. Se buscó analizar la presencia o ausencia de las competencias en los participantes, los cuales se consideraron aptos para participar en la evaluación, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos.

5.3 Participantes

El gremio de psicólogos en Venezuela, tal como se indicó, está conformado por la Federación de Psicólogos de Venezuela, la cual es una corporación de carácter profesional y gremial, constituida por los Colegios de Psicólogos del país, para la defensa de la moral y dignidad profesional, de los intereses económicos y gremiales de la profesión, para fomentar los nexos de solidaridad y mutua ayuda entre los profesionales que la integran, y para promover

MARCO METODOLÓGICO

ante la sociedad el reconocimiento de la misión inherente a la profesión del Psicólogo (FPV, 2023).

Tomando en cuenta lo anterior, en el país, para poder ejercer legalmente la psicología, se debe estar inscrito a la Federación de Psicólogos de Venezuela, así como al Colegio de Psicólogo que circunscriba el área en la que ejerce. En esta investigación los participantes fueron trece (13) psicólogos clínicos inscritos en los Colegios de Psicólogos de los Estados Miranda (3) y Distrito Capital (10), se realizó contacto con los presidentes de ambos colegios, y se les compartió el cuestionario, el cual difundieron en los grupos de comunicación (Whatsapp y Telegram) de sus agremiados; con la finalidad de garantizar de quienes tuvieran acceso al cuestionario estuviesen federados y cumplieran con los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión que se emplearon para seleccionar a los participantes fueron: que sean psicólogos clínicos adscritos a los colegios de los estados mencionados y que hayan abordado previamente el comportamiento suicida en el ámbito profesional, específicamente, dos (2) o más casos en su práctica profesional. La tabla 1, describe los datos sociodemográficos de los participantes de la investigación.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los participantes.

Participante	Edad	Años ejerciendo	¿Colegio de Psicólogos en que está inscrito?	¿Cuántos casos de comportamiento suicida ha atendido?
1	59	36 años	Distrito Capital	más de 10
2	50	8 años	Miranda	5-7
3	33	5 años	Distrito Capital	8-10
4	69	44 años	Miranda	2-4
5	49	12 años	Distrito Capital	más de 10
6	27	5 años	Miranda	8-10
7	26	1 año y medio	Distrito Capital	más de 10
8	25	Seis meses	Distrito Capital	2-4
9	53	21 años	Distrito Capital	2-4
10	25	1 año	Distrito Capital	2-4
11	29	1 año	Distrito Capital	5-7
12	28	1 años	Distrito Capital	2-4

MARCO METODOLÓGICO

13	41	12 años	Distrito Capital	más de 10
----	----	---------	------------------	-----------

La tabla 1 presenta la información sociodemográfica de los 13 psicólogos clínicos que completaron el formulario. En la misma se evidencia que 10 de los participantes son agremiados del colegio de psicólogos de Distrito Capital y 3 están adscritos al colegio de psicólogos de Miranda. Además, 4 de los participantes han abordado terapéuticamente más de 10 casos de comportamiento suicida, 1 informó que ha abordado entre 8 y 10 casos, 2 respondieron que han abordado entre 5 y 7 casos y 5 de los participantes han abordado entre 2 y 4 casos.

5.4 Técnicas de recolección de información

La técnica de recolección de información fue el cuestionario, el mismo según Guevara y cols (2020) se utiliza para recabar información respecto a las percepciones, opiniones o representaciones de las personas, asimismo, puede estar compuesto por preguntas abiertas o cerradas formuladas con precisión; las cuales deben ser claras y relevantes. La elección de esta técnica de recolección de información se debe a que no se cuenta con instrumentos estandarizados respecto a este fenómeno y la información encontrada ha sido escasa; en este sentido, y en consideración por lo planteado por Hernández y cols. (2010), las técnicas cualitativas son de utilidad cuando el fenómeno no ha sido medido anteriormente o se haya poca información respecto al problema, tal como sucede en la presente investigación.

Este estudio consideró para la recolección de los datos realizar un cuestionario, se seleccionó un panel de expertos al cual se le suministró el Marco de Competencias propuesto por NCCMH (2018), dos artículos científicos titulados Tuning Educational Structures in Europe (González y Wagenaar, 2006) y Tuning-América Latina: un proyecto de las universidades (González, Wagenaar y Beneitone, 2004); posteriormente se les proporcionó el cuestionario elaborado, y se les solicitó la valoración de dicho cuestionario a partir de información suministrada previamente, para que evaluaran la pertinencia de las preguntas propuestas.

MARCO METODOLÓGICO

5.5 Materiales

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, se elaboraron distintos materiales: acuerdo de confidencialidad (ver Anexo 2), formato de valoración de expertos (ver Anexo 3), y formato de soporte teórico (ver Anexo 4), los cuales fueron enviados a los cinco psicólogos clínicos que fungieron en calidad de jueces expertos para la investigación.

Luego de la fase de validación, se presentó el cuestionario (ver Anexo 5) a través de la herramienta de Google Formularios a los participantes, quienes tuvieron la oportunidad de completar el cuestionario de forma online a través de sus dispositivos móviles y/o computadoras.

5.6 Procedimiento.

El procedimiento para describir las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Miranda y Distrito Capital para abordar el comportamiento suicida, se desarrolló a partir de tres fases: (1) preliminar, (2) aplicación y (3) análisis. A continuación se describe a detalle cada una de las fases.

5.6.1. Fase Preliminar

La primera fase consistió en la búsqueda exhaustiva de bibliografía que respalda la investigación para describir las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos de Miranda y Distrito Capital para abordar el comportamiento suicida. También, se realizó la planificación de los materiales, específicamente se diseñó un cuestionario a partir del Marco de Competencias realizado por NCCMH (2018) que permitió cumplir con los objetivos de la investigación.

MARCO METODOLÓGICO

Luego de elaborar el cuestionario, fue puesto a discusión de jueces expertos, a quienes se les suministró previamente un acuerdo de confidencialidad para evitar la divulgación del material que se le iba a suministrar, luego de recibir el acuerdo completado, se le suministró el soporte teórico creado a partir del marco de competencias para orientar la evaluación junto con el formulario para la valoración. Estos jueces expertos fueron psicólogos clínicos con al menos tres años de experiencia que han abordado tres o más casos relacionados con el comportamiento suicida. La información obtenida en esta fase, se utilizó para realizar los ajustes necesarios en el cuestionario, a continuación se presenta a detalle las modificaciones que se realizaron en el cuestionario a partir del feedback de los jueces expertos, en las tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

Tabla 2.

Valoración de conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio.

N	Enunciados tentativos de Conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio	Congr			Relev					Red					
1	Maneja información teórica respecto al comportamiento suicida. Esto incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia del comportamiento suicida, d) conocimiento del impacto del comportamiento suicida en los demás.	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1
2	Conoce cifras de incidencias del comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	1	4	1	4	1	1	1	0
3	Posee marcos de conocimientos para comprender el comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	3	3	1	4	1	0	1	1
4	Conoce el impacto de las desigualdades sociales en el comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	4	2	1	4	1	1	1	0

En la tabla 2, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio. Los ítems 1, 2 y 4 se mantuvieron debido a que la mayoría de los expertos consideraron

MARCO METODOLÓGICO

que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, el ítem 3 se modificó la redacción de “posee marcos de conocimientos para comprender el comportamiento suicida” cambio a “¿posee marcos de conocimientos que permiten comprender el comportamiento suicida?”

Tabla 3.

Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones.

Enunciados tentativos de Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones	Congr					Relev					Red				
5 Maneja la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida. Esto incluye mostrar en el abordaje clínico la capacidad de manejar el marco legal con respecto a las personas con comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	3	3	1	4	1	0	0	0	1
6 Conoce y puede realizar actividades siguiendo políticas legales, consentimiento informado, contratos conductuales, comunicación con redes de apoyo y entes de legislación.	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
Conoce las implicaciones necesarias para llevar a cabo una intervención en casos con comportamiento suicida.	1	1	0	1	1	4	3	0	1	4	1	0	0	1	1
Es capaz de identificar la capacidad de una persona para la toma de decisiones y para seguir un tratamiento	1	1	0	1	1	4	1	0	1	4	1	0	1	0	0
7 Conoce y puede evaluar la capacidad para: a) toma de decisiones, b) comunicación de decisiones, c) comprensión de decisiones y d) retención mantenimiento de la información de decisiones	1	1	0	1	1	4	4	0	1	4	1	1	1	1	1
8 Posee la habilidad para consultar con otros especialistas	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	0	1	0

MARCO METODOLÓGICO

Posee habilidad para incorporar los criterios de supervisión y/o asesoría	1	1	1	1	1	4	1	4	1	4	1	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

En la tabla 3, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems de las competencias de profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones. Los ítems 6,7 y 8 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, en el ítem 5, se modificó la redacción de “Maneja la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida. Esto incluye mostrar en el abordaje clínico la capacidad de manejar el marco legal con respecto a las personas con comportamiento suicida” cambió a “¿Maneja la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida?”. Por su parte, fueron eliminados los ítems “conoce las implicaciones necesarias para llevar a cabo una intervención en casos con comportamiento suicida”, “es capaz de identificar la capacidad de una persona para la toma de decisiones y para seguir un tratamiento”, “posee habilidad para incorporar los criterios de supervisión y/o asesoría”, debido a que no se contó con la aprobación de la mayoría de los jueces expertos

Tabla 4.

Valoración de habilidades generales de comunicación

Enunciados tentativos de Habilidades de comunicación genéricas	Congr	Relev	Red												
Posee habilidades básicas de comunicación para brindar apoyo a otra persona	1	1	1	1	1	4	4	3	1	4	1	1	1	1	0
9 Posee capacidad de desprofesionalizar el lenguaje técnico para involucrar a la otra persona	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
10 Posee habilidades de comunicación no verbal (escribir, dibujar, jugar)	1	1	1	0	1	4	3	4	0	4	1	0	1	-	1
11 Posee habilidades para comunicarse con personas neurodivergentes	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
12 Tiene la capacidad de brindar información sobre otras fuentes	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1

MARCO METODOLÓGICO

de apoyo que pueden ser de ayuda

En la tabla 4, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de habilidades generales de comunicación. Los ítems 9, 10 y 12 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, en el ítem 11, se modificó la redacción de “posee habilidades para comunicarse con personas neurodivergentes” a “¿posee habilidades para comunicarse con personas con trastorno del neurodesarrollo?”. Por su parte, fue eliminado el ítem “posee habilidades básicas de comunicación para brindar apoyo a otra persona”, debido a que no se contó con la aprobación de la mayoría de los jueces expertos.

Tabla 5.

Valoración de diseño de propuestas de entrenamiento.

Enunciados tentativos de Capacitación		Congr					Relev					Red				
13	Capacidad de generar contenido que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
14	Capacidad de transmitir información que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida	1	1	1	1	1	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1
15	Capacidad de promover la prevención y concientización mediante el empleo de programas de formación psicoeducativa	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
16	Capacidad para planificar y diseñar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1

En la tabla 5, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de diseño de propuestas de entrenamiento. Los ítems 13 y 14 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, los ítems 15 y 16, cambiaron de “capacidad de promover la prevención y concientización a mediante el empleo de programas de formación

MARCO METODOLÓGICO

psicoeducativa través de formaciones” y “capacidad para planificar y realizar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida” a “¿capacidad de promover la prevención y concientización mediante el empleo de programas de formación psicoeducativa?” y “¿capacidad para planificar y diseñar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida?”.

Tabla 6.

Valoración de postvención.

	Enunciados tentativos de Postvención	Congr					Relev					Red					
17	Tiene conocimiento sobre la postvención relacionada con suicidio	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1	0
18	Maneja la terminología referente a postvención y sus implicaciones	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1	1
19	Posee conocimientos acerca del duelo por suicidio	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1	1
20	Es capaz de abordar casos de víctimas indirectas/secundarias de suicidio	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1	0
21	Puede dirigir intervención grupal después de un suicidio	1	1	1	1	1	4	4	0	1	4	1	1	1	1	1	1
22	Puede comunicar asertivamente información sobre la muerte por suicidio de una persona	1	1	1	1	1	3	4	3	1	4	1	1	0	1	1	1

En la tabla 6, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de postvención. Los ítems 18, 19, 20 y 21 se mantuvieron debido a que la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, respecto a los ítem 17 y 22, se modificó la redacción de “tiene conocimiento sobre la postvención” y “puede comunicar información sobre la muerte asertivamente” por “¿tiene conocimiento sobre la postvención (manejo de víctimas secundaria después del acto suicida) relacionada con suicidio?” y “¿puede comunicar asertivamente información sobre la muerte por suicidio de una persona?”.

Tabla 7.

Valoración de enlace con otros

MARCO METODOLÓGICO

Enunciados tentativos de Enlace con otros		Congr					Relev					Red				
23	Muestra la capacidad de referir a especialistas de otras áreas	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
24	Posee conocimiento relevante para las transiciones entre especialistas	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
25	Es capaz de crear enlaces con otros especialistas	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
26	Es capaz de gestionar los inconvenientes que pueden presentarse en las transferencias de atención	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1

En la tabla 7, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de enlace con otros. Los ítems 24 y 26 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, en los ítem 23 y 25, se modificó la redacción de “muestra la capacidad de referir a especialistas de otras áreas” y “es capaz de crear enlaces con otros especialistas” a “¿puede referir un caso a especialistas de otras áreas?” y “¿es capaz de crear enlaces con otros?”.

Tabla 8.

Valoración de competencias terapéuticas generales

Enunciados tentativos de Competencias terapéuticas genéricas		Congr					Relev					Red				
	Tiene conocimientos sobre problemas de salud mental	1	1	1	1	1	4	1	2	1	4	1	1	0	1	1
27	Posee conocimientos profesionales acerca de los diversos problemas de salud mental	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	0	1	1
	Es capaz de aprovechar el conocimiento sobre los problemas de salud mental	1	1	1	1	1	4	1	3	1	4	1	0	0	1	1
28	Puede involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
29	Es capaz de desarrollar la alianza terapéutica	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
	Puede mantener la alianza terapéutica	1	1	0	1	1	4	3	0	1	4	1	0	0	1	1
30	Es capaz de reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1

MARCO METODOLÓGICO

	Es capaz de anticiparse en el manejo de los finales planeados y no planeados	1	1	1	1	1	4	3	3	1	4	1	0	0	1	1
31	Utiliza registros sistemáticos en el proceso de evaluación e intervención	1	1	1	1	1	4	4	3	1	4	1	1	1	1	1

En la tabla 8, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de enlace con otros. Los ítems 27, 28, 29, 30 y 31 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, fueron eliminados “tiene conocimientos sobre problemas de salud mental”, “es capaz de aprovechar el conocimiento sobre los problemas de salud mental”, “puede mantener la alianza terapéutica” y “es capaz de anticiparse en el manejo de los finales planeados y no planeados”, debido a que no contaba con la aprobación de los expertos.

Tabla 9.

Valoración de competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación

	Enunciados tentativos de Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación	Congr					Relev					Red				
32	Es capaz de evaluar riesgos, necesidades y fortalezas, en cuanto a: a) conocimiento b) compromiso c) evaluación de los factores cognitivos asociados al comportamiento suicida d) evaluación de los factores interpersonales asociados al comportamiento suicida e) evaluación del uso de Internet y la vida en línea f) desarrollo de un plan de gestión de riesgos relacionados al comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
33	Capacidad para evaluar factores de riesgos relacionados al comportamiento suicida.	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
34	Capacidad para discutir con la persona afectada el resultado de la evaluación	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1

MARCO METODOLÓGICO

35	Capacidad para evaluar el contexto de la persona afectada	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
36	Es capaz de formular un plan de intervención de la persona afectada	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
37	Capacidad de involucrar a las redes de apoyo en el plan de intervención	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
	Capacidad de recibir referencias de otros profesionales	1	1	0	1	1	4	3	0	1	4	1	0	0	1	1

En la tabla 9, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación. Los ítems 32, 33, 34, 35, 36 y 37 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, en contraste, fue eliminado “capacidad de recibir referencias de otros profesionales”, debido a que no contó con la aprobación de la mayoría de los expertos.

Tabla 10.

Valoración de evaluaciones de especialistas

	Enunciados tentativos de Evaluaciones de especialistas	Congr					Relev					Red				
38	Es capaz de realizar el examen mental	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
39	Maneja las bases teóricas del examen mental	1	1	1	1	1	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1
40	Maneja las bases practicas del examen mental	1	1	1	1	1	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1
41	Puede analizar resultados del examen mental	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
42	Es capaz de tomar decisiones para garantizar el bienestar de la persona a partir de los resultados del examen mental	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1

En la tabla 10, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de evaluaciones de especialistas. Los ítems 38, 39, 40, 41 y 42 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada.

MARCO METODOLÓGICO

Tabla 11.

Valoración de intervenciones específicas

	Enunciados tentativos de Intervenciones específicas	Congr					Relev					Red				
43	Posee conocimientos sobre la implementación de intervenciones específicas en personas con comportamiento suicida	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
44	Conoce, concretamente, los principios que sustentan la estructura de la intervención de la terapia dialéctico conductual	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
45	Puede hacer de la consulta un espacio terapéutico que se constituya en un lugar en el que las personas puedan interactuar con su entorno de manera efectiva	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
46	Tiene conocimientos teóricos referentes al modelo cognitivo del comportamiento suicida	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
47	Puede establecer un marco terapéutico para el abordaje de personas en crisis suicidas	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
48	Puede gestionar los obstáculos que se presentan en el abordaje terapéutico de las crisis suicidas	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
49	Puede establecer estrategias para un plan de seguridad (factores de protección)	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
50	Puede jerarquizar los problemas de acuerdo al nivel de riesgo existente	1	1	1	1	1	3	4	4	1	4	1	1	1	1	1
51	Posee conocimientos teórico sobre el modelo conductual	1	1	1	1	1	4	4	2	1	4	1	1	0	1	1
52	Puede manejar la desregulación emocional con estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia. (diga cuales:)	1	1	1	1	1	4	3	2	1	4	1	0	0	1	1

En la tabla 11, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de intervenciones específicas. Los ítems 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49,

MARCO METODOLÓGICO

50, 51 y 52 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada.

Tabla 12.

Valoración de atención e intervención estructurada

Enunciados tentativos de Atención e intervención estructurada		Congr					Relev					Red				
53	Posee conocimiento de intervención en crisis	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
54	Es capaz de proporcionar estrategias de afrontamiento y redes de apoyo a las personas en riesgo	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
55	Puede gestionar factores de riesgo y construir un plan de seguridad	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
56	Puede realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato para personas en riesgo de suicidio	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
57	Posee conocimientos básicos que le permita desarrollar un abordaje terapéutico a partir del manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS)	1	1	1	1	1	3	4	4	1	4	1	1	1	1	1
	Es capaz de mantener un enfoque colaborativo de la tendencia suicida	1	1	1	1	1	3	3	4	1	4	1	0	1	1	1
58	Posee conocimiento sobre las intervenciones farmacológicas para personas con comportamiento suicida	1	1	0	1	1	4	4	0	1	4	1	1	0	1	1

En la tabla 12, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de intervenciones específicas. Los ítems 53, 54, 55, 56, 57 y 58 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideraron que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, fue eliminado el ítem “es capaz de mantener un enfoque colaborativo de la tendencia suicida” debido a que no contó con la aprobación de la mayoría de los expertos.

Tabla 13

Valoración de metacompetencias

MARCO METODOLÓGICO

Enunciados tentativos de Metacompetencias		Congr					Relev					Red				
59	Ejerce la psicología siguiendo los parámetros éticos de la profesión	1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1
60	Puede darse cuenta cuando sus limitaciones o sus prejuicios interfieren en el abordaje terapéutico	1	1	1	1	1	4	3	4	1	4	1	0	1	1	1
	Es capaz de realizar intervenciones de manera flexible pero coherente	1	1	1	1	1	4	3	3	1	4	1	0	1	1	1
	Es capaz de trabajar en equipo con otros practicantes y profesionales	1	1	0	1	1	4	3	0	1	4	1	0	0	1	1

En la tabla 13, se muestra las apreciaciones de los cinco jueces expertos sobre los ítems del grupo de competencias de metacompetencias. Los ítems 59 y 60 se mantuvieron porque la mayoría de los expertos consideró que eran congruentes, relevantes y poseían una redacción adecuada, por su parte, fueron eliminados los ítems “es capaz de realizar intervenciones de manera flexible pero coherente” y “es capaz de trabajar en equipo con otros practicantes y profesionales”, debido a que no contó con la aprobación de la mayoría de los expertos.

5.6.2. Fase de Aplicación

Para llevar a cabo esta fase, se aplicó el formato del cuestionario a las psicólogas y psicólogos clínicos que aceptaron formar parte de la presente investigación a través de un formulario de Google Docs que fue enviado a través de los grupos de whatsapp de los agremiados de los Colegios de Psicólogos de Distrito Capital y Miranda.

Para ello, se contactó con los presidentes de los Colegios de Psicólogos de Distrito Capital y Miranda a quienes se le explicó la finalidad de la investigación, y se les realizó la invitación a participar en la misma; ambos presidentes estuvieron de acuerdo en utilizar los grupos privados de comunicación (WhatsApp y Telegram) de los colegios para difundir la invitación. De este modo, desde el trece hasta el veintitrés de junio del año 2023, estuvo abierto el formulario para la recepción de las respuestas, el presidente del Colegio de Miranda compartió la información a través de whatsapp en el grupo de los agremiados. En cuanto al Colegio de

MARCO METODOLÓGICO

Distrito Capital, la tutora de la presente investigación realizó la invitación a través del grupo de whatsapp a sus colegas agremiados.

El cuestionario constó de siete secciones, la primera donde los participantes debían completar sus datos sociodemográficos y las demás permitieron presentar los sesenta (60) ítems correspondientes al instrumento elaborado.

5.6.3. Fase de Análisis

Esta fase consistió en procesar, organizar y analizar la información recopilada a partir del marco de competencias realizado por NCCMH (2018); la información se agrupó en categorías, es decir grupo de competencia, y se analizó a partir la frecuencia de las respuestas de las variables nominales, así como la descripción de la ejecución de las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida. Esto permitió establecer, según Guevara y cols, (2020), las relaciones pertinentes a la luz del sustento del marco. Para la presentación de resultados, se exponen y sustentan los hallazgos acompañados de la evidencia recogida. De igual manera, las explicaciones se complementan con tablas, figuras, narraciones de lo observado o citas sin reducir el carácter descriptivo de la realidad reportada.

El objetivo general de la presente investigación fue el analizar las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios del Estado Miranda y Distrito Capital sobre la base del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) para abordar el comportamiento suicida. A continuación se exponen los resultados obtenidos a partir de las tablas 14 hasta la 26, luego de elaborar un instrumento que permitiese identificar las competencias terapéuticas para abordar el comportamiento suicida, en psicólogos clínicos de los Estado Miranda y Distrito Capital.

Tabla 14.

Conocimientos de temas relacionados al suicidio y las autolesiones.

Ítem	Si	No
------	----	----

MARCO METODOLÓGICO

1. ¿Maneja información teórica respecto al comportamiento suicida?. Esto incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia del comportamiento suicida, d) conocimiento del impacto del comportamiento suicida en los demás.	13	0
2. ¿Conoce cifras de incidencias del comportamiento suicida?	6	7
3. ¿Posee marcos de conocimientos que permiten comprender el comportamiento suicida?	13	0
4. ¿Conoce el impacto de las desigualdades sociales en el comportamiento suicida?	10	3

La tabla 14 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 1, 2, 3 y 4. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 1

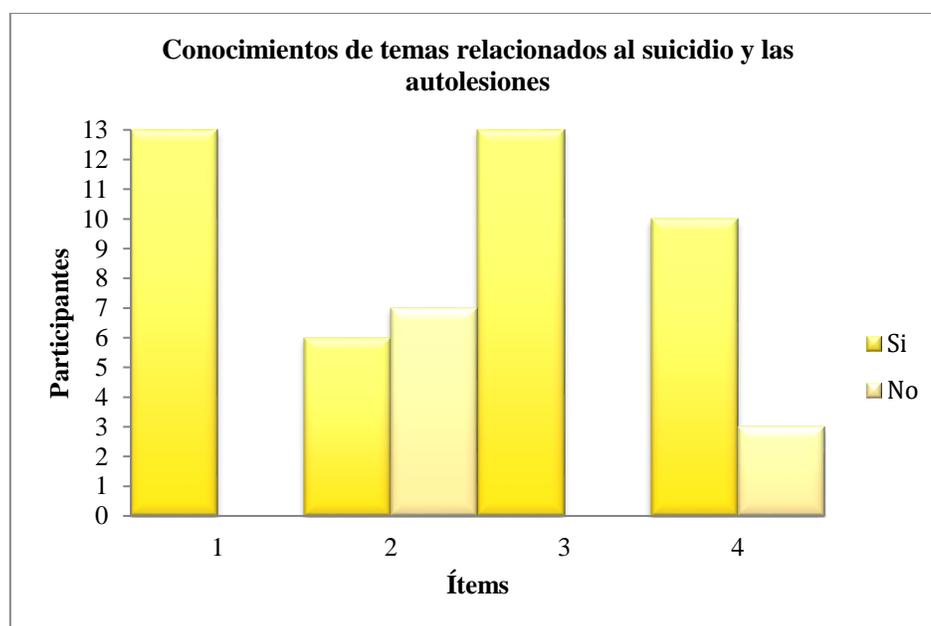


Figura 1. Conocimientos de temas relacionados al suicidio y las autolesiones

En la figura 1 se presentan las respuestas de los participantes a cada uno de los ítems del grupo de competencias conocimientos de temas relacionados al suicidio y las autolesiones. Respecto al primer ítem, los 13 participantes señalaron que sí manejan información teórica respecto al comportamiento suicida. Esto incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia del comportamiento suicida, d) conocimiento del impacto del comportamiento suicida en los demás.

MARCO METODOLÓGICO

Por otra parte, en el segundo ítem, 6 de los participantes señalaron que sí conocen las cifras de incidencia del comportamiento suicida, y 7 respondieron que las desconocen. Además, todos los participantes señalaron que poseen marcos de conocimientos que les permiten comprender el comportamiento suicida. Por último, 10 de los participantes informaron que sí conocen el impacto de las desigualdades sociales en el comportamiento suicida, mientras que 3 respondieron que lo desconocen.

Tabla 15.

Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones

Ítem	Si	No
5. ¿Maneja la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida?	9	4
6. ¿Conoce y puede realizar actividades siguiendo políticas legales, consentimiento informado, contratos conductuales, comunicación con redes de apoyo y entes de legislación?	10	3
7. ¿Conoce y puede evaluar la capacidad para: a) toma de decisiones, b) comunicación de decisiones, c) comprensión de decisiones y d) mantenimiento de decisiones?	12	1
8. ¿Posee la habilidad para consultar con otros especialistas?	13	0

La tabla 15 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 5, 6, 7 y 8. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 2.



MARCO METODOLÓGICO

Figura 2. Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones

La figura anterior, presenta las respuestas de los participantes para cada uno de los ítems de competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones.

En el ítem 5, 9 de los participantes respondieron que sí manejan la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida, mientras que 4 respondieron que no. Además, 10 de los participantes conocen y pueden realizar actividades siguiendo políticas legales, consentimiento informado, contratos conductuales, comunicación con redes de apoyo y entes de legislación, mientras que 3 lo desconocen.

Por otra parte, 12 de los psicólogos clínicos que completaron el cuestionario conocen y pueden evaluar la capacidad para: a) toma de decisiones, b) comunicación de decisiones, c) comprensión de decisiones y d) mantenimiento de decisiones, mientras que 1 no.

Tabla 16.

Habilidades generales de comunicación

Ítem	Si	No
9. ¿Posee capacidad de desprofesionalizar el lenguaje técnico para involucrar a la otra persona?	11	2
10. ¿Posee habilidades de comunicación no verbal (escribir, dibujar, jugar)?	12	1
11. ¿Posee habilidades para comunicarse con personas con trastorno del neurodesarrollo?	11	2
12. ¿Tiene la capacidad de brindar información sobre otras fuentes de apoyo que pueden ser de ayuda?	11	2

La tabla 16 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 9, 10, 11 y 12. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 3.

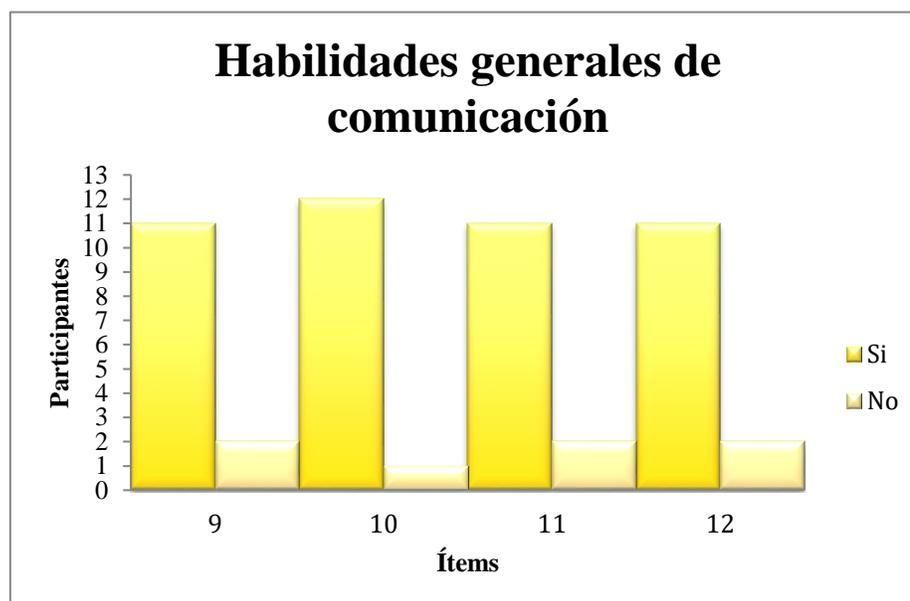


Figura 3. Habilidades generales de comunicación

La figura anterior, presenta las respuestas para los ítems 9, 10, 11 y 12 del cuestionario, los cuales pertenecen a la competencia habilidades generales de comunicación. En el ítem 9, 11 de los participantes respondieron que sí poseen la capacidad de desprofesionalizar el lenguaje técnico para involucrar a la otra persona, mientras que otras 2 personas señalaron que no. Por su parte, en el ítem 10, 12 de los participantes respondió que sí poseen habilidades de comunicación no verbal (escribir, dibujar, jugar) 1 respondió que no.

En el ítem 11, 11 de los participantes respondieron que poseen habilidades para comunicarse con personas con trastorno del neurodesarrollo, mientras que 2 señalaron que no. Asimismo, en el ítem 12, el cual busca indagar si el psicólogo clínico tiene la capacidad de brindar información sobre otras fuentes de apoyo que pueden ser de ayuda, 11 de los participantes respondieron que sí y 2 señaló que no.

Tabla 17.

Diseño de Propuestas de Entrenamiento

Ítem	Si	No
------	----	----

MARCO METODOLÓGICO

13. ¿Capacidad de generar contenido que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida?	10	3
14. ¿Capacidad de transmitir información que promueva la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida?	12	1
15. ¿Capacidad de promover la prevención y concientización mediante el empleo de programas de formación psicoeducativa?	11	2
16. ¿Capacidad para planificar y diseñar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida?	10	3

La tabla 17 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 13, 14, 15 y 16. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 4.

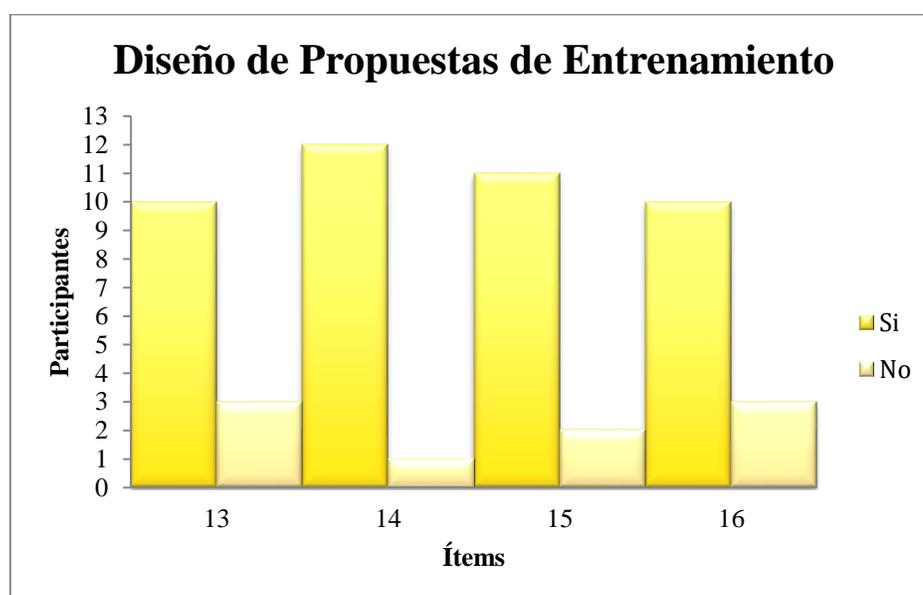


Figura 4. Diseño de propuestas de entrenamiento

La figura 4 muestra que, 10 de los participantes señalaron que poseen la capacidad de generar contenido que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida, mientras 3 respondieron que no. Además, 12 de los participantes indicaron que sí tienen la capacidad de transmitir información que promueva la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida, mientras 1 participante respondió que no.

Asimismo, 11 de los participantes respondieron que sí poseen la capacidad de promover la prevención y concientización mediante el empleo de programas de formación psicoeducativa,

MARCO METODOLÓGICO

mientras 2 respondieron que no la poseen. Por último, 10 de los participantes informaron que sí tienen la capacidad para planificar y diseñar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida, los 3 restantes señalaron que no.

Tabla 18.

Postvención

Ítem	Si	No
17. ¿Tiene conocimiento sobre la postvención (manejo de víctimas secundaria después del acto suicida) relacionada con suicidio?	4	9
18. ¿Maneja la terminología referente a postvención y sus implicaciones?	3	10
19. ¿Posee conocimientos acerca del duelo por suicidio?	9	4
20. ¿Es capaz de abordar casos de víctimas indirectas/secundarias de suicidio?	9	4
21. ¿Puede dirigir intervención grupal después de un suicidio?	7	6
22. ¿Puede comunicar asertivamente información sobre la muerte por suicidio de una persona?	11	2

La tabla 18 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 17, 18, 19, 20, 21 y 22. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 5.

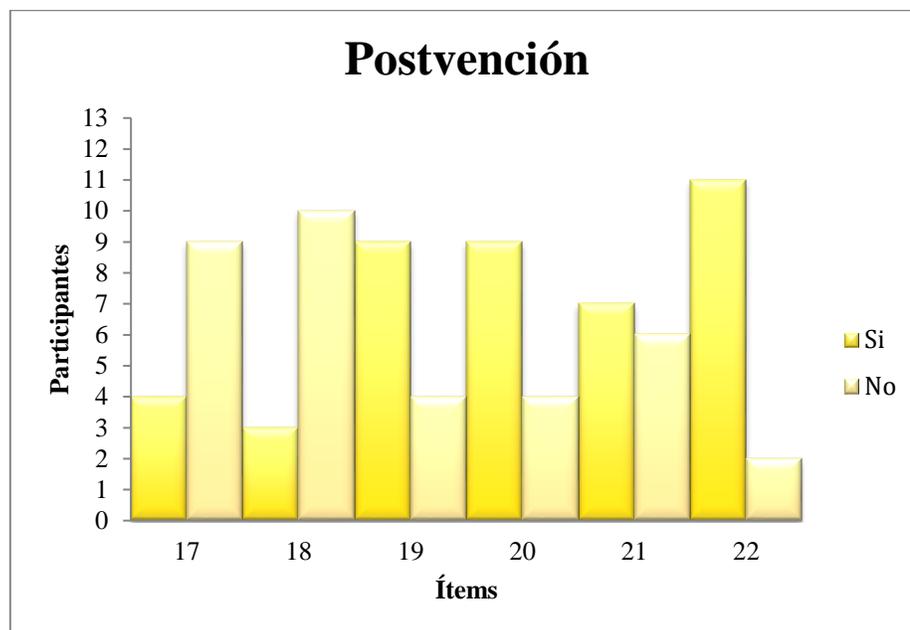


Figura 5. Postvención

En la figura anterior se puede observar que, 4 de los participantes informaron que sí, tienen conocimiento sobre la postvención (manejo de víctimas secundaria después del acto suicida) relacionada con suicidio, y 9 respondieron que no. Además, 3 de los participantes señalaron que sí maneja la terminología referente a postvención y sus implicaciones, mientras 10 informaron que no.

Asimismo, 9 de los participantes poseen conocimientos acerca del duelo por suicidio, los otros 4 señalaron que no. Respecto a si es capaz de abordar casos de victimas indirectas/secundarias de suicidio, 9 respondieron que sí y 4 respondieron no. En cuanto a si pueden dirigir intervención grupal después de un suicidio, 7 de los participantes respondió que sí y 6 respondieron no. Por ultimo, 11 de los participantes respondieron que sí pueden comunicar asertivamente información sobre la muerte por suicidio de una persona, 2 respondieron que no.

Tabla 19.

Enlace con otros

Ítem	Si	No
23. ¿Puede referir un caso a especialistas de otras áreas?	13	0

MARCO METODOLÓGICO

24. ¿Posee conocimiento relevante para las transiciones entre especialistas?	13	0
25. ¿Es capaz de crear enlaces con otros?	13	0
26. ¿Es capaz de gestionar los inconvenientes que pueden presentarse en las transferencias de atención?	13	0

La tabla 19 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 23, 24, 25 y 26. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 6.

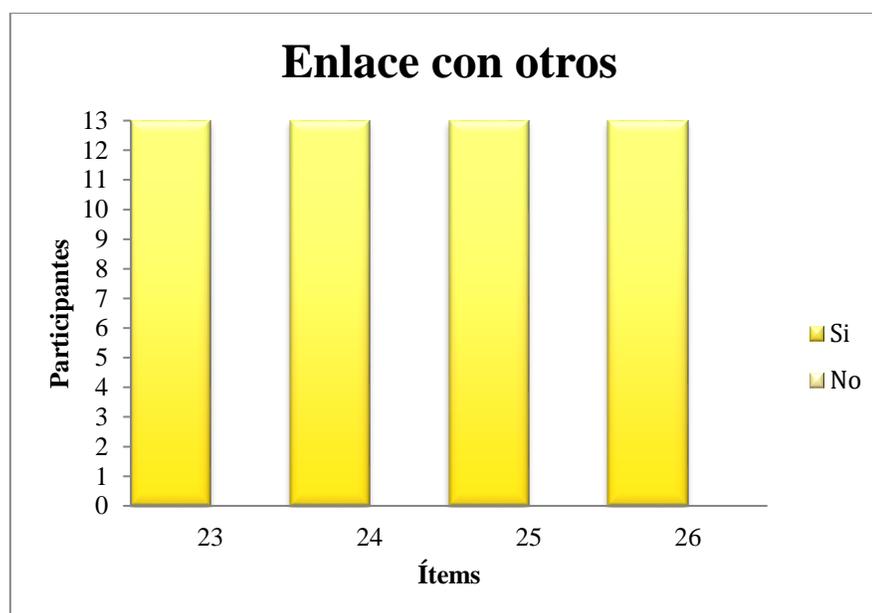


Figura 6. Enlace con otros

Se puede observar en la figura anterior que los 13 participantes señalaron que sí pueden referir un caso a especialistas de otras áreas, también respondieron que sí poseen conocimiento relevante para las transiciones entre especialistas, son capaces de crear enlaces con otros y de gestionar los inconvenientes que pueden presentarse en las transferencias de atención.

Tabla 20.

Competencias terapéuticas generales

Ítem	Si	No
27. ¿Posee conocimientos profesionales acerca de los diversos problemas de salud mental ?	13	0
28. ¿Puede involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento?	13	0

MARCO METODOLÓGICO

29. ¿Es capaz de desarrollar la alianza terapéutica?	13	0
30. ¿Es capaz de reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica?	13	0
31. ¿Utiliza registros sistemáticos en el proceso de evaluación e intervención?	12	1

La tabla 20 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 27, 28, 29, 30 y 31. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 7.

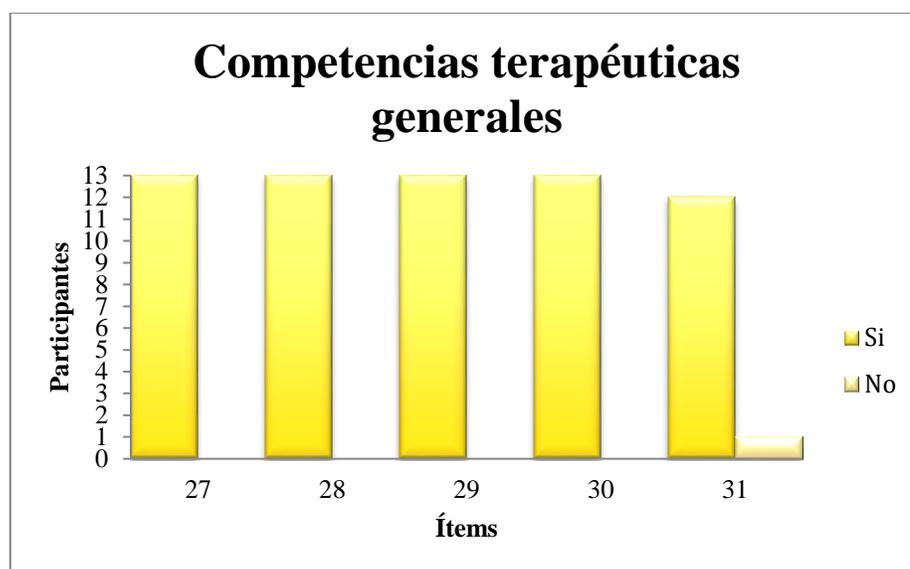


Figura 7. Competencias terapéuticas generales

A los ítems 27, 28, 29 y 30, 13 participantes respondieron afirmativamente que poseen conocimientos profesionales acerca de los diversos problemas de salud mental. Además, pueden involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento, tienen la capacidad de desarrollar la alianza terapéutica y son capaces de reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica. Por otro lado, 12 de los participantes respondieron que sí utilizan registros sistemáticos en el proceso de evaluación e intervención, mientras que 1 señaló no utilizarlo.

Tabla 21.

Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación

Ítem	Si	No
32. ¿Es capaz de evaluar riesgos, necesidades y fortalezas?, en cuanto a: a) conocimiento b) compromiso	12	1

MARCO METODOLÓGICO

- c) evaluación de los factores cognitivos asociados al comportamiento suicida
 d) evaluación de los factores interpersonales asociados al comportamiento suicida

33. ¿Tiene capacidad para evaluar factores de riesgos relacionados al comportamiento suicida?	13	0
34. ¿Tiene capacidad para discutir con la persona afectada el resultado de la evaluación?	11	1
35. ¿Tiene capacidad para evaluar el contexto de la persona afectada?	12	0
36. ¿Es capaz de formular un plan de intervención de la persona afectada?	12	0
37. ¿Tiene capacidad de involucrar a las redes de apoyo en el plan de intervención?	11	1

La tabla 21 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 32, 33, 34, 35, 36 y 37. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 8.

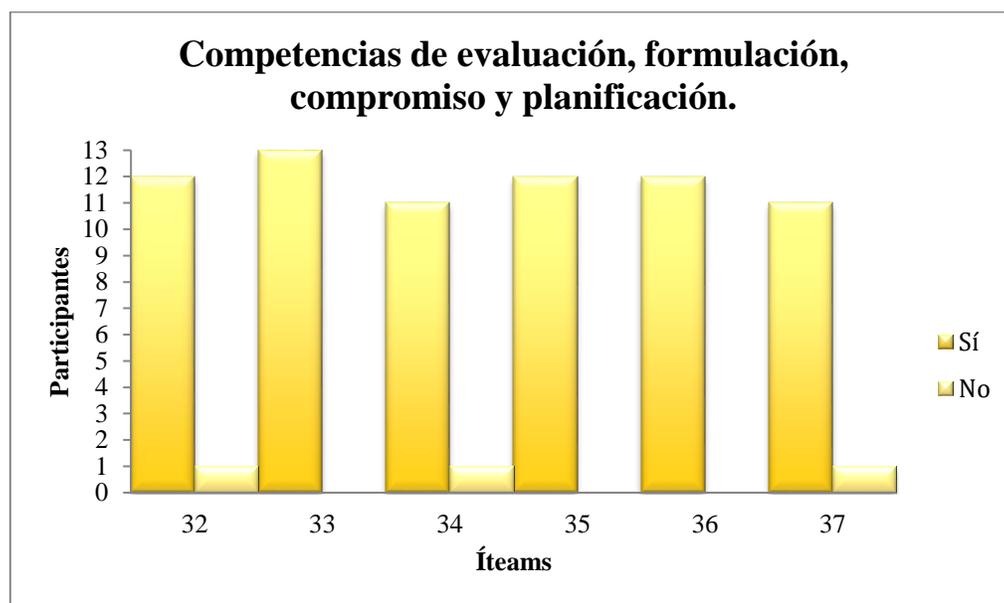


Figura 8. Competencias de evaluación, formulación, compromiso y aplicación

En la figura 8; se puede observar las respuestas de cada uno de los ítems del grupo de competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación. En el ítem 32, 12 participantes señalan que son capaces de evaluar riesgos, necesidades y fortalezas. En cuanto al 33, los 13 participantes señalan que son capaces de evaluar factores de riesgo asociados al comportamiento suicida. En el ítem 34, 11 participantes señalan tener capacidad para discutir con la persona afectada el resultado de la evaluación.

MARCO METODOLÓGICO

Por su parte, en el ítem 35, 12 participantes respondieron que tienen capacidad para evaluar el contexto de la persona afectada. En el ítem 36, 12 participantes, dicen que tienen la capacidad de formular un plan de intervención de la persona afectada. En el ítem 37, 11 participantes dicen que tienen capacidad de involucrar a las redes de apoyo en el plan de intervención. Cabe acotar, que los ítems 34, 35, 36 y 37 fueron respondidos por 12 participantes, se presume un error en el formulario en el que no se registraron las respuestas de un participante.

Tabla 22.

Evaluaciones de especialistas

Ítem	Si	No
38. ¿Es capaz de realizar el examen mental?	11	2
39. ¿Maneja las bases teóricas del examen mental?	13	0
40. ¿Maneja las bases practicas del examen mental?	11	2
41. ¿Puede analizar resultados del examen mental?	11	2
42. ¿Es capaz de tomar decisiones para garantizar el bienestar de la persona a partir de los resultados del examen mental?	11	2

La tabla 22 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 38, 39, 40, 41 y 42. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 9.

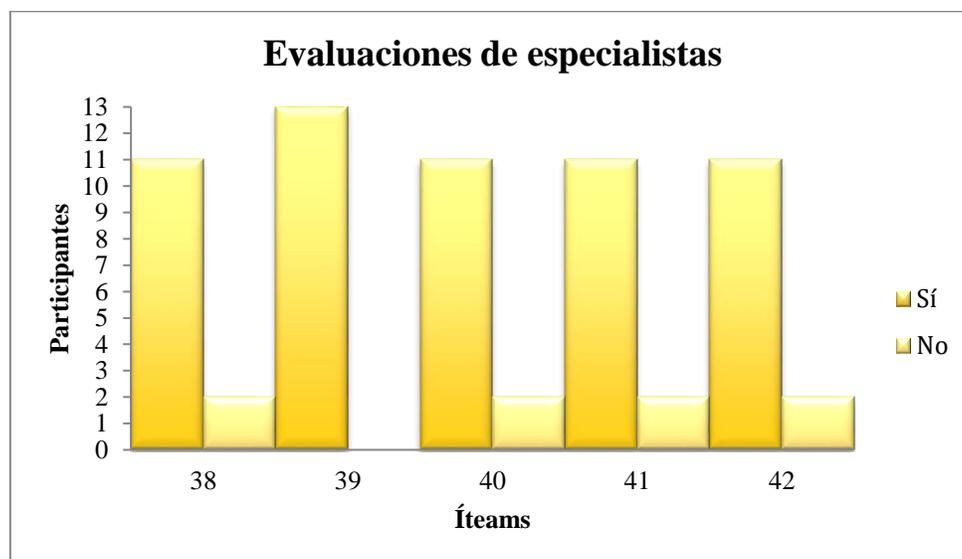


Figura 9. Evaluaciones de especialistas

MARCO METODOLÓGICO

En la figura 9, se puede observar las respuestas de cada uno de los ítems del grupo de perteneciente a la competencia de evaluaciones de especialistas, la cual comprende competencias en cuanto al saber hacer el examen mental, así como detectar factores de riesgo, y, el saber hacer la observación a personas en riesgo de autolesión y suicidio. En esta competencia los indicadores son sobre el examen mental, conocer las bases teóricas, prácticas, realizar análisis de los resultados y la capacidad de tomar decisiones a partir de los resultados para garantizar el bienestar de la persona con comportamiento suicida.

Se puede observar que los 13 participantes conocen sobre las bases teóricas del examen mental, y 11 participantes conocen también sobre las bases prácticas y son capaces de realizar análisis de los resultados y de tomar decisiones a partir de los resultados para garantizar el bienestar de la persona con comportamiento suicida.

Tabla 23.

Intervenciones específicas

Ítem	Si	No
43. ¿Posee conocimientos sobre la implementación de intervenciones específicas en personas con comportamiento suicida?	10	3
44. ¿Conoce, concretamente, los principios que sustentan la estructura de la intervención de la terapia dialéctico conductual?	8	5
45. ¿Puede hacer de la consulta un espacio terapéutico que se constituya en un lugar en el que las personas puedan interactuar con su entorno de manera efectiva?	12	1
46. ¿Tiene conocimientos teóricos referentes al modelo cognitivo del comportamiento suicida?	12	1
47. ¿Puede establecer un marco terapéutico para el abordaje de personas en crisis suicidas?	12	1
48. ¿Puede gestionar los obstáculos que se presentan en el abordaje terapéutico de las crisis suicidas?	11	2
49. ¿Puede establecer estrategias para un plan de seguridad (factores de protección)?	11	2
50. ¿Puede jerarquizar los problemas de acuerdo al nivel de riesgo existente?	13	0
51. ¿Posee conocimientos teórico sobre el modelo conductual?	13	0
52a. ¿Puede manejar la desregulación emocional con estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia?	11	2

MARCO METODOLÓGICO

La tabla 23 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 y 52a. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 10

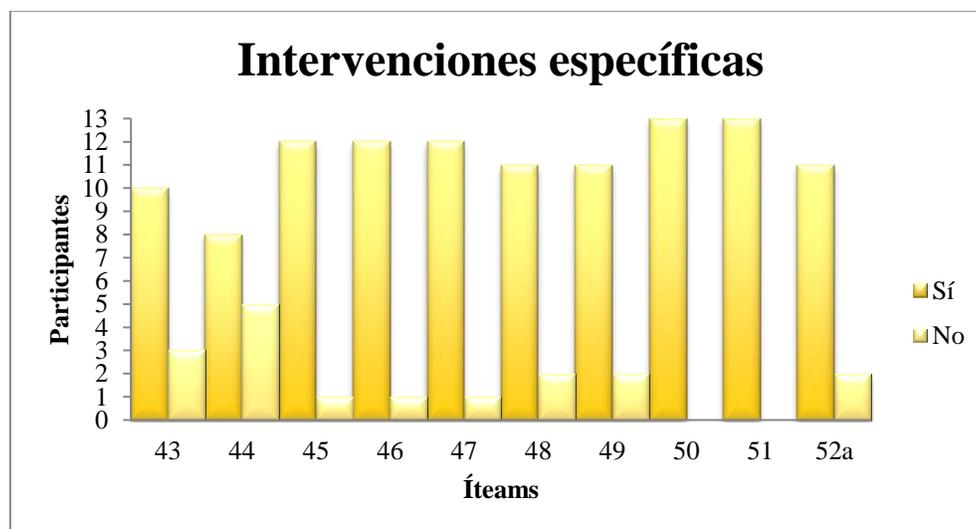


Figura 10. Intervenciones específicas

En la figura 10, se puede observar las respuestas de cada uno de los ítems del grupo de competencias de intervenciones específicas, esta categoría describe las competencias específicas en cuanto a la intervención con personas que se autolesionan activamente o son suicidas. En el ítem 43, 10 participantes de 13 afirman que poseen conocimientos sobre la implementación de intervenciones específicas en personas con comportamiento suicida; en el ítem 44, 8 participantes, conocen sobre los principios que sustentan la estructura de la intervención de la terapia dialéctico conductual.

En los ítems 45, 46 y 47, 12 participantes responden que si pueden hacer de la consulta un espacio terapéutico que se constituya en un lugar en el que las personas puedan interactuar con su entorno de manera efectiva, si tienen conocimientos teóricos referentes al modelo cognitivo del comportamiento suicida, y afirman también que pueden establecer un marco terapéutico para el abordaje de personas en crisis suicidas

MARCO METODOLÓGICO

En los ítems 48 y 49, 11 participantes, afirman que pueden gestionar los obstáculos que se presentan en el abordaje terapéutico de las crisis suicidas y establecer estrategias para un plan de seguridad (los factores de protección). Los 13 participantes afirman en los ítems 50 y 51, que pueden jerarquizar los problemas de acuerdo al nivel de riesgo existente y que poseen conocimiento teórico sobre el modelo conductual.

En esta misma categoría, en el ítem 52a, 11 participantes afirman que pueden manejar la desregulación emocional con estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia, las cuales describen en el ítem 52b, siendo la Terapia Cognitivo-Conductal las estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia mencionada por los participantes. La siguiente tabla 24, muestra lo respondido por los participantes

Tabla 24.

Respuestas al Ítem 52b. Indique ¿Cuál o cuáles son las estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia que utiliza para manejar la desregulación emocional?

Discriminación
Método heurístico en evolución constante
Grounding, mindfulness y ejercicios de mentalización, ejercicios de respiración, primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.
TCC
Activación conductual, entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, técnicas de exposición, gestionar las contingencias, técnicas de autocontrol conductual.
Reestructuración cognitiva, control de la ira, control del estrés, detección de pensamiento, relajación progresiva, otras terapias de tercera generación como mindfulness
.
Reestructuración cognitiva, técnicas de relajación progresiva, control de contingencias, entrenamiento de competencias emocionales
Psicoeducación para identificar, conocer y comprender las emociones, entrenamiento en discriminación emocional, incrementar tolerancia a los estados emocionales, distracción y desactivación fisiológica, normalizar estados emocionales, atención plena, terapia de aceptación, activación Conductual, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas.
Respiración diafragmática, meditación, relajación de Jacobson acompañada de cuestionamiento de creencias irracionales y/o pensamientos automáticos
Técnicas de relajación, validación, reconocimiento o toma de conciencia de lo que se siente, potenciar / reforzar factores protectores.
No poseo
* Desde la TCC para identificar y cambiar patrones de pensamientos y comportamientos disfuncionales. * Entrenamientos en resolución de problemas *Entrenamientos en respiración profunda, relajación, mindfulness, comunicación asertiva

Tabla 25.

Atención e intervención estructurada

Ítem	Si	No
53. ¿Posee conocimiento de intervención en crisis?	12	1
54. ¿Es capaz de proporcionar estrategias de afrontamiento y redes de apoyo a las personas en riesgo?	12	1
55. ¿Puede gestionar factores de riesgo y construir un plan de seguridad?	11	2
56. ¿Puede realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato para personas en riesgo de suicidio?	11	2
57. ¿Posee conocimientos básicos que le permita desarrollar un abordaje terapéutico a partir del manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS)?	3	8
58. ¿Posee conocimiento sobre las intervenciones farmacológicas para personas con comportamiento suicida?	11	2

La tabla 25 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 y 52a. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 11

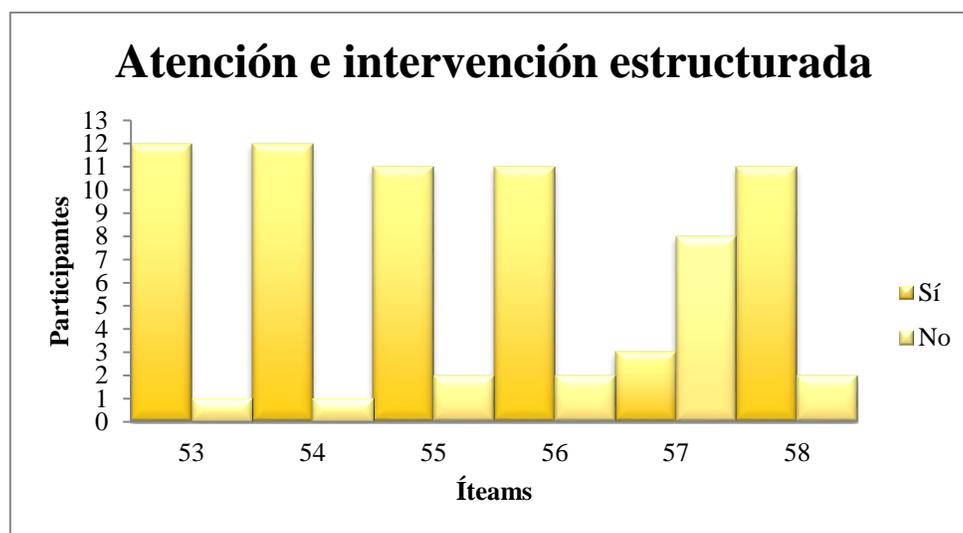


Figura 11. Atención e intervención estructurada

En la figura 11, se puede observar las respuestas de cada uno de los ítems del grupo de competencias de atención e intervención estructurada, la cual abarca las competencias en cuanto

MARCO METODOLÓGICO

a evaluación del comportamiento suicida y la intervención en crisis. De esta manera, 12 participantes respondieron en los ítems 53 y 54 afirmando poseer conocimiento de intervención en crisis y que tienen capacidad de proporcionar estrategias de afrontamiento y redes de apoyo a las personas en riesgo. En los ítems 55, 56 y 58, observamos que 11 participantes afirman que pueden gestionar factores de riesgo y construir un plan de seguridad, así como también pueden realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato para personas en riesgo de suicidio y conocen sobre las intervenciones farmacológicas para personas con comportamiento suicida. Por su parte, en el ítem 57, solamente 3 participantes afirman poseer conocimientos básicos que le permita desarrollar un abordaje terapéutico a partir del manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS).

Tabla 26.

Metacompetencias

Ítem	Si	No
59. ¿Ejerce la psicología siguiendo los parámetros éticos de la profesión?	13	0
60. ¿Puede darse cuenta cuando sus limitaciones o sus prejuicios interfieren en el abordaje terapéutico?	13	0

La tabla 26 presenta las respuestas de los 13 participantes a los ítems 59 y 60. La información se presenta a través de un gráfico de barras en la figura 12

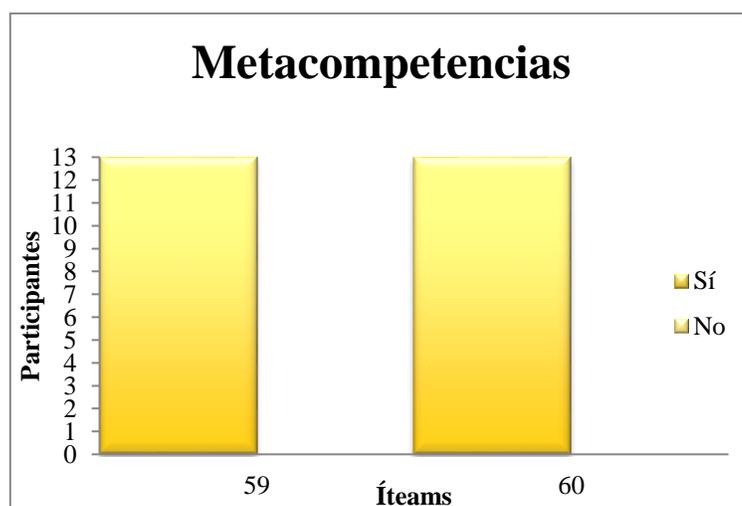


Figura 12. Metacompetencias

MARCO METODOLÓGICO

La metacompetencia, se refiere al uso del juicio al realizar una actividad o intervención, es decir, son relevantes en todos los aspectos de la práctica profesional. Como se puede observar en la figura 12, los 13 participantes afirman en los ítems 59 y 60 que ejercen psicología siguiendo los parámetros éticos de la profesión y que pueden darse cuenta cuando sus limitaciones o sus prejuicios interfieren en el abordaje terapéutico.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación buscó analizar las competencias terapéuticas que poseen los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios del Estado Miranda y Distrito Capital sobre la base del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) para abordar el comportamiento suicida; para ello se llevaron a cabo una serie de objetivos específicos, los cuales se presentan a continuación.

Respecto al primer objetivo específico, *identificar las competencias terapéuticas para abordar el comportamiento suicida*, se realizó porque resulta necesario constatar cuáles competencias presentan los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Psicólogos de Miranda y Distrito Capital para llevar a cabo el abordaje terapéutico del comportamiento suicida, debido al aumento significativo de los decesos por suicidio en Venezuela en los últimos años, y a la complejidad del abordaje terapéutico del mismo. En la formación de pregrado de las autoras, se presentó escasa información respecto a este fenómeno, lo que indica que es necesario promover espacios formativos que susciten competencias de este tipo.

La mayoría de los participantes reportaron las siguientes competencias propuestas por el marco de competencias realizado por NCCMH (2018): conocimientos de temas relacionados al suicidio y a las autolesiones; competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones; habilidades generales de comunicación; diseño de propuestas de entrenamiento; postvención; competencias terapéuticas generales; competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación; evaluaciones de especialistas; intervenciones específicas; y atención e intervención estructurada. Por otra parte, en todos los participantes se identificó la presencia de la competencia enlace con otros, y metacompetencias.

Luego de identificar las competencias, surge la necesidad de describirlas. Por ello, el segundo objetivo busca *describir la ejecución de las competencias terapéuticas para abordar*

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

el comportamiento suicida, esto se realizó a partir de los resultados obtenidos. Al respecto, los participantes señalaron poseer conocimientos de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio, de acuerdo a lo planteado por NCCMH (2018), esta categoría incluía las competencias correspondientes al conocimiento de los temas relacionados al comportamiento suicida, esto implica desde el conocimiento básico de la salud mental hasta el impacto de las desigualdades sociales respecto al comportamiento suicida. El cuestionario permitió dar cuenta que la mayoría de los participantes reportaban poseer conocimientos básicos de asistencia, específicamente sobre salud mental y criterios de búsqueda de ayuda y tratamiento. Además, en cuanto al conocimiento de autolesiones y suicidio, manejan la terminología e información de posibles intervenciones. También, señalaron manejar información sobre el impacto de las autolesiones y suicidio en los demás (víctimas secundarias), y presentaron parámetros para la comprensión del comportamiento suicida.

Asimismo, los participantes señalaron presentar las competencias profesionales correspondientes a todos los trabajadores, a los profesionales de la salud y las organizaciones, las mismas según NCCMH (2018), incluye competencias específicas para profesionales de otras áreas, profesionales de la salud mental en general y las organizaciones; para efectos del presente trabajo se evaluaron y describieron las competencias que abarcaban únicamente a los profesionales de la salud mental.

De acuerdo a lo anterior, los participantes poseían conocimientos de los marcos legales relacionados con el trabajo con personas que presentan comportamiento suicida, esto va a incluir la capacidad de aprovechar el respaldo legal del trabajo clínico con personas que se autolesionan o son suicidas en potencia. Además, de conocer y ser capaces de trabajar con aspectos vinculados con la confidencialidad y el consentimiento, específicamente afirmaron poseer conocimiento de políticas y legislación; de las definiciones legales de consentimiento para una intervención; señalaron además que tenían la capacidad para obtener el consentimiento informado para una intervención, que podían compartir información de forma adecuada y segura, para mantener la seguridad de la persona.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

También, señalaron presentar conocimientos y poder evaluar la capacidad del afectado; poder valorar la diversidad social y al mismo tiempo mantener un interés activo en comprender las diversas formas en que las personas, que utilizan los servicios, pueden demostrar creencias, prácticas sociales y estilos de vida específicos, y, por tanto, es relevante considerar sus implicaciones en cuanto a la manera en que se llevaría a cabo una intervención. Asimismo, señalaron poseer la habilidad para trabajar en colaboración con un asesor.

En la misma línea de ideas, la mayoría de los participantes identificaron las habilidades generales de comunicación, según NCCMH (2018) y se refirieron a la capacidad de tomar decisiones a partir del conocimiento sobre la comunicación, específicamente, cuando la comunicación verbal se considere insuficiente, se requiera considerar las otras formas de comunicación (como dibujar, escribir o jugar) para realizar un abordaje terapéutico completo.

La mayoría de los participantes señalaron poder aprovechar el valor de las habilidades básicas de comunicación para facilitar la alianza terapéutica con personas que presenten comportamiento suicida, de forma tal que son capaces de involucrar a las personas en una discusión colaborativa de sus circunstancias y necesidades inmediatas. Además, refirieron poseer las habilidades para comunicarse con personas con trastornos del neurodesarrollo.

Por otro lado, la mayoría de los psicólogos clínicos mencionaron contar con las competencias sobre diseño y propuestas de entrenamiento, las cuales hacen referencia a la planificación de la psicoeducación, la identificación de los grupos específicos a los cuales se puede transmitir la información y la habilidad para el empleo de la forma más apropiada de presentarla. Los participantes señalaron poder generar y transmitir contenido orientado a la promoción de la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida. Además, indicaron tener la capacidad para planificar y diseñar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida.

Respecto a las competencias sobre postvención, según NCCMH (2018), las mismas por definición se centran en el acompañamiento a las personas en duelo por suicidio con el propósito

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

de reducir los posibles efectos negativos del mismo, específicamente se busca disminuir la incidencia del suicidio y mejorar la salud mental de quienes padecen duelo. Además, buscan disminuir el estigma y el aislamiento experimentado por aquellos que han sido víctimas, incluyen ofrecer apoyo adecuado, brindar información de las fuentes de apoyo adecuadas y garantizar la reducción del riesgo de nuevas víctimas primarias o la aparición de grupos suicidas.

En la misma línea de ideas, la mayoría de los participantes señalaron desconocer información teórica sobre la postvención. Sin embargo, informaron poseer conocimientos acerca de duelo por suicidio y capacidades para abordar casos de víctimas indirectas/secundarias de suicidio, de forma individual y/o grupal. Además, la mayoría afirmó que podían comunicar asertivamente información respecto a la muerte por suicidio de una persona.

En lo que respecta a enlace con otros, todos los participantes señalaron presentar estas competencias. Las mismas, se centran en el desenvolvimiento del psicólogo dentro y entre organizaciones (NCCMH, 2018). Los participantes señalaron que podían referir un caso a especialistas de otras áreas; que poseían conocimiento relevante para crear enlaces con otros y además realizar las transiciones en el cuidado de personas con comportamiento suicida. También, podían gestionar los inconvenientes que pudiesen presentarse en las transferencias de atención.

Por su parte, las competencias terapéuticas generales fueron identificadas por todos los participantes, según NCCMH (2018) van a comprender las competencias sobre el conocimiento y manejo de la salud mental, el establecimiento y consolidación de la alianza terapéutica, la capacidad de preparar a la persona para el alta y ejecutar el respectivo seguimiento. Los psicólogos clínicos que respondieron el cuestionario señalaron poseer conocimientos profesionales acerca de los diversos problemas de salud mental; y consideraron que podían involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento; se describieron como capaces de desarrollar la alianza terapéutica. Además, se consideraron competentes para reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica y la mayoría de ellos, indicaron emplear registros sistemáticos en el proceso de evaluación e intervención.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De la misma manera, la mayoría de los participantes presentaron competencias de evaluación, compromiso y planificación. Según NCCMH (2018) esta categoría abarcaría competencias enfocadas en la evaluación, formulación, devolución y acuerdos con respecto a un plan de intervención que se debía adaptar a las características del caso. La mayoría de los psicólogos clínicos señalaron que eran capaces de evaluar riesgos, necesidades y fortalezas, sobre: conocimiento; compromiso; también eran capaces de evaluar los factores cognitivos asociados al comportamiento suicida y evaluación de los factores interpersonales asociados al comportamiento suicida. Además, tienen la capacidad de evaluar factores de riesgos relacionados al comportamiento suicida; pueden evaluar el contexto de la persona afectada; discutir el resultado de la evaluación; formular un plan de intervención e involucrar a las redes de apoyo del paciente en el mismo.

Asimismo, la mayoría de los participantes evidenciaron presentar competencias sobre evaluaciones con procedimientos específicos vinculados con su campo como especialistas. Desde la propuesta del NCCMH (2018) incluye las competencias referidas al conocimiento técnico sobre el examen mental, y la detección de factores de riesgo. La mayoría de los participantes se consideraron capaces de realizar el examen mental, ya que señalaron manejar las bases teóricas y prácticas del mismo; señalaron ser capaces de analizar los resultados derivados de la ejecución del examen mental y mostraron la capacidad de tomar decisiones para garantizar el bienestar de la persona a partir de los resultados del examen mental.

De igual forma, en lo que respecta a intervenciones específicas, la mayoría de los participantes indicaron poseer estas competencias. Las mismas apuntaban, según NCCMH (2018) a la intervención en personas que se autolesionan activamente o son potenciales suicidas. La mayoría de los psicólogos clínicos que participaron señalaron poseer conocimientos sobre intervenciones específicas en personas con comportamiento suicida; conocer los principios que sustentaban la estructura de la intervención de la terapia dialéctico conductual; mencionaron poder hacer del espacio de la consulta un espacio donde la persona afectada pudiese interactuar con su entorno de manera efectiva; aseguraron tener conocimientos teóricos referentes al

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

modelo cognitivo del comportamiento suicida; poder establecer un marco terapéutico para el abordaje de personas en crisis suicidas y gestionar los obstáculos que se presenten en el abordaje terapéutico de las crisis suicidas.

Además, mencionaron poder establecer un plan de seguridad para salvaguardar la vida de la persona afectada; ser capaces de jerarquizar los problemas según el nivel de riesgo existente; poseer conocimientos teóricos sobre el modelo conductual; y tener la capacidad de manejar la desregulación emocional con estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia, las mismas se presentan a detalle en la tabla 24.

Por otro lado, en cuanto a la atención e intervención estructurada, la mayoría de los participantes afirmó que presentaban dichas competencias, que según NCCMH (2018), se van a referir a aquellas competencias necesarias para realizar una evaluación del comportamiento suicida y una intervención en crisis eficaz. Los psicólogos clínicos que presentaban estas competencias señalaron poseer conocimiento de intervención en crisis; ser capaces de proporcionar estrategias de afrontamiento y consolidar redes de apoyo dirigidas a quienes están en riesgo; además, indicaron poder gestionar factores de riesgo y construir un plan de seguridad.

También, indicaron que podían realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato orientado a las personas en riesgo de suicidio; especificaron poseer conocimientos básicos que les permitirían desarrollar el abordaje terapéutico a partir del manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS); y especificaron poseer conocimiento referente a las intervenciones farmacológicas para personas con comportamiento suicida, conocer los efectos que estas puedan tener y tomar decisiones en la propuesta de intervención a partir de lo observado.

Finalmente, las metacompetencias se refieren según lo planteado por NCCMH (2018), al uso del juicio al realizar una actividad o intervención. Estos son relevantes para todos los aspectos de la práctica; constantemente los psicólogos clínicos van a necesitar tomar decisiones sobre sí mismos, en lo que respecta a cuándo o cómo llevar a cabo una actividad y cómo

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

adaptarse; todos los psicólogos participantes señalaron que podían ejercer la psicología siguiendo los parámetros éticos y tenían la posibilidad de darse cuenta de sus limitaciones y prejuicios al momento de realizar un abordaje terapéutico.

El tercer objetivo de la investigación era *comparar los hallazgos encontrados en los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Miranda y Distrito Capital con la propuesta del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018)*. Esto se realizó tomando como base la descripción realizada en los objetivos anteriores de la presente investigación y la propuesta de (NCCMH, 2018), debido a que la misma presenta las competencias que surgieron a partir de la metodología Tuning en Gran Bretaña y apuntan al consenso del ejercicio propuesto por (ANECA, 2005) en Europa. A continuación se presenta lo obtenido:

Las competencias orientadas a valorar el conocimiento de los profesionales en temas relacionados con las autolesiones y el suicidio, se parametrizaron según lo que se espera de acuerdo al marco (NCCMH, 2018). Algunos participantes señalaron que desconocían las cifras de incidencia del comportamiento suicida; esto se relacionaría con lo mencionado en el planteamiento del problema, pues en Venezuela existe una escasa divulgación de las cifras de incidencia del comportamiento suicida. El planteamiento anterior va de la mano con la ausencia del desarrollo de propuestas de intervención primarias y el compromiso del desarrollo de planes que permitan medir su eficacia al momento de atender un caso de comportamiento suicida.

Respecto a las competencias profesionales en todos los trabajadores, concretamente en los trabajadores de salud y en las organizaciones, según NCCMH (2018), apuntaban a que el psicólogo clínico debería conocer las funciones y responsabilidades de la profesión, de sus colegas inmediatos y otros profesionales con los que podría trabajar en equipo, para brindar múltiples servicios en la comunidad sin dificultad; además, debería comprender las vías locales de atención y los criterios que se aplican a cada servicio. En esta investigación, se evidenció que algunos participantes desconocían las políticas legales, el consentimiento informado, los contratos conductuales, la comunicación con redes de apoyo y con entes de legislación, siendo

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

está una limitación significativa, pues compromete la integridad legal del profesional y disminuye la calidad del abordaje terapéutico del comportamiento suicida.

En cuanto a las competencias sobre las habilidades generales de comunicación, a partir de los resultados obtenidos se pudo observar que algunos participantes no podían desprofesionalizar el lenguaje técnico ni emplear herramientas de comunicación no verbal para obtener información de la persona afectada. Por tanto, en el abordaje de los casos, la alianza terapéutica se puede ver comprometida, lo que dificultará la evaluación e intervención con el paciente y sus redes de apoyo.

Al respecto, la propuesta del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018), señala que las habilidades de comunicación son fundamentales para trabajar en casos de esta índole, el marco identifica las técnicas que se pueden utilizar para fomentar la discusión abierta y colaborativa. Al comunicarse con una persona en tales circunstancias, los profesionales deben poder aprovechar las habilidades básicas de comunicación para que las personas perciban que están siendo respetadas, escuchadas y comprendidas, que puedan compartir su experiencia con aquellos involucrados en su apoyo, cuidado y reflexionar sobre lo que podría ayudarlos en esta situación.

En este orden de ideas, NCCMH (2018), plantea que algunas personas tendrán dificultades específicas para comunicarse, lo que puede malinterpretarse como una renuencia a hablar o cooperar. A veces, esto puede explicarse por las emociones intensificadas asociadas con el comportamiento suicida, pero también puede deberse a cualquier condición coexistente que pueda tener un impacto en el estilo de comunicación. Por ello, resulta necesario que los psicólogos clínicos posean este grupo de competencias para el abordaje terapéutico de personas con comportamiento suicida.

De acuerdo a NCCMH (2018), los profesionales que abordan el comportamiento suicida deben estar dotados de las competencias referentes al diseño de propuestas de entrenamiento, para poder realizar la planificación de la psicoeducación en este tema, así como identificar los

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

grupos específicos a los que se puede transmitir y la manera apropiada de impartirla. El cuestionario permitió conocer que algunos de los participantes no poseían estas competencias. La prevención disminuye la probabilidad de que ocurra un suicidio, por tanto es necesario garantizar que todos los psicólogos clínicos posean esta competencia.

El Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) señala que las competencias en torno a postvención abordan las características específicas del proceso de duelo tras la muerte de una persona por suicidio, y especifica cómo deben tenerse en cuenta a la hora de apoyar a las personas en duelo. El cuestionario permitió conocer que la mayoría de los participantes desconocían acerca del término postvención y de las implicaciones del mismo. Como es de suponer el comportamiento suicida, genera un impacto significativo en el entorno de la persona, lo ideal es brindar acompañamiento a las víctimas secundarias para evitar un malestar significativo que pueda afectar el desenvolvimiento diario de los familiares y personas cercanas y promover el comportamiento suicida.

De acuerdo a NCCMH (2018), las competencias descritas en el apartado enlace con otros, se centran en el desenvolvimiento del psicólogo dentro y entre organizaciones, en aras de garantizar y mantener la continuidad de la atención a los casos del comportamiento suicida. Se pudo observar en los resultados del cuestionario que los participantes contaban con estas competencias, de poder integrar otros especialistas al abordaje y así ampliar los factores de protección de las personas que presentan comportamiento suicida.

Según lo planteado por NCCMH (2018), cualquier profesional que busque brindar intervenciones en el comportamiento suicida debe tener competencias terapéuticas generales, las mismas apuntarían a un conocimiento específico de los problemas de salud mental, a partir de su capacitación y experiencias. Esto conformaría el conocimiento básico que permitiría a los profesionales participar en un trabajo colaborativo con la persona, que se centre específicamente en el comportamiento suicida para aumentar la probabilidad de un tratamiento eficaz. Los resultados del cuestionario reflejaron que la mayoría de los participantes poseían estas

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

competencias, lo cual evidencia que el ejercicio profesional en los psicólogos clínicos que participaron en la investigación está estrechamente relacionado con lo planteado por el marco.

De acuerdo a lo planteado por NCCMH (2018), las competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación destacan la importancia de que el psicólogo clínico pueda evaluar el funcionamiento de una persona en diferentes contextos de manera holística, lo que hace más probable que los factores que han llevado al comportamiento suicida puedan determinarse y comprenderse, facilitando la formulación y aplicación de una intervención que sea más eficaz, además de garantizar mayor compromiso en la relación terapeuta, paciente y redes de apoyo.

En síntesis, según los resultados obtenidos, la mayoría de los participantes poseen estas competencias, lo cual evidencia que el ejercicio profesional en los psicólogos clínicos que participaron en la investigación está estrechamente relacionado con lo planteado por el Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios, brindando un abordaje terapéutico adecuado respecto a estas competencias.

Según NCCMH (2018), las evaluaciones de especialistas comprenden competencias en cuanto al conocimiento técnico referente al examen mental y el saber hacer la observación a personas que presentan comportamiento suicida, tomando en cuenta los factores de riesgo. A partir de los resultados obtenidos en el cuestionario, se evidenció que la mayoría de los participantes poseían estas competencias, las cuales les permitirían a los psicólogos tomar decisiones a partir de los resultados, para garantizar el bienestar de la persona con comportamiento suicida.

Por otra parte, la práctica basada en evidencia es esencial para garantizar que los hallazgos más recientes y oportunos se incorporen a las prácticas de primera línea cuando se trabaja con personas que presentan comportamiento suicida, por lo que contar con un repertorio de intervenciones específicas para casos de esta índole pueden prevenir eficazmente la repetición de este tipo de comportamiento (NCCMH, 2018). A partir de los resultados obtenidos, se pudo

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

observar que los participantes contaban con las competencias en intervenciones específicas como la intervención en crisis, la resolución de problemas, y la terapia cognitiva conductual (TCC); de acuerdo a esto, se estableció que las estrategias y técnicas de la TCC, son las más empleadas para el abordaje de casos del comportamiento suicida por los participantes.

Por su parte, el manejo de la terapia conductual dialéctica (DBT) era menor, esto podría deberse que al ser una terapia de la tercera generación, puede ser desconocida para algunos de los participante. Además, en Venezuela se presenta un mayor número de formaciones en cuanto a la TCC en comparación con las terapias de tercera generación, debido a que estas terapias no contaban con suficiente evidencia científica, adicionalmente, se encuentra el déficit en las formaciones en torno al comportamiento suicida en Venezuela, lo que podría explicar la necesidad de difusión de esta terapia que a partir del marco de competencias se destaca la efectividad para disminuir la ocurrencia del comportamiento suicida.

Respecto a las competencias de atención e intervención estructurada, la intervención brindada debe adaptarse a las necesidades individuales para las personas con comportamiento suicida. Dado que la evidencia no favorece fuertemente un enfoque terapéutico sobre otro, el manejo estructurado del comportamiento suicida es importante, por lo que se incluye competencias en cuanto a: intervención en crisis, manejo clínico, planificación de seguridad, evaluación y manejo inicial de autolesiones e intervenciones para autolesiones. Adicionalmente, se propone el manejo de la evaluación y gestión colaborativa de las tendencias suicidas (CAMS), un paquete de cuidados que se solapa con las áreas de actividad anteriores (NCCMH, 2018). Los resultados observados, indicaron que la mayoría de los participantes poseían estas competencias para el abordaje del comportamiento suicida, sin embargo, pocos participantes conocían acerca del manejo de la evaluación y gestión colaborativa de las tendencias suicidas (CAMS).

Las metacompetencias, se refieren al uso del juicio al realizar una actividad o intervención, y son relevantes en todos los aspectos de la práctica profesional (NCCMH, 2018). En cuanto a los resultados obtenidos, todos los participantes afirman que ejercen la psicología siguiendo los

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

parámetros éticos de la profesión y que pueden darse cuenta cuando sus limitaciones o sus prejuicios interfieren en el abordaje terapéutico. Estos hallazgos son relevantes para todos los aspectos de la práctica, ya que los profesionales a menudo necesitan tomar decisiones sobre sí, cuándo o cómo llevar a cabo una actividad, también, de cómo adaptar y actualizar la práctica de manera que se ajuste a la persona y sea coherente con los principios y la evidencia apropiados.

A modo de cierre, es necesario destacar la importancia de que los psicólogos clínicos venezolanos desarrollen competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida, aunque no se cuentan con estadísticas oficiales actualizadas, el OVV (2020) informó que se presentó un aumento porcentual entre 2015 y 2018 de 153% en la ocurrencia de muertes autoinfligidas, reportando que en el 2018 se presentaron 9,7 suicidios por cada 100.000 habitantes. Estas cifras representan un llamado de alerta para los profesionales de la salud mental, específicamente desde la psicología por lo que surge la necesidad de formarse e investigar más sobre este tipo de comportamiento que está afectando al país y a todo el mundo.

CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue analizar las competencias terapéuticas que poseen un grupo de psicólogos clínicos adscritos a los Colegios del estado Miranda y del Distrito Capital para abordar el comportamiento suicida. Para ello, fue necesario realizar una búsqueda exhaustiva que permitió elaborar un marco referencial basado en el Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018).

A partir de los hallazgos encontrados se puede apuntar a una definición del comportamiento suicida, el mismo se define como un continuo, que va de un mínimo a un máximo de riesgo, que sería el suicidio y/o el contagio. Dentro de ese continuo, se encuentran: a) ideas: se presentan como pensamientos intrusivos en torno a la muerte y el deseo de morir; b) amenazas: la persona tiene acceso a los medios pero no realiza la acción, c) intentos: la persona ejecuta la acción pero no alcanza el objetivo; y d) suicidios consumados: la muerte por suicidio. Al abordar casos del comportamiento suicida, se debe partir de la premisa que el objetivo de la persona no es morir sino disminuir el malestar percibido.

Para realizar un abordaje eficaz, es necesario contar con un repertorio de competencias terapéuticas las cuales se conforman de conocimiento y habilidades fundamentales empleados por los terapeutas en su práctica clínica, y tienen sus bases en el aprendizaje teórico y en su estilo de interacción. Por ello, para llevar a cabo el objetivo general, se realizó un cuestionario con base en las competencias propuestas por el estudio realizado en Gran Bretaña (NCCMH, 2018).

De esta manera, se logró identificar que la mayoría de los psicólogos clínicos que participaron contaban con la mayoría de las competencias necesarias para abordar casos de comportamiento suicida. Sin embargo, existe un déficit en algunas de las competencias, lo que sugiere que no existe una estandarización o propuesta de intervención única que se ha comprobado como completamente eficaz, sino que los psicólogos se basan en su formación

CONCLUSIONES

clínica con estrategias que parten de la terapia cognitivo conductual, dejando de lado estrategias que en los últimos años han demostrado ser efectivas en casos de comportamiento suicida como lo son: terapia dialéctica conductual y el manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS).

Adicionalmente, se evidenció un déficit de conocimiento acerca de la postvención y sus implicaciones, más de la mitad de los participantes no poseían información teórica respecto a la misma. También, una cantidad significativa de participantes señaló no poder realizar intervenciones grupales después del suicidio, ni abordar casos de víctimas indirectas/secundarias de suicidio, y no manejar el duelo por el suicidio.

Por otro lado, el desconocimiento de la mayoría de los participantes de las cifras de incidencia, da cuenta de que tal vez en Venezuela la escasa divulgación de información que aporten datos de esta temática ha hecho que el interés acerca de la formación en competencias terapéuticas no haya alcanzado relevancia suficiente para impulsar la formación en el abordaje del comportamiento suicida.

En términos generales, se observó que la mayoría de los psicólogos destacaron en las competencias terapéuticas propias de un psicólogo clínico, sin embargo, en las que se evidenció mayor déficit fueron aquellas competencias terapéuticas que están estrechamente relacionadas con el comportamiento suicida, como lo son: postvención, conocimiento acerca de las cifras e incidencias, propuestas de entrenamiento que apunten a la prevención, conocimientos de los marcos legales, intervenciones específicas y atención e intervención estructurada.

Finalmente, es importante destacar que el presente estudio se enfocó exclusivamente en los trece psicólogos clínicos que participaron en el cuestionario, sería prudente poder incluir a todos los psicólogos clínicos adscritos a los Colegios de Psicólogos del país, con la finalidad de poder analizar las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida en los psicólogos clínicos de Venezuela, con el objetivo de determinar si los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos presentes en este estudio.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Con respecto a las limitaciones presentes en la investigación, destacan:

- Se evidenció el déficit en investigaciones respecto a las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida, son pocas las investigaciones que se han realizado sobre este tópico en países latinoamericanos y más específicamente en Venezuela.
- Debido a que el abordaje del suicidio no es ampliamente abordado en programas de formación, y como se mencionó, son escasas las investigaciones realizadas respecto a las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida, se dificultó el contacto con expertos en el tópico.
- El estudio en que se basa la presente investigación fue realizado en Gran Bretaña, por profesionales de la salud mental con formación europea, y no ha sido adaptado para Latinoamérica. Por lo que las investigadoras se encargaron de la realización de las traducciones, esta información se pudo validar con los jueces expertos, sin embargo, no se cuenta con traducción oficial.
- Se intentó hacer el contacto con los autores del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018), en aras de informar la investigación que se estaba llevando a cabo, invitarlos a participar y validar las traducciones realizadas, sin embargo no se ha recibido respuesta (ver anexo 7).
- Tomando en consideración la accesibilidad de los participantes de la investigación, fue posible trabajar solamente con un grupo de trece psicólogos clínicos: diez adscritos al Colegio de Psicólogos de Distrito Capital y tres al Colegio de Psicólogos de Miranda; aspecto que debe ser considerado al momento de la extrapolación de los resultados.
- Debido a un error técnico en el Formulario de Google Docs, utilizado para el cuestionario, no se registraron la respuesta a cinco ítems de un participante, por lo que desconoce la respuesta de este participante a esos ítems.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se exponen una serie de recomendaciones, con el propósito de promover la continuidad al proceso de investigación en esta área.

- Se requiere que el formulario sea aplicado a más profesionales de la psicología de los colegios presentes en la investigación y a otros colegios, con aras de tener un diagnóstico más completo de las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida en los psicólogos clínicos de Venezuela.
- Someter a revisión, por parte de intérpretes, la traducción realizada del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018).
- Incluir como datos a recolectar, información sobre las universidades en que se formaron los psicólogos que respondan al cuestionario creado para obtener una información más completa sobre la trayectoria de formación del profesional.
- Evaluar los pensums de estudio de las universidades venezolanas que imparten el estudio de la psicología en pregrado para conocer la propuesta de formación respecto al comportamiento suicida y las competencias para su abordaje.
- Diseñar y validar la eficacia de los programas de formación específica en competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida debido a que resulta indispensable que existan más profesionales que se especialicen en este tópico.
- Presentar a los Colegios de Psicólogos de Distrito Capital y Miranda el estudio realizado, con el fin de fomentar la evaluación del desempeño y la formación del profesional de la psicología clínica en competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida.
- Promulgar los resultados de la investigación a la comunidad científica en general para promover la investigación sobre este tópico.
- Fomentar enlaces con los autores del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) para continuar con la promoción de investigaciones sobre esta temática.
- Apoyar al Estado en la tarea de desarrollar, implementar e impulsar políticas dirigidas a la prevención del comportamiento suicida.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro Blanco del Título del Grado en Psicología*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Andrade, J. y Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente 20* (37),70-88.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*. (6ta. Ed). Caracas: Episteme.
- Barrera Hernández, L., Sotelo Castillo, M., & Molina Torres, L. (2021). Importancia y desarrollo de competencias del psicólogo en estudiantes universitarios de último año. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México*, 10(19), 10-27.
- Congreso de la República (1978). *Ley de Ejercicio de la Psicología*. Caracas: autor.
- Córdova, M. Rosales, M. Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana 15* (2), pp. 17-21.
- Daray, F., Grendas, L. y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 73(3), 205-211.
- Durkheim, É. (1897). *Le Suicide*. Paris: Titivillus.
- Federación de Psicólogos de Venezuela. (2023). Quienes Somos. Federación de Psicólogos de Venezuela. <https://acortar.link/BRExli>
- Ferrer, A. (2013). *Características epidemiológicas del intento de suicidio en adolescentes que acuden al Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizarraga”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Carabobo, 2007 – 2012* [Tesis de postgrado]. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Giraldo, L. (2019). *El suicidio: Representaciones sociales y desarrollo de competencias en la intervención por parte de los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional* [Tesis de pregrado]. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gonzalez, J., Wagenaar, R. (2006). Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Proyecto Piloto, Fase 2, de la Universidad de Deusto y Groningen. Bilbao (ES): Universidad de Deusto, 423 p.

REFERENCIAS

- Gonzalez, J.; Wagenaar, R. y Beneitone, P. (2004). Tuning-América Latina: un proyecto de las universidades. *Revista Iberoamericana de educación*, 35, p. 151-164.
- González, V. (2002). ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. *Revista Cubana de Educación Superior*, 1(22), 2002, 45-53.
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4 (3), 163-173.
- Guibert, W. (2002). Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 143-148.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.(2010). *Metodología de la investigación*. (5ta. Ed). Ciudad de México, México: McGrawHill.
- International Association of Applied Psychology [IAAP]. (2016). Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional.
- Inostroza, C. (2022). Programa nacional de prevención del suicidio de Chile: una comparación con la evidencia internacional. *Gobierno y Administración Pública*, 1(2), 123-137.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Machado, E. Y Montes, N. (2020). Competencias, currículo y aprendizaje en la universidad. Examen de los conceptos previos y configuración de una nueva definición. *Transformación*, 16(3), 405-434.
- Marín, B. y Tamayo, G. (2022). Campos fenoménicos que debe investigar, intervenir e impactar el psicólogo hoy: una profesionalización en versión disciplinar. *Revista Grafías* 1 (3) 4-23
- Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250.
- Martínez, C. (2007). *Suicidología Comunitaria para América Latina*. ALFEPSI Editorial
- Ministerio de la Salud y Protección Social. (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). Anuario de mortalidad, 2012. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.

REFERENCIAS

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). Anuario de mortalidad, 2013. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2015). Anuario de mortalidad, 2014. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Prevención de la conducta suicida. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. Washington, DC: EEUU. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- Ortega, M. (2018). *Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Qartuppi: México.
- Observatorio Venezolano de Violencia [OVV]. (2020). *El suicidio en Venezuela: crisis humanitaria y violencia autoinflingida*. Caracas: LACSO.
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J., y Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un Centro de Atención Primaria, Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 1(3), 374-385.
- Pérez, M. y Vásquez, P (2010). *Factores de riesgo psicosociales en la conducta suicida de los adolescentes. Maturín, estado Monagas* [Tesis pregrado]. Ciudad Bolívar, Venezuela: Universidad de Oriente.
- Rodríguez, M. y Salinas, J. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225.
- Rosselló, J. Y Berríos, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38 (2), 295-302.

REFERENCIAS

- Santiago, A. (2000). *Factores de riesgo de suicidio en pacientes menores de 20 años según técnica empleada en el procedimiento de autólisis* [Tesis postgrado]. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Hormé.
- Tellería, C. (2008). Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer [Tesis postgrado]., Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello
- The National Collaborating Centre for Mental Health. (2018). *Self-harm and Suicide Prevention Competence Framework for work with adults and older adults*. London, England: Health Education.
- Tuning-Alfa. (2007). Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina. Deusto: Universidad de Groningen

ANEXOS

Anexo 1.

Traducción de las competencias planteadas por The National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH] (2018).

1. Conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio

Conocimientos básicos sobre salud mental

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los problemas de salud mental pueden afectar a personas de cualquier edad, clase, etnia, religión o ingreso.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los problemas de salud mental y los problemas con el consumo de sustancias (incluido el alcohol) son una de las principales causas de discapacidad.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los problemas de salud mental son factores de riesgo importantes para las enfermedades físicas, así como las lesiones involuntarias e intencionales.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que los problemas de salud mental pueden perturbar el pensamiento, el sentimiento, el estado de ánimo, la capacidad de relacionarse con los demás, el funcionamiento diario y la calidad de vida.
- La capacidad de aprovechar los conocimientos básicos sobre la prevalencia de los problemas de salud mental, por ejemplo: cada año aproximadamente una de cada cuatro personas experimenta un problema de salud mental, los problemas más frecuentes son depresión y trastornos de ansiedad (con ansiedad mixta y depresión la presentación más común).
- El trastorno bipolar y la psicosis son presentaciones relativamente poco comunes, pero pueden estar asociados con problemas de salud adicionales significativos (especialmente si una persona no recibe tratamiento).
- Capacidad de aprovechar los conocimientos básicos de los síntomas y dificultades de funcionamiento que caracterizan los problemas de salud mental comunes.
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de la distinción entre problemas de salud mental y discapacidades de aprendizaje (la primera afecta el pensamiento, el estado de ánimo y el

ANEXOS

comportamiento de una persona, mientras que las personas con discapacidades de aprendizaje experimentan limitaciones en la función intelectual y dificultades con ciertas habilidades).

Búsqueda de ayuda y tratamiento

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el miedo (y a veces la experiencia) al estigma y la discriminación pueden impedir que las personas busquen atención de salud mental.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que solo una de cada ocho personas con problemas de salud mental recibe tratamiento activo.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que para la mayoría de las personas que experimentan problemas de salud mental o sentimientos suicidas, el reconocimiento inicial de que tienen un problema (y que buscan ayuda) es un evento de vida/transición importante.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los tratamientos para problemas de salud mental son eficaces y ayudan a reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que hay una serie de intervenciones psicológicas, psicosociales y médicas para los problemas de salud mental y que:
 1. los tratamientos se pueden ofrecer de forma independiente, secuencial o en combinación.
 2. el acceso a los tratamientos en todas las modalidades puede estar limitado por la disponibilidad y la prestación de servicios locales.

Conocimiento de autolesiones y suicidio

Terminología

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de las definiciones de autolesión y suicidio:

- ✓ **autolesión** se refiere a un acto de autointoxicación o autolesión en el contexto de angustia emocional o psicológica, con o sin intención de morir
- ✓ **'suicidio'** se refiere al acto intencional de quitarse la vida
- ✓ **'intento de suicidio'** se refiere a un acto de autolesión en el que una persona pretendía morir, y creía que los medios y el método del intento sería fatal
- ✓ **'ideación suicida'** se refiere a una persona que tiene pensamientos sobre el suicidio (pero no necesariamente actúa sobre estos pensamientos)
- ✓ **'intención suicida'** se refiere a la intención de actuar sobre la ideación suicida

Conocimiento de posibles intervenciones

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que la autolesión y el suicidio son prevenibles y susceptibles a una serie de intervenciones clínicas individuales, de salud pública y basadas en la población.

Frecuencia de autolesiones y suicidio

- La capacidad de aprovechar el conocimiento sobre la frecuencia de autolesiones y suicidios en la población general, por ejemplo que:
 - ✓ El suicidio es la principal causa de muerte en hombres de 20 a 49 años.
 - ✓ El suicidio es la causa más frecuente de muerte (responsable de alrededor del 1% de toda la mortalidad).
 - ✓ Entre 1 de cada 5 a 1 de cada 7 personas se han autolesionado a los 20 años en algún momento de su vida:
 1. 5% de la población reporta intento de suicidio
 2. 9% de la población experimenta ideas suicidas
 3. 3% de la población hace planes para terminar con sus vidas
 4. 5% de la población realiza intentos de suicidio no letales

Conocimiento de salud mental, autolesiones y suicidio

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la autolesión y el suicidio son expresiones de angustia psicológica abrumadora e intensa, y que:
- Los actos de autolesión y suicidio a menudo (pero no siempre) están asociados con problemas de salud mental, como:
 - ✓ Depresión
 - ✓ Psicosis
 - ✓ Trastornos de personalidad (particularmente trastorno de personalidad emocionalmente inestable)
 - ✓ Trastornos de ansiedad
 - ✓ Anorexia nervosa

ANEXOS

- ✓ Comorbilidad de los trastornos anteriores (p. ej., con abuso de alcohol y sustancias o con condiciones de salud física a largo plazo).
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que aunque más del 90% de las personas que mueren por suicidio tienen un historial de problemas de salud mental, la mayoría de las personas con tales problemas nunca intentan suicidarse (y por lo tanto, la salud mental es un mal predictor de suicidio).

Vulnerabilidad

Capacidad de aprovechar el conocimiento de poblaciones con tasas de autolesiones o suicidios más altas que la población general, como: determinados grupos según su sexo:

- ✓ Hombres de mediana edad y hombres mayores (que tienen un mayor riesgo de suicidio completo).
- ✓ Hombres y mujeres divorciados y solteros, mujeres más jóvenes (que están en mayor riesgo de autolesión, pero no de suicidio)
- ✓ Hombres en la industria de la construcción
- ✓ Jóvenes atendidos en el sistema asistencial
- ✓ Hombres y mujeres de 35 a 54 años
- ✓ Personas que se identifican como LGBTQ+
- ✓ Personas con discapacidades de aprendizaje y condiciones de desarrollo neurológico (como el trastorno del espectro autista).
- ✓ Personas con problemas de salud física a largo plazo y limitaciones en la vida cotidiana
- ✓ Personas de entornos socioeconómicos desfavorecidos
- ✓ Personas con deudas o personas desempleadas con bajo nivel educativo
- ✓ Personas que abusan del alcohol o las drogas
- ✓ Personas de algunos (pero no todos) orígenes de minorías étnicas (p. ej., mujeres indias y de África oriental)
- ✓ Refugiados y solicitantes de asilo
- ✓ Grupos ocupacionales con mayor acceso a medios de suicidio
- ✓ Personas dentro del sistema de justicia penal (incluidos los delincuentes sexuales recién revelados), especialmente al inicio del encarcelamiento e inmediatamente después de la liberación
- ✓ Veteranos militares
- ✓ Personas de la comunidad de viajeros

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los factores sociales asociados con mayores tasas de autolesiones y/o suicidio, tales como:

- ✓ Aislamiento social
- ✓ Problemas económicos
- ✓ Personas sin hogar y/o viviendas inseguras o inadecuadas

Capacidad para aprovechar el conocimiento de factores que podrían aumentar o disminuir el riesgo de autolesión o suicidio de una persona, tales como:

- ✓ factores que pueden aumentar el riesgo:
- ✓ presencia de problemas de salud mental (especialmente depresión)

ANEXOS

- ✓ anteriores autolesiones o intentos de suicidio
- ✓ antecedentes familiares de suicidio
- ✓ sentimientos de desesperanza
- ✓ aislamiento y sensación de estar aislado de la gente
- ✓ exposición al suicidio de otra persona en un entorno institucional (p.ej. escuela, universidad, lugar de trabajo u hospital)
- ✓ capacidad disminuida para la resolución de problemas (y por lo tanto no poder generar una solución o una salida de las dificultades)
- ✓ experiencia de pérdida importante
- ✓ acceso a medios de daño potencialmente letales
- ✓ duelo por suicidio
- ✓ experiencia de abuso actual o pasado y/o maltrato (incluyendo violencia doméstica)
- ✓ problemas de salud física a largo plazo (particularmente en mujeres) antecedentes de abuso de alcohol y/o drogas tendencias impulsivas o agresivas
- ✓ Falta de voluntad para buscar ayuda (p. ej., debido al estigma percibido sobre el acceso a los servicios de salud mental)
- ✓ transiciones en el cuidado
- ✓ factores que pueden disminuir el riesgo:
- ✓ acceso al apoyo social y cultural
- ✓ apoyo de la familia, cuidadores, otras personas y amigos
- ✓ compromiso con un profesional de la salud y/o servicios de salud

Conocimiento del impacto de la autolesión y el suicidio en los demás

- Capacidad de aprovechar el conocimiento de los efectos del duelo por suicidio en las personas y las comunidades
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que el impacto de una muerte por suicidio será una interacción entre las circunstancias de una persona y la naturaleza de su relación con el fallecido.

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar el conocimiento del impacto de la autolesión o el comportamiento suicida de una persona en el bienestar emocional y la salud mental de su familia, cuidadores, otras personas y familiares y amigos en general.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que algunas personas pueden reaccionar al conocimiento de (o noticias sobre) un suicidio convirtiéndose en suicidas, y por lo tanto puede haber un mayor riesgo, por ejemplo cuando: un suicidio ocurre dentro de la red social de una persona particularmente:
 - ✓ Entre pares, en el contexto de entornos educativos como escuelas o universidades (y donde puede haber un riesgo de 'grupos suicidas').
 - ✓ Dentro de su red personal o social donde se identifican con la persona que ha muerto.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que cuando se produce una muerte entre jóvenes en entornos educativos (como escuelas o universidades) algunos de los compañeros del difunto pueden estar en mayor riesgo de suicidio a través de un proceso de 'contagio social'.
- Capacidad de aprovechar el conocimiento del papel de la 'intervención posterior' (intervenciones con el objetivo de manejar el sufrimiento después de una muerte por suicidio e identificar a las personas que pueden estar en mayor riesgo).

Comprensión de la autolesión y la ideación y el comportamiento suicidas

- Esta sección describe nuestra comprensión actual de los factores que pueden conducir a la autolesión y la ideación y el comportamiento suicida.
- Para mayor claridad, los modelos de autolesión y suicidio se describen por separado, pero es importante tener en cuenta que hay continuidades y discontinuidades entre estas áreas, y que en algunas personas habrá estrechos vínculos entre ellas.
- Las intervenciones para ayudar a las personas que se autolesionan o son suicidas se basan en los principios establecidos en esta sección; como tales, orientan la práctica establecida en otras áreas de este marco

Marcos para comprender la autolesión

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que, si bien hay muchas motivaciones para autolesionarse, el objetivo no suele ser la muerte (y es esto lo que lo distingue del comportamiento suicida).
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que puede ser difícil atribuir motivación, y que esto puede cambiar dentro y a través de los actos.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que (cualquiera que sea la motivación) la autolesión está asociada con una mayor probabilidad de suicidio.

ANEXOS

- La capacidad de atraer el conocimiento de que no es útil ver la autolesión como 'búsqueda de atención' o manipuladora, y así descartar su significado potencial y su significado para la persona.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la función de autolesión se determina mejor observando incidentes específicos que condujeron y siguieron a la autolesión.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento que las personas que se autolesionan pueden experimentar:
 - ✓ Mayores niveles de efecto negativo en general (p. ej., depresión, ansiedad, hostilidad, ira, autoestima negativa) que sus compañeros que no se autolesionan
 - ✓ Emociones más fuertemente que sus compañeros que no se autolesionan y se sienten menos cómodos expresando sus emociones a otros verbalmente
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que se cree que la autolesión se desarrolla a través de la interacción de factores a largo plazo (predisponentes) y factores más inmediatos
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de la existencia de factores que pueden predisponer a las personas a autolesionarse, como:
 - ✓ Una predisposición genética para una fuerte reactividad emocional
 - ✓ Altos niveles de crítica y hostilidad familiar
 - ✓ Experimentar abuso y/o maltrato durante la infancia
 - ✓ Factores de riesgo intrapersonales e interpersonales, como las crisis y pérdidas graves en las relaciones
 - ✓ Emociones de alta aversión
 - ✓ Dificultad para tolerar altos niveles de angustia
 - ✓ Malestar con sentimientos fuertes
 - ✓ Dificultad para expresar los sentimientos verbalmente
- Capacidad de recurrir a factores de riesgo interpersonales para autolesionarse:
 - ✓ Malas habilidades de comunicación
 - ✓ Escasas habilidades sociales para resolver problemas
- Una habilidad para aprovechar el conocimiento que antes de autolesionarse, una persona experimenta comúnmente:

ANEXOS

- ✓ Sentimientos de rechazo
- ✓ Sentimientos negativos abrumadores dirigidos al yo (como la ira, la vergüenza, el disgusto o la culpa)
- ✓ Entumecimiento
- ✓ Fuertes sentimientos negativos dirigidos hacia otros
- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de las formas en que la autolesión puede funcionar para ayudar a manejar estados emocionales intensos, por ejemplo:
 - ✓ Liberando una sensación de tensión insoportable
 - ✓ Detener los malos sentimientos
 - ✓ Afecto regulador
 - ✓ Reducir la experiencia de dolor emocional
 - ✓ Comunicar el nivel de angustia que se experimenta (y así llamar la atención sobre su presencia)
 - ✓ Aliviar una sensación de frustración
 - ✓ Aliviar la experiencia de entumecimiento emocional (p.ej. sentir algo, incluso si es dolor)
- Una habilidad para aprovechar el conocimiento de las formas en que la autolesión puede funcionar para ayudar a manejar cogniciones intensas, por ejemplo, como una forma de:
 - ✓ Control de los pensamientos de carreras
 - ✓ Suprimir pensamientos no deseados
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que, si bien inmediatamente después de la autolesión puede haber una sensación de alivio, a menudo esto es seguido por sentimientos negativos como la culpa y la vergüenza
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la autolesión puede convertirse en una respuesta habitual a sentirse abrumado o estresado, reforzada por la experiencia de: Aumento de la sensación positiva (inmediata pero de corta duración) disminución de las emociones negativas (inmediata pero de corta duración) mayor atención a la angustia de los demás.

Marcos para entender el suicidio

- La capacidad de aprovechar la conciencia de los modelos que identifican los factores asociados con la aparición de ideas e intenciones suicidas

ANEXOS

- La capacidad de atraer el conocimiento de que, debido a que estos modelos llaman la atención sobre factores que son generalmente relevantes, no deben utilizarse como indicadores de riesgo en ninguna persona (debido al desafío de predecir la autolesión y el suicidio).
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que no se trata de modelos competidores, sino que se consideran más complementarios y superpuestos, y cada uno se centra en diferentes aspectos de la experiencia de una persona
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de modelos que ayudan a entender los factores que llevan a una persona a pasar de una fase 'motivacional' (en la que se desarrolla la ideación suicida) a una fase 'volitiva' (en la que se toma la decisión de actuar sobre esta ideación)
- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de modelos psicológicos que enfatizan el papel de pensamientos abrumadores y sentimientos de desesperanza sobre uno mismo, el futuro y la capacidad de cambiar las circunstancias para mejor, un estado mental que tiene una serie de determinantes potenciales:

Factores de disposición de larga data que se vuelven más problemáticos en presencia de estrés, como:

- ✓ Un sentido de que los demás establecen un alto estándar para el yo, y que el cumplimiento de estas normas es una condición para ser aceptado por los demás
- ✓ Una capacidad restringida para aplicar estrategias de resolución de problemas que podrían mejorar las dificultades
- ✓ Una tendencia a emplear formas de pensar poco útiles (como la generalización excesiva, saltar a conclusiones o el pensamiento 'todo o nada') que a su vez exacerba la angustia
- ✓ Impulsividad, particularmente cuando se combina con una tendencia a responder a las dificultades con la agresión
- ✓ Procesos asociados con problemas de salud mental
- ✓ Formas antiguas y poco útiles de dar sentido al mundo que se activan al tratar de gestionar los desafíos, y que:

-Tienen a dar forma a formas de pensamiento poco útiles

-Aumentar la prominencia (y presencia) de los pensamientos negativos

- ✓ Procesos asociados con actos suicidas en los que una persona tiene la intención de morir
- ✓ Atrapamiento combinado con una sensación de desesperanza sobre el futuro (una sensación de que la situación actual no puede cambiarse y es intolerable), lo que a su vez lleva a:

-'desconexión cognitiva' en la que la toma de decisiones 'racional' se ve afectada por angustia extrema, inquietud, pensamientos acelerados y agitación

-'estrechamiento de la atención' - un enfoque estrecho en el presente que excluye el pensamiento 'racional' y la solución de problemas

ANEXOS

-'fijación atencional' en la que el suicidio parece ser la única opción, lo que a su vez refuerza una sensación de desesperanza

- ✓ Una espiral descendente en la que la desesperanza y la fijación atencional interactúan, y que promueve aún más la intención suicida
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de modelos psicológicos en los que el comportamiento suicida surge de una interacción entre la ideación suicida y las circunstancias que aumentan la probabilidad de que una persona actúe sobre sus pensamientos suicidas, en particular:
 - ✓ Una sensación de derrota, humillación y/o trampa
 - ✓ La ausencia de expectativas positivas alcanzables para el futuro, combinada con bajos niveles de resiliencia
 - ✓ La sensación de que no se ha satisfecho la necesidad de conexión, por lo que se ha frustrado la posibilidad de pertenencia social (caracterizada por sentimientos de soledad y la ausencia de una relación de cuidado recíproco);
 - ✓ Experimentándose a sí mismo como una carga, junto con una sensación de desesperanza de que este es un estado de cosas inmutable, empeorado por factores como:
 - ✓ Experiencias infantiles adversas, conflictos familiares, desempleo o enfermedad física
 - ✓ Un estado afectivo de auto-odio, caracterizado por baja autoestima, auto-culpa y vergüenza, y un estado mental de agitación
- Una capacidad comprender que el suicidio en combinación con otros factores, puede aumentar la probabilidad de que una persona pase de la fase motivacional a la fase volitiva, tales como:
 - ✓ Una historia de comportamiento impulsivo y agresivo
 - ✓ Acceso a los medios para el suicidio y planes para actuar
 - ✓ Un miedo reducido a la muerte
 - ✓ Imaginarse como moribundo o muerto
 - ✓ Elevada tolerancia física al dolor
 - ✓ Evaluación cognitiva de que el dolor involucrado en el método elegido de suicidio es tolerable
 - ✓ Un miedo disminuido al dolor y a la muerte adquirido a través de la habituación a acontecimientos de la vida dolorosos y que inducen miedo tales como:
 - ✓ Anteriores autolesiones e intentos de suicidio (tanto intentados como abortados)

ANEXOS

- ✓ Practicar o prepararse para un comportamiento suicida

La capacidad de aprovechar el conocimiento de modelos que enfatizan la centralidad de la desregulación emocional, un estado mental caracterizado por vulnerabilidad afectiva, ejemplificada por:

- ✓ Reactividad emocional
- ✓ Labilidad emocional
- ✓ Experimentar emociones negativas insoportables intensas
- ✓ Un historial de respuesta impulsiva en respuesta a estados afectivos negativos agudos
- ✓ Dificultad para tolerar y regular las emociones (y dificultad para experimentar las emociones mismas)
- ✓ Dificultad para acceder a estrategias de autorregulación adecuadas
- ✓ La experiencia de la desesperanza de poder efectuar un cambio en las circunstancias
- ✓ La percepción de que el alivio solo vendrá por autolesión o suicidio

Conocimiento del impacto de las desigualdades sociales sobre la autolesión y el suicidio

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las desigualdades sociales están asociadas con mayores tasas de autolesiones y suicidio
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que existe una relación inversa entre la clase social ocupacional y el riesgo de suicidio y autolesiones
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las personas que viven en zonas de mayor privación socioeconómica tienden a tener tasas más altas de suicidio, y que:
 - ✓ Los ingresos hospitalarios después de autolesiones son dos veces más altos en los barrios más desfavorecidos en comparación con los más ricos
 - ✓ Los hombres de la clase social más baja que viven en las zonas más desfavorecidas corren un riesgo de suicidio hasta diez veces mayor que los de la clase social más alta que viven en las zonas más prósperas
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que cuanto mayor sea el nivel de privación experimentado, mayor será el riesgo de comportamiento suicida
- La capacidad de aprovechar conocimientos que:
 - ✓ Los hombres son más vulnerables que las mujeres a los efectos adversos de la recesión económica, incluido el riesgo de suicidio
 - ✓ Los hombres desempleados tienen entre dos y tres veces más probabilidades de morir por suicidio que los empleados

ANEXOS

- ✓ Los trabajadores menos cualificados (p. ej., los trabajadores de la construcción) tienen tasas más altas de suicidio
- ✓ Una combinación de bajo nivel educativo y falta de vivienda aumenta el riesgo de suicidio de una persona
- ✓ Las personas que sufren desventajas socioeconómicas y experiencias adversas (como el desempleo y la deuda inmanejable) tienen un mayor riesgo de comportamiento suicida, en particular durante los períodos de recesión económica
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las personas que están en desventaja socioeconómica se cree que están en mayor riesgo de autolesión y suicidio porque son más propensos a experimentar experiencias estresantes en curso/ eventos negativos de la vida, tales como:
 - ✓ Adversidad
 - ✓ Mala salud mental
 - ✓ Ruptura de la relación
 - ✓ Aislamiento social
 - ✓ Experiencia de estigma
 - ✓ Angustia emocional
 - ✓ Dificultades para acceder a prestaciones sociales u otro tipo de apoyo financiero
- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que algunas poblaciones pueden estar en mayor riesgo de autolesiones y suicidio, tales como:
 - ✓ Personas que se identifican como LGBTQ+
 - ✓ Personas que han estado/están en el sistema de justicia penal
 - ✓ Personas de la comunidad de viajeros
 - ✓ Personas que han sido objeto de trata
 - ✓ Refugiados y solicitantes de asilo
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que, si bien algunos grupos étnicos minoritarios tienen un mayor riesgo de autolesión y suicidio, otros presentan un riesgo reducido o no mayor que el de la población en su conjunto
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que dentro de los grupos étnicos minoritarios puede haber diferencias en la vulnerabilidad entre hombres y mujeres

ANEXOS

Conocimiento de las políticas y procedimientos organizacionales relevantes para las autolesiones y el suicidio

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las formas en que las políticas nacionales y locales* se aplican a la organización y su respuesta y responsabilidades para las personas que se autolesionan y/o son suicidas, y que:

- Identificar el rango esperado de respuestas a la autolesión y el suicidio; por ejemplo, cómo la organización y sus profesionales:
 - a) Minimizar las oportunidades físicas para que las personas se involucren en conductas autolesivas y suicidas (por ejemplo, identificando y eliminando posibles puntos de ligadura).
 - b) Responder y apoyar a quienes presentan conductas autolesivas o suicidas.
 - c) Registrar (y, cuando sea necesario, compartir) información sobre las intervenciones ofrecidas a las personas que se autolesionan y/o son suicidas.
 - d) Apoyar, supervisar y capacitar al personal que ofrece apoyo directo a las personas que se autolesionan y/o son suicidas.
 - e) Revisar y aprender de incidentes graves (por ejemplo, una muerte por suicidio).
- Describir los procedimientos para la comunicación dentro de la organización y con los servicios asociados.
- Identificar las responsabilidades de los profesionales en cada nivel de la organización (y así identificar los límites de responsabilidad y los procedimientos a seguir cuando se alcanzan)

La capacidad de la organización para garantizar que los nuevos miembros del personal reciban una inducción que:

- Les permite aprender cómo se aplican las políticas y procedimientos relevantes a su práctica.
- Identifica los principios que subyacen a las políticas y los procedimientos (con el objetivo de que la implementación responda a las personas, en lugar de a los procedimientos)

La capacidad de la organización para hacer los arreglos apropiados:

- Mantener el conocimiento de los profesionales sobre las políticas y procedimientos actuales.
- Para la supervisión y capacitación continua que permite a los profesionales implementar políticas y procedimientos relevantes.

* Por ejemplo:

Estrategia de Prevención del Suicidio

Directrices NICE sobre suicidio, autoagresión y depresión La visión a cinco años del futuro

Orientación de las autoridades locales para desarrollar planes para responder a las autolesiones y el suicidio.

Orientación local desarrollada para un servicio u organización.

Capacidad para operar dentro y entre organizaciones.

La entrega efectiva de competencias relacionadas con el trabajo con y dentro de las organizaciones depende de su integración con las demás competencias básicas y, en particular, las relacionadas con la confidencialidad y el consentimiento.

Se aplican principios similares cuando se trabaja con personas tanto dentro de una organización como de otras organizaciones.

Conocimiento de las responsabilidades de cada profesional y de otros servicios.

ANEXOS

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las áreas específicas de las que ellos y los miembros de su propio servicio son responsables (en relación con la evaluación, planificación, intervención y revisión) Habilidad para aprovechar el conocimiento de las funciones, responsabilidades, cultura y práctica de los profesionales de otras agencias.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de la gama de agencias que trabajan con personas y sus familias y cuidadores, incluidos los servicios comunitarios

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las vías locales de atención y los criterios de inclusión y exclusión que son aplicables.

Conocimiento de los fundamentos para trabajar entre organizaciones.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que la principal razón para trabajar en distintas organizaciones es cuando hay indicios de que trabajar de esta manera beneficiará a la persona.

La capacidad de determinar cuándo el trabajo entre agencias es una respuesta adecuada a las necesidades de una persona.

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de la importancia de colaborar con:

- Agencias que ya están involucradas en el cuidado de una persona y (cuando corresponda) de sus familias o cuidadores.
- Agencias cuya participación es importante o crítica para el bienestar de una persona y (cuando corresponda) de sus familias o cuidadores.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de la importancia de comunicarse con colegas de otras agencias en una etapa temprana, antes de que los problemas se agraven.

Conocimiento de las políticas locales y de la legislación pertinente.

Capacidad para aprovechar el conocimiento de las políticas locales sobre confidencialidad e intercambio de información tanto dentro del equipo multidisciplinario como entre diferentes agencias.

En relación con el trabajo que involucra a niños y jóvenes, la capacidad de aprovechar el conocimiento de las normas, políticas y procedimientos nacionales y locales de protección infantil.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de las políticas y procedimientos nacionales y locales con respecto a la evaluación y gestión del riesgo clínico

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los procedimientos locales cuando una persona no asiste a las citas, y donde esto tiene implicaciones para la planificación de la atención en todas las agencias.

Conocimiento de procedimientos interinstitucionales.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los procedimientos para plantear inquietudes cuando una persona está en riesgo de sufrir daños, incluidos los procedimientos para:

- Hacer una referencia a otras agencias.
- Compartir preocupaciones con otras agencias.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los procedimientos de registro comunes en todas las agencias (por ejemplo, sistemas de TI/bases de datos compartidos).

Intercambio de información dentro y entre servicios

La capacidad de juzgar caso por caso los beneficios y riesgos de compartir información contra los beneficios y riesgos de no compartir información.

Habilidad para discutir temas de consentimiento y confidencialidad con una persona*:

- En relación con el intercambio de información entre agencias.
- Asegurar y registrar su consentimiento para compartir información

ANEXOS

La capacidad de aprovechar el conocimiento de cuándo es apropiado compartir información sin el consentimiento de una persona.

Habilidad para cotejar y registrar información relevante recopilada de otras agencias.

La capacidad de evaluar la información recibida de otras agencias, incluyendo:

- Distinguir la observación de la opinión.
- Identificar cualquier brecha significativa en la información

La capacidad de compartir información relevante con las agencias apropiadas (basado en el principio de "necesidad de saber").

- La capacidad de evaluar cuándo no es necesario compartir información y/o cuándo se deben rechazar las solicitudes para compartir información.

La capacidad de garantizar que el intercambio de información sea necesario, proporcionado, relevante, preciso, oportuno y seguro.

La capacidad de registrar lo que se ha compartido, con quién y con qué propósito.

La capacidad de buscar consejo cuando hay dudas sobre el intercambio de información.

* La consideración detallada del consentimiento y la confidencialidad se puede encontrar en la sección correspondiente del marco de competencias.

Comunicación con otras agencias.

Habilidad para asegurar una comunicación efectiva con profesionales en otras agencias al:

- Escuchar sus perspectivas y preocupaciones.
- Asegurarse de que se escuchen las propias perspectivas e inquietudes.
- Reconocer explícitamente aquellas áreas donde hay perspectivas y preocupaciones comunes, y donde hay diferencias.
- Identificar y actuar sobre cualquier implicación de las diferencias de perspectiva o preocupación para la entrega de una intervención efectiva

Habilidad para proporcionar comunicación escrita y verbal oportuna:

- La capacidad de tener en cuenta el hecho de que los términos profesionales, las abreviaturas y los acrónimos pueden no ser entendidos o interpretados de la misma manera por los trabajadores de las diferentes agencias.

Habilidad para identificar barreras potenciales para una comunicación efectiva y, cuando sea posible, para desarrollar estrategias para superarlas.

Coordinación del trabajo con otras agencias.

La capacidad de contribuir a las reuniones interinstitucionales en las que se planifica y coordina el trabajo entre agencias.

Habilidad para acordar metas, objetivos y plazos para la evaluación y/o intervención de cada agencia

La capacidad de explicar a los trabajadores de otras agencias:

- El modelo que se aplica.
- Cualquier suposición hecha por el modelo, y que puede no ser obvia o compartida con los trabajadores de otras agencias.

La capacidad de revisar periódicamente los resultados de una persona en relación con los objetivos especificados.

Reconocer los desafíos del trabajo interinstitucional.

Capacidad para reconocer cuándo se ve comprometido el trabajo interinstitucional efectivo e identificar las razones de esto, por ejemplo:

- Factores institucionales/sistémicos (como diferencias de poder o luchas por el dominio de una agencia sobre otra).
- Conflictos de interés.

ANEXOS

- Falta de confianza entre profesionales (especialmente cuando esto refleja el "legado" de contactos anteriores).
- Falta de claridad sobre quién asume la responsabilidad en cada organismo.

La capacidad de reconocer cuándo otra agencia no ha respondido adecuadamente a una solicitud, referencia o inquietud, y abordar esto directamente.

Una habilidad para reconocer cuando uno está en riesgo de trabajar más allá de los límites de su alcance profesional.

Conocimiento y capacidad para operar dentro de las pautas profesionales y éticas.

Las normas de conducta establecidas en este documento son las que se esperan de todos profesionales que trabajan con personas que se autolesionan o son suicidas. se aplican a una amplia gama de profesionales, así como aquellos que no tienen un núcleo profesión, pero de quién se esperaría que se adhiriera a las normas operativas internas procedimientos de su organización.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que la orientación ética y profesional representa un conjunto de principios que deben interpretarse y aplicarse a situaciones únicas.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de la legislación de salud mental relevante para la práctica profesional.

Capacidad para aprovechar el conocimiento de los códigos de ética y conducta relevantes que se aplican a todas las profesiones, y a la profesión de la que el profesional es miembro.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de las políticas locales y nacionales en relación con:

- Capacidad y consentimiento.
- Confidencialidad.
- Protección de Datos

Autonomía.

Una capacidad para que los profesionales reconozcan los límites de su propia competencia y no intenten practicar una intervención para la cual no tienen la capacitación adecuada supervisión o (en su caso) cualificación de especialista.

Una capacidad para que los profesionales reconozcan los límites de su competencia, y en tales puntos:

- La capacidad de referirse a colegas o servicios con el nivel apropiado de capacitación y/o habilidad.
- Capacidad para que los profesionales informen a una persona cuando la tarea va más allá de su competencia, de una manera que mantiene su confianza y compromiso con servicios.

Habilidad para identificar y minimizar el potencial de daño.

La capacidad de responder con prontitud cuando hay evidencia de que las acciones de un colega ponen a un usuario del servicio o a otro colega en riesgo de daño por:

- Actuar de inmediato para abordar la situación.
- Denunciar el incidente a las autoridades competentes.
- Cooperar con investigadores internos y externos.

Al supervisar a colegas, la capacidad de tomar medidas razonables para garantizar que reconozcan los límites de su competencia y no intenten practicar más allá de ellos.

La capacidad de consultar o colaborar con otros profesionales cuando se requiere información o experiencia adicional.

Capacidad para obtener el consentimiento.

ANEXOS

La capacidad de ayudar a una persona a tomar una decisión informada sobre una intervención propuesta al establecer sus beneficios y sus riesgos, junto con proporcionar esta información sobre cualquiera otra intervención alternativa.

La capacidad de garantizar que una persona otorgue su consentimiento explícito para proceder con una intervención.

En el caso de que se rechace o retire el consentimiento, y cuando la naturaleza de su presentación signifique que no se justifica la intervención en ausencia del consentimiento, la capacidad de respetar el derecho de una persona a tomar esta decisión.

En situaciones en las que una persona niega su consentimiento, pero la naturaleza de su presentación justifica una intervención inmediata, la capacidad de:

- Evaluar el riesgo de la intervención y, en su caso, proceder según se requiera.
- Intentar obtener el consentimiento, aunque esto puede no ser posible.
- Asegurarse de que la persona esté completamente protegida.

Habilidad para manejar la confidencialidad.

La capacidad de garantizar que la información sobre una persona se trate como confidencial y se use solo para los fines para los que se proporcionó

Al comunicarse con otras partes, la capacidad de:

- Identificar las partes con las que es apropiado comunicarse.
- Restringir la información a la necesaria para actuar adecuadamente.

La capacidad de garantizar que una persona esté informada sobre cuándo y con quién se puede compartir su información.

La capacidad de restringir el uso de datos personales para:

- El propósito de cuidar a los usuarios del servicio.
- Aquellas tareas para las que se ha dado permiso.

La capacidad de garantizar que los datos se almacenen y administren de acuerdo con las disposiciones de la legislación de protección de datos.

Compartir información para mantener la seguridad.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que es apropiado violar la confidencialidad al retener información podría:

- Poner a la persona o a otros (p. ej., miembros de la familia, cuidadores, personas importantes, profesionales o un tercero) en riesgo de daño significativo.
- Perjudicar la prevención, detección o enjuiciamiento de un delito grave.
- Dar lugar a un retraso injustificado en la realización de investigaciones sobre alegaciones de daños significativos a terceros.

La capacidad de juzgar cuándo lo mejor para una persona es divulgar información, teniendo en cuenta sus deseos y puntos de vista sobre el intercambio de información, teniendo en cuenta:

- Que la divulgación es apropiada si evita un daño grave a una persona que carece de capacidad.
- La inmediatez de cualquier riesgo de suicidio (por ejemplo, el grado de planificación, el tipo de método de suicidio planeado o ya intentado, circunstancias como estar solo, rechazar el tratamiento, beber mucho o estar bajo la influencia de drogas).

La capacidad de basarse en el conocimiento de que el deber de confidencialidad no impide escuchar las opiniones de los familiares o cuidadores, o proporcionarles información general sobre gestionar una crisis o buscar apoyo.

La capacidad de juzgar cuando se comparte información dentro y entre agencias puede ayudar a controlar el riesgo de suicidio.

La capacidad de discutir inquietudes sobre la divulgación con colegas sin revelar la identidad de la persona.

ANEXOS

Habilidad para mantener estándares de conducta apropiados.

La capacidad de garantizar que las personas que se autolesionan o son suicidas sean tratadas con dignidad, respeto, amabilidad y consideración.

Una capacidad para que los profesionales mantengan los límites profesionales, por ejemplo, mediante:

- Asegurarse de que no utilizan su posición y/o función en relación con la persona para promover sus propios fines.
- No aceptar obsequios, hospitalidad o préstamos que puedan interpretarse como una forma de que la persona obtenga un trato preferencial.
- Mantener límites personales y sexuales claros y apropiados con los usuarios de los servicios, sus familias y otras personas importantes.

La capacidad de reconocer la necesidad de mantener estándares de comportamiento que se ajusten a los códigos de conducta profesionales tanto dentro como fuera del trabajo.

Una capacidad para que los profesionales representen sus cualificaciones, conocimientos, habilidades y experiencia con precisión.

Habilidad para mantener estándares de competencia.

La capacidad de tener en cuenta la mejor evidencia disponible de efectividad al emplear enfoques terapéuticos.

Una capacidad para mantener y actualizar habilidades y conocimientos a través de la participación en el desarrollo profesional continuo.

La capacidad de reconocer cuándo se ha cuestionado la idoneidad para practicar e informar de ello a las partes pertinentes (incluida la dirección local y el organismo de registro pertinente).

Documentación.

La capacidad de mantener un registro para cada persona, que:

- Se escribe con prontitud.
- Es conciso, legible y está escrito en un estilo que sea accesible para los lectores previstos.
- Identifica a la persona que ha ingresado el registro (es decir, está firmada y fechada).

La capacidad de garantizar que se mantengan registros después de cada contacto con una persona o con profesionales relacionados con ellos.

Una capacidad, cuando sea necesario, para actualizar los registros existentes de una manera clara que no sobrescriba los elementos existentes (por ejemplo, para corregir un error de hecho).

La capacidad de garantizar que los registros se almacenen de forma segura, de acuerdo con las políticas y guías locales y nacionales.

Capacidad de comunicar

Habilidad para comunicarse clara y efectivamente con personas y otros profesionales y servicios.

La capacidad de compartir conocimientos y experiencia con colegas profesionales en beneficio de la persona.

Habilidad apropiada para delegar tareas

Al delegar tareas, la capacidad de garantizar que éstas sean:

- Delegado a personas con el nivel necesario de competencia y experiencia para completar la tarea de manera segura, efectiva y a un nivel satisfactorio.
- Completado al estándar necesario al monitorear el progreso y el resultado.

La capacidad de proporcionar una supervisión adecuada a la persona a quien se ha delegado la tarea.

La capacidad de respetar la decisión de cualquier persona que sienta que no puede cumplir con la tarea delegada por falta de habilidad o competencia.

ANEXOS

Capacidad para abogar por los usuarios de los servicios.

La capacidad de trabajar con otros para promover la salud y el bienestar de las personas, sus familias y cuidadores en la comunidad en general, por ejemplo:

- Escuchando sus preocupaciones.
- Involucrarlos en los planes para cualquier intervención.
- Mantener la comunicación con los colegas involucrados en su cuidado.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los servicios locales para abogar por las personas en relación con el acceso a la atención, la información y los servicios sociales y de salud.

La capacidad de responder a las quejas sobre la atención o el tratamiento de manera rápida, abierta y manera constructiva (incluida la capacidad de ofrecer una explicación y, si corresponde, una disculpa y/o seguir los procedimientos locales de quejas).

- La capacidad de garantizar que cualquier atención posterior no se retrase ni se vea afectada negativamente por la queja o el procedimiento de queja.

Capacidad para reconocer y responder a las preocupaciones sobre la protección.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las preocupaciones de protección pueden surgir a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la vejez.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los factores que hacen que las personas sean vulnerables, como los problemas de salud física o mental, las dificultades de comunicación o la dependencia de los demás.

La capacidad de aprovechar el conocimiento del tipo de abuso y negligencia que podría desencadenar un problema de protección, como:

- Abuso físico.
- Violencia doméstica.
- Abuso psicológico.
- Abuso o explotación financiera o material.
- Abuso o explotación sexual.
- Negligencia.
- Abuso en un contexto organizacional.

Habilidad para identificar signos o indicadores que podrían señalar la necesidad de instituir procedimientos de protección.

Capacidad para aprovechar el conocimiento de la orientación nacional y los marcos legales con respecto a la responsabilidad de actuar sobre las preocupaciones de salvaguardia.

Capacidad para actuar sobre el conocimiento de las agencias locales y los procedimientos locales para invocar, investigar y actuar sobre las preocupaciones de salvaguardia.

La capacidad de abordar la gestión de los procedimientos de salvaguardia de una manera que proteja la seguridad de una persona y lo haga de una manera que sea compasiva, empática y solidario.

Conocimiento de los marcos legales relacionados con el trabajo con adultos y adultos mayores que se autolesionan o son suicidas.

La capacidad de aprovechar el conocimiento que el trabajo clínico con personas que se autolesionan o son suicidas está respaldado por marcos legales.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las fuentes y los detalles de la ley pueden variar en las cuatro naciones de origen del Reino Unido.

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de la legislación y las políticas pertinentes que se aplican a los entornos en los que se llevan a cabo las intervenciones

Salud Mental.

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de la legislación de salud mental.

ANEXOS

Capacidad y consentimiento informado.

Habilidad para aprovechar el conocimiento del marco legal que determina los criterios de capacidad y consentimiento informado.

Protección de Datos.

Capacidad para aprovechar el conocimiento de la legislación que aborda cuestiones de protección de datos y divulgación de información.

Igualdad.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de la legislación sobre igualdad diseñada para proteger a las personas de la discriminación al acceder a los servicios (incluido el requisito legal de que los proveedores de servicios hagan ajustes razonables para las personas con discapacidades).

Recursos.

Legislación en Salud Mental.

Mental Health Act 1983: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>

Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003: <https://www.legislation.gov.uk/asp/2003/13/contents>

Outline guides:

www.mind.org.uk/help/rights_and_legislation/mental_health_act_1983_an_outline_guide

www.scotland.gov.uk/Publications/2005/07/22145851/58527

www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/196881/0052725.pdf

Capacidad y Consentimiento.

Mental Capacity Act 2005: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

Mental Welfare Commission for Scotland: www.mwscot.org.uk/the-law/

Age of Legal Capacity (Scotland) Act 1991: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1991/50/contents>

Confidencialidad

Department of Health (2003) Confidentiality: NHS Code of Practice
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4069253

Protección de Datos.

Data Protection Act 2018: www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/12/contents

Igualdad.

The Equality Act 2010: www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents

Derechos Humanos.

Human Rights Act 1998: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1998/42/contents>

Conocimiento y capacidad para trabajar con cuestiones de confidencialidad y consentimiento.

Todos los códigos profesionales relacionados con la confidencialidad dejan claro que cuando es evidencia de riesgo inminente de daño grave a sí mismo o a otros, confidencialidad pueden ser infringidos y los médicos, familiares y cuidadores pertinentes informado. Esto se aplica a las personas que corren el riesgo de autolesionarse o suicidarse. Las decisiones sobre cuestiones de confidencialidad y consentimiento pueden estar influidas por juicios sobre la capacidad de una persona. La capacidad se

ANEXOS

refiere en este documento, pero se considera con más detalle en la sección correspondiente de esta estructura.

Conocimiento de políticas y legislación.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las políticas locales y nacionales sobre confidencialidad e intercambio de información tanto dentro como entre equipos u organismos.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de la aplicación de la legislación pertinente relacionada con la capacidad jurídica.

Conocimiento de las definiciones legales de consentimiento para una intervención.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que el consentimiento legal válido para una intervención se compone de tres elementos:

- La persona a la que se invita a dar su consentimiento debe ser capaz de dar su consentimiento (legalmente competente).
- El consentimiento debe darse libremente.
- La persona que consiente debe ser debidamente informada

La capacidad de basarse en el conocimiento de que una persona tiene derecho a retirar o limitar el consentimiento en cualquier momento

Conocimiento de la capacidad*

La capacidad de aprovechar los conocimientos pertinentes a la capacidad de dar su consentimiento para una intervención:

- Que se presume que los jóvenes de 16 años o más tienen capacidad para dar o denegar el consentimiento, salvo que se pruebe lo contrario.
- Que un niño menor de 16 años, que es capaz de comprender y tomar sus propias decisiones, puede dar o rechazar el consentimiento.
- Que la capacidad de dar consentimiento es una “prueba funcional” y no depende de la edad:
- Que un niño con suficiente capacidad e inteligencia para comprender la naturaleza y las consecuencias de lo que se propone se considera competente para dar su consentimiento.

*Las competencias relevantes para la evaluación de la capacidad se detallan en otra parte de la sección correspondiente de este marco.

Conocimiento de los derechos y responsabilidades de los padres.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que si se juzga que un niño no puede dar su consentimiento a una intervención, se debe buscar el consentimiento de un padre o cuidador con derechos y responsabilidades parentales.

La capacidad de buscar asesoramiento legal sobre circunstancias específicas cuando se puede aceptar el consentimiento de una persona que tiene el cuidado o el control del niño, pero que no tiene derechos o responsabilidades de los padres.

Capacidad para obtener el consentimiento informado para una intervención.

La capacidad de brindar a las personas la información que necesitan para decidir si proceden con una intervención, por ejemplo:

- En qué consiste la intervención.
- Los posibles beneficios y riesgos de la intervención propuesta.
- Qué alternativas están disponibles para ellos.

La capacidad de usar un intérprete cuando el primer idioma de una persona no es el que usa el profesional y sus habilidades lingüísticas indican que esto es necesario.

Si una persona tiene una discapacidad, la capacidad de garantizar que la información se brinde en una forma accesible (por ejemplo, utilizando un intérprete para personas con discapacidad auditiva).

Habilidad para invitar y responder activamente a preguntas sobre la intervención propuesta.

La capacidad de abordar cualquier inquietud o temor sobre la intervención propuesta.

ANEXOS

La capacidad de basarse en el conocimiento de que, incluso cuando se ha otorgado el consentimiento, es habitual volver a abordar este tema cuando se presentan aspectos específicos de una evaluación o intervención.

Capacidad para aprovechar el conocimiento de la confidencialidad.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que se debe un deber de confidencialidad a:

- La persona a quien se refiere la información.
- Cualquier persona que haya proporcionado información relevante en el entendimiento de que se mantendrá confidencial.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que se viola la confianza cuando la persona que la proporcionó o con quien se relaciona no autoriza el intercambio de información confidencial.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que no existe abuso de confianza si:

- La información se proporcionó en el entendimiento de que se compartiría con una gama limitada de personas o para fines limitados, y la información se ha compartido de acuerdo con ese entendimiento.
- Existe un consentimiento explícito para compartir.

Compartir información para mantener la seguridad.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que es apropiado violar la confidencialidad cuando retener información podría:

- Poner a una persona u otras personas (por ejemplo, miembros de la familia, cuidadores, profesionales o un tercero) en riesgo de daño significativo.
- Perjudicar la prevención, detección o enjuiciamiento de un delito grave.
- Dar lugar a un retraso injustificado en la realización de investigaciones sobre alegaciones de daños significativos a terceros.

La capacidad de juzgar cuándo lo mejor para la persona es divulgar información, teniendo en cuenta sus deseos y puntos de vista sobre el intercambio de información, teniendo en cuenta:

- Que la divulgación es apropiada si evita un daño grave a una persona que carece de capacidad.
- La inmediatez de cualquier riesgo de autolesión o suicidio (por ejemplo, el grado de planificación, el tipo de método de suicidio planificado o ya intentado, circunstancias como estar solo, rechazar el tratamiento, o beber mucho o estar bajo la influencia de drogas).

La capacidad de basarse en el conocimiento de que el deber de confidencialidad no impide escuchar las opiniones de los miembros de la familia y los cuidadores, o proporcionarles información general sobre cómo manejar una crisis o buscar apoyo.

La capacidad de juzgar cuando se comparte información dentro y entre agencias puede ayudar a controlar el riesgo de suicidio.

La capacidad de discutir inquietudes sobre la divulgación con colegas sin revelar la identidad de la persona.

Capacidad para informar a todas las partes relevantes sobre cuestiones de confidencialidad e intercambio de información.

La capacidad de explicar a todas las partes relevantes (por ejemplo, la persona, su familia o cuidadores y otros profesionales) los límites de la confidencialidad y las circunstancias en las que se puede infringir, (por ejemplo, cuando se considera que una persona está en riesgo).

La capacidad de informar a todas las partes relevantes sobre la política de servicio local sobre cómo se compartirá la información y buscar su consentimiento para estos procedimientos (por ejemplo, las formas en que se compartirá la información sobre la evaluación y la intervención con los remitentes).

La capacidad de revisar el consentimiento para compartir información si hay:

- Cambio significativo en la forma en que se utilizará la información.

ANEXOS

- Un cambio en la relación entre la agencia y la persona.
- La necesidad de una remisión a otra agencia para una evaluación o intervención adicional.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las necesidades de salvaguardia generalmente tienen prioridad sobre las cuestiones de consentimiento y confidencialidad.

Habilidad para evaluar la capacidad de dar su consentimiento para compartir información*

La capacidad de medir la capacidad de una persona para dar su consentimiento evaluando si:

- Tener una comprensión razonable de qué información se puede compartir, las principales razones para compartirla y las implicaciones de compartir o no compartir la información.
- Aprender y poder considerar los cursos de acción alternativos que se les abren.
- Expresar una opinión personal clara sobre el asunto (a diferencia de repetir lo que otra persona cree que debería hacer).
- Son razonablemente coherentes en su punto de vista sobre el asunto (es decir, no cambian de opinión con frecuencia).

*Las competencias relevantes para la evaluación de la capacidad se detallan en otra parte de la sección correspondiente de este marco.

Capacidad para compartir información de forma adecuada y segura.

Cuando se toma la decisión de compartir información, la capacidad de aprovechar el conocimiento del intercambio de información y la orientación a nivel nacional y local, y:

- Compartirlo solo con la persona o personas que necesitan saber.
- Asegurarse de que es necesario para los fines para los que se comparte.
- Verifique que sea exacto y esté actualizado.
- Distinguir el hecho de la opinión.
- Comprender los límites de cualquier consentimiento otorgado (especialmente si la información ha sido proporcionada por un tercero).
- Establecer si el destinatario tiene la intención de transmitirlo a otras personas y asegurarse de que comprendan los límites de cualquier consentimiento que se haya otorgado.
- Asegurarse de que la persona a la que se refiere la información (o la persona que la proporcionó la información) informe que se está compartiendo, donde es seguro hacerlo.

La capacidad de garantizar que la información se comparta de forma segura y de acuerdo con las políticas locales y nacionales pertinentes.

Conocimiento de, y habilidad para valorar, capacidad.

Conocimiento de cómo se define la capacidad.

Una habilidad para aprovechar el conocimiento de que la evaluación de la capacidad se refiere a un tema específico en un punto específico en el tiempo.

Basarse en el conocimiento de que la legislación pertinente sobre la capacidad se aplica a las personas mayores de 16 años que (por problemas de salud mental o por la incapacidad de comunicarse debido a una discapacidad física) puede considerarse que carecen de capacidad si cumplen uno o más de los siguientes criterios, y son incapaces de:

- Actuar, o
- Tomar decisiones, o

ANEXOS

- Comunicar decisiones, o
- Comprender las decisiones, o
- Retener la memoria de las decisiones

La capacidad de basarse en el conocimiento de que cuando se juzga que una persona no tiene capacidad, cualesquiera de las acciones tomadas deben:

- Ser de beneficio para ellos.
- Ser la intervención menos restrictiva.
- Considerar sus deseos y sentimientos.
- Considerar las opiniones de otros relevantes.
- Fomentar la independencia.

La capacidad de aprovechar el conocimiento, esa capacidad debe evaluarse en relación con las principales decisiones que afectan la vida de las personas (por ejemplo, seguridad/asumir riesgos, evaluación de sus necesidades de salud).

La habilidad para aprovechar el conocimiento que la capacidad no es "todo o nada" y puede variar a través del tiempo y a través de áreas específicas de funcionamiento

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que la incapacidad puede ser temporal, indefinida, permanente o fluctuante, y que es importante considerar la duración probable y la naturaleza de la incapacidad

Una capacidad para aprovechar el conocimiento que el diagnóstico por sí solo no puede utilizarse para hacer suposiciones sobre la capacidad.

Evaluación de la capacidad.

Habilidad para asegurar que los juicios sobre la capacidad consideren cualquier factor que la haga difícil para que una persona pueda entender o recibir comunicación, o para que pueda hacer por sí mismo lo que entendió.

- Una capacidad para identificar formas de superar las barreras a la comunicación (cuando sea posible).

La capacidad de maximizar la probabilidad de que una persona entienda la naturaleza y las consecuencias de cualquier decisión que se le pida que tome, por ejemplo, al:

- Hablar al nivel y ritmo de su comprensión y velocidad de "procesamiento".
- Evitando la jerga.
- Repetir y aclarar información, y pedirles que repitan la información con sus propias palabras.
- Usar preguntas "abiertas" (en lugar de preguntas "cerradas" cuya respuesta podría ser "sí" o "no").
- Usando ayudas visuales.

Una habilidad para determinar la capacidad si una persona tiene deficiencias cognitivas significativas y/o problemas de memoria, por ejemplo:

- Si son capaces de tomar una decisión pero no pueden recordarla después de un intervalo, pedir que se tome la decisión nuevamente, usando la consistencia de su respuesta como guía para la capacidad.
- Decidir cuándo se requiere una evaluación formal adicional para determinar la capacidad de la persona.

Habilidad para trabajar con la diferencia.

Hay muchos factores que deben ser considerados en el desarrollo de la práctica culturalmente competente, y, además, encontrar un lenguaje que los abarque a todos ellos es un reto. Por ejemplo, cuestiones relacionadas con el género, la discapacidad o la orientación sexual puede variar según un grupo cultural específico. No obstante, las competencias requeridas para trabajar en un entorno culturalmente competente son probablemente similares. Se relacionan con la capacidad de valorar la

ANEXOS

diversidad y mantener un interés activo en comprender las formas en que las personas que usan los servicios pueden experimentar creencias, prácticas y estilos de vida específicos, y además se deben considerar las implicaciones en cuanto a la manera en que se lleva a cabo una intervención. Por supuesto, hay muchas formas en que tanto los profesionales como las personas con quienes trabajan pueden presentar variaciones en lo que respecta a creencias, prácticas y estilos de vida. Algunas pueden no ser percibidas inmediatamente, lo que lleva a la suposición errónea de que no existen. También se da el caso de que lo relevante es el sentido con que una persona recibe el impacto de creencias, prácticas y estilos de vida (el significado que tienen para ellos) en lugar de los factores mismos. Casi cualquier encuentro requiere que el practicante considere cuidadosamente cualquier problema potencial relacionado con creencias específicas, prácticas y estilos de vida, y cuan relevantes son para la intervención que se ofrece. Finalmente, vale la pena tener en cuenta que, debido a cuestiones de creencias específicas, prácticas y estilos de vida a menudo se vinculan con diferencias de poder y desigualdades, los profesionales deben ser capaces de reflexionar sobre las formas en que las dinámicas de poder juegan, tanto en el contexto del servicio en el que trabajan y como cuando trabajan con personas.

Postura o Posición.

Habilidad para aprovechar el conocimiento que, al trabajar con creencias, prácticas y estilos de vida, son las actitudes y comportamientos estigmatizantes y discriminatorios los que son problemáticos, más que creencias, prácticas y estilos de vida específicos, y, por lo tanto:

- La capacidad de valorar por igual a todas las personas por su particular y única constelación de características y conciencia de las actitudes estigmatizantes y discriminatorias y comportamientos en sí mismos y en los demás (y la capacidad de desafiarlos).
- Una conciencia de que no existe un estado "normativo" del cual las personas puedan desviarse y, por lo tanto, no implica que se prefiera un estado "normativo" y que otros estados sean problemáticos.

Conocimiento de la importancia para la práctica de creencias, prácticas y estilos de vida específicos.

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que es el impacto individualizado de los antecedentes, el estilo de vida, las creencias o las prácticas religiosas lo que es crítico.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que los grupos demográficos incluidos en la discusión de creencias, prácticas o estilos de vida "diferentes" suelen ser aquellos que están potencialmente sujetos a desventaja y/o discriminación.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que una persona a menudo será miembro de más de un "grupo" (por ejemplo, una persona gay de una comunidad étnica minoritaria); como tal, las implicaciones de las combinaciones de factores de estilo de vida deben tenerse en cuenta.

La capacidad de mantener una conciencia de la importancia potencial para la práctica de la variación social y cultural en una variedad de dominios, pero que incluye:

- Etnicidad.
- Cultura.
- Género e Identidad de Género.
- Religión y creencia.
- Orientación sexual.
- Privación socioeconómica.
- Clase económica (Nivel socioeconómico).
- Edad.
- Discapacidad.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de la relevancia y el impacto potencial de los factores sociales y culturales en la efectividad y aceptabilidad de una evaluación o intervención.

Conocimiento de los factores sociales y culturales que pueden impactar en el

ANEXOS

acceso al servicio.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los problemas culturales que comúnmente restringen o reducen el acceso a las intervenciones, por ejemplo:

- Idioma.
- Marginalidad.
- Desconfianza en los servicios oficiales.
- Falta de conocimiento sobre cómo acceder a los servicios.
- La gama de conceptos culturales, comprensión y actitudes sobre la salud mental que afectan las opiniones sobre la búsqueda de ayuda, el tratamiento y la atención.
- Estigma, vergüenza y/o miedo asociado con problemas de salud mental (lo que hace probable que la búsqueda de ayuda se demore hasta que los problemas se vuelvan más severos).
- Preferencias para obtener apoyo en la comunidad en lugar de a través de rutas de referencia "convencionales" (como su médico de cabecera)

Una capacidad para aprovechar el conocimiento del impacto potencial del estatus socioeconómico en el acceso a los recursos y las oportunidades.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de las formas en que las desigualdades sociales afectan el desarrollo y la salud mental.

La capacidad de aprovechar el conocimiento del impacto de factores como la desventaja socioeconómica o la discapacidad en los arreglos prácticos que influyen en la asistencia y el compromiso (por ejemplo, dificultades de transporte, mala salud).

Habilidad para comunicar respeto y valoración de las personas.

Cuando las personas de un grupo sociodemográfico específico se ven regularmente dentro de un servicio, la capacidad de aprovechar el conocimiento de creencias, prácticas y estilos de vida relevantes.

La capacidad de identificar los factores de protección que puede conllevar la pertenencia a un grupo específico o grupo sociodemográfico (por ejemplo, el apoyo adicional ofrecido por una familia extensa).

La capacidad de tomar un interés activo en el origen social y cultural de una persona y, por lo tanto, demostrar una voluntad de aprender sobre sus perspectivas socioculturales y su visión del mundo.

Habilidad para obtener una comprensión de la experiencia de creencias, prácticas y estilos de vida específicos.

La capacidad de trabajar en colaboración con personas para desarrollar una comprensión de su cultura y visión del mundo, y las implicaciones de cualquier costumbre o expectativa culturalmente específica para una relación terapéutica y las formas en que se describen y presentan los problemas.

- La capacidad de aplicar este conocimiento para identificar y formular problemas e intervenir de una manera que sea culturalmente sensible, culturalmente coherente y relevante.
- La capacidad de aplicar este conocimiento de una manera que sea sensible a las formas en que las personas interpretan su propia cultura (y, por lo tanto, reconoce el riesgo de problemas relacionados con la cultura y los estereotipos).

La capacidad de tomar un interés activo y explícito en la experiencia de una persona de las creencias, prácticas y estilos de vida pertinentes a su comunidad para:

- Ayudarlos a discutir y reflexionar sobre su experiencia.
- Identificar si y cómo esta experiencia ha dado forma al desarrollo y mantenimiento de sus problemas actuales.
- Identificar cómo se ubican a sí mismos si se “montan a horcajadas” entre culturas.

Habilidad para discutir las formas en que las relaciones individuales y familiares están representadas en la cultura de una persona (por ejemplo, nociones del yo, modelos de individualidad y responsabilidad

ANEXOS

personal o colectiva), para considerar las implicaciones tanto para la organización como para la puesta en práctica de cualquier intervención.

Capacidad de adaptar la comunicación.

Cuando el practicante no comparte el idioma de una persona, la capacidad de identificar estrategias apropiadas para asegurar y permitir su plena participación en la evaluación o intervención.

- Cuando se emplea un intérprete/abogado, la capacidad de aprovechar el conocimiento de las estrategias que deben implementarse para que funcionen de manera efectiva y en beneficio de los intereses de la persona.

La capacidad de adaptar la comunicación con personas que tienen una discapacidad (por ejemplo, utilizando ayudas de comunicación o alterando el idioma, el ritmo y el contenido de las sesiones).

Habilidad para usar e interpretar evaluaciones/medidas estandarizadas.

Cuando se utilizan evaluaciones/medidas estandarizadas en un servicio, la capacidad de garantizar que se interpreten de una manera que tenga en cuenta cualquier factor demográfico individual o familiar, por ejemplo, si:

- La medida no está disponible en el idioma materno de una persona, la capacidad de tener en cuenta las implicaciones de esto al interpretar los resultados.
- Se intenta una traducción personalizada, la capacidad de cotejar la traducción para garantizar que el significado no se cambie inadvertidamente.
- Los datos estandarizados (normas) no están disponibles para el grupo demográfico del que son miembros, la capacidad de considerar este problema al interpretar los resultados.

Capacidad para adaptar las intervenciones psicológicas.

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de la investigación conceptual y empírica que informa el pensamiento sobre el impacto de los factores sociales y culturales en la efectividad de las intervenciones psicológicas.

Cuando haya evidencia de que es probable que creencias, prácticas y estilos de vida específicos tengan un impacto en la accesibilidad de una intervención, la capacidad de hacer los ajustes apropiados a la intervención y/o la forma en que se administra, con el objetivo de maximizar su beneficio potencial.

La capacidad para aprovechar el conocimiento de que los tratamientos culturalmente adaptados deben ser juiciosamente aplicados, y están garantizados si hay evidencia de que:

- Un problema clínico particular que enfrenta una persona está influenciado por la pertenencia a una comunidad dada.
- Las personas de una comunidad determinada responden mal a ciertos enfoques basados en la evidencia.

Capacidad para demostrar conciencia de la influencia del entorno del profesional.

Una capacidad para que los profesionales de todos los orígenes se basen en la conciencia de su propia membresía y valores grupales y cómo estos pueden influir en sus percepciones de una persona, su problema y la relación terapéutica.

Una capacidad para que los profesionales reflexionen sobre las diferencias de poder entre ellos y una persona.

Habilidad para identificar y desafiar la desigualdad.

La capacidad de identificar las desigualdades en el acceso a los servicios y tomar medidas para superarlas mediante:

ANEXOS

- Considerar formas en las que puede ser necesario facilitar el acceso a los servicios y su uso para algunas personas (por ejemplo, visitas domiciliarias, trabajo flexible, vinculación de familias y cuidadores con recursos comunitarios).
- Está dentro del rol del profesional, identificar grupos cuyas necesidades no están siendo satisfechas por el diseño/procedimientos del servicio actual y las razones potenciales para esto, identificando e implementando otras soluciones potenciales.

Habilidad para hacer uso de la supervisión.

La "supervisión" se entiende de manera diferente en diferentes entornos. Aquí se define como una actividad que brinda a los profesionales la oportunidad de revisar y reflexionar sobre su trabajo clínico. Esto incluye hablar sobre las áreas en que el profesional encuentra dificultades o angustia. Por lo general, los supervisores tendrán más experiencia y/o serán practicantes experimentados, aunque la supervisión por pares también puede ser eficaz. Esta definición distingue la supervisión de la gestión de línea o caso gestión.

La capacidad de tener en cuenta que un propósito principal de la supervisión y el aprendizaje es mejorar la calidad del trato que reciben los usuarios del servicio.

Habilidad de trabajar colaborativamente con la supervisora.

La capacidad de trabajar con un supervisor para generar un acuerdo explícito sobre los parámetros de supervisión (por ejemplo, establecer una agenda, tener claro los roles respectivos supervisor y supervisado, los objetivos de la supervisión y cualquier contrato que especifique estos factores).

La capacidad de ayudar al supervisor a conocer el estado actual de competencia y cualquier necesidad de capacitación.

Habilidad para presentar una cuenta honesta y abierta del trabajo que se está realizando.

La capacidad de discutir el trabajo con el supervisor como un participante activo y comprometido, sin volverse pasivo o evasivo, ni a la defensiva ni agresivo.

Habilidad para presentar material al supervisor de manera enfocada, seleccionando (y por lo tanto concentrándose en) los temas más importantes y relevantes.

Capacidad de autovaloración y reflexión.

La capacidad de reflexionar sobre los comentarios del supervisor y aplicar estos reflejos en el trabajo futuro.

La capacidad de ser abierto y realista acerca de las propias capacidades y de compartir esta autoevaluación con el supervisor.

La capacidad de usar la retroalimentación del supervisor para desarrollar aún más la capacidad de auto evaluación.

Capacidad de aprendizaje activo.

La capacidad de actuar sobre las sugerencias con respecto a la lectura relevante hecha por el supervisor, y de incorporar este material en la práctica.

La capacidad de tomar la iniciativa en relación con el aprendizaje, mediante la identificación de documentos o libros relevantes, y de incorporar este material a la práctica.

Habilidad para usar la supervisión para reflexionar sobre el desarrollo de roles personales y profesionales.

Habilidad para usar la supervisión para discutir el impacto personal del trabajo, especialmente cuando esta reflexión es relevante para mantener su efectividad potencial.

ANEXOS

La capacidad de utilizar la supervisión para reflexionar sobre el impacto del trabajo en relación con el desarrollo profesional.

Capacidad para reflexionar sobre la calidad de la supervisión.

La capacidad de reflexionar sobre la calidad de la supervisión en su conjunto y (de acuerdo con las pautas nacionales y profesionales) para buscar el asesoramiento de otros cuando:

- Hay preocupación de que la supervisión está por debajo de un estándar aceptable.
- Las recomendaciones del supervisor se desvían de la práctica aceptable.
- Las acciones del supervisor violan la guía nacional y profesional (por ejemplo, abusos de poder y/o intentos de crear relaciones duales [sexuales]).

Responder y aprender de incidentes a nivel organizacional.

Respondiendo a un suicidio.

La capacidad de brindar orientación y apoyo a todos los empleados afectados por el suicidio de una persona.

Capacidad para mantener los servicios y proporcionar estabilidad e información adecuada al personal, a otros usuarios de los servicios y a sus familias y cuidadores.

La capacidad de designar a las personas adecuadas para investigar las circunstancias que condujeron a la muerte.

Habilidad para ofrecer apoyo a individuos y equipos que trabajaron con la persona que tiene murió, con el objetivo de ayudarlos a revisar la muerte, discutir sus reacciones y sentimientos y recibir ayuda si es necesario.

La capacidad de comunicarse con otros usuarios de servicios involucrados y afectados por la muerte (p. ej., brindando seguimiento clínico y apoyo).

Participación y comunicación de la familia y los cuidadores.

La capacidad de garantizar que los términos de referencia de cualquier investigación incluyan explícitamente arreglos para involucrar y comunicarse con la familia o los cuidadores de la persona que ha muerto.

Una capacidad para garantizar que las personas que se ponen en contacto son adecuadas para asumir este rol (por ejemplo, tienen las habilidades de comunicación adecuadas y un nivel de autoridad apropiado).

La capacidad de garantizar que la información se proporcione a la familia o a los cuidadores de la persona fallecida de manera oportuna y compasiva (de manera franca).

La capacidad de establecer el apoyo adecuado para la familia o los cuidadores de una persona.

Cuando la familia de la persona incluye niños o jóvenes, la capacidad de brindarles un apoyo apropiado para su desarrollo y de apoyar a los miembros de la familia o cuidadores para que los cuiden.

Establecimiento de una revisión independiente

La capacidad de identificar un equipo independiente con la experiencia, los conocimientos y la autoridad pertinentes, incluidos los miembros legos cuando corresponda, que esté facultado para:

- Investigar las circunstancias de la muerte.
- Compilar un registro de la atención y el tratamiento de la persona.
- Escribir un informe claro.

La capacidad de garantizar que las revisiones se establezcan, completen y difundan de la manera más oportuna posible.

Competencias del equipo investigador.

Una habilidad para que el equipo de investigación:

ANEXOS

- Revisar la documentación pertinente.
- Identificar las agencias y servicios con los que la persona estuvo en contacto.
- Revisar y evaluar el curso y la calidad del tratamiento.
- Entrevistar a los miembros de los equipos clínicos y profesionales con los que la persona.
- Revisar y evaluar el curso y la calidad del tratamiento.
- Revisar asuntos legales y éticos, particularmente aquellos relacionados con el intercambio de información dentro y entre servicios.
- Buscar las opiniones de la familia o los cuidadores de la persona.

La capacidad de revisar el grado en que el servicio está funcionando de acuerdo con las pautas nacionales y locales diseñadas para reducir el riesgo de suicidio, como:

- Monitorear el entorno físico en busca de riesgos (como puntos de ligadura) y tomar medidas activas para modificar los peligros cuando se identifiquen.
- Asegurar que haya una respuesta adecuada cuando las personas dejan las salas de hospitalización sin acuerdo del personal (por ejemplo, uso de la Ley de Salud Mental).
- Tener protocolos acordados para el manejo de personas con abuso de sustancias comórbidas.
- Mantener en niveles seguros al personal.
- Mantener un grupo de personal consistente que esté familiarizado con las personas bajo su cuidado (al minimizar la rotación de personal).
- Poner en marcha una formación adecuada para el personal que lleva a cabo tareas críticas (como observaciones directas, registro y contención).

Políticas clínicas relacionadas con el manejo de las autolesiones y el suicidio.

Habilidad para revisar políticas relevantes para el manejo seguro de personas que se autolesionan o son suicidas, tales como:

- Planificación de la atención.
- Evaluación de riesgos.
- Búsqueda de rutina.
- Uso de la restricción.
- Uso de la reclusión.
- Uso de la observación.

La capacidad de determinar las formas en que estas políticas se implementan en la práctica (incluidos los arreglos para la capacitación regular del personal).

Uso de sistemas de información y reporte

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los sistemas de información utilizados por NHS Trusts y los arreglos de informes utilizados a nivel local y nacional para registrar y señalar incidentes graves.

Capacidad para examinar los sistemas de información y presentación de informes para determinar el grado en que:

- El personal de la organización registra información de forma rutinaria y sistemática, en particular información potencialmente relevante para la gestión de autolesiones y suicidios (por ejemplo, en planes de atención, evaluaciones de riesgos, resúmenes clínicos y comunicaciones con otras partes del servicio o con otros servicios).
- La organización realiza un seguimiento y actúa sobre los informes de eventos adversos y posibles áreas de preocupación (por ejemplo, uso de reclusión y restricción física).
- La notificación de incidentes graves a organismos externos nacionales es adecuada (p. ej., CQC, mejora del NHS).

Efectividad del Liderazgo.

ANEXOS

La capacidad de identificar cómo la información sobre posibles eventos adversos o áreas de preocupación son considerados por los líderes senior de la organización, por ejemplo:

- Si, cómo y a qué nivel el principal y/o su autoridad delegada (por ejemplo, subcomité de la junta de confianza, líder de gobierno clínico, servicios de seguridad del paciente, calidad grupo de supervisión) recibe, tiene en cuenta y responde adecuadamente a la información sobre incidentes graves, muertes inesperadas e informes de incidentes anteriores.

La capacidad de considerar la calidad de los informes de investigaciones previas (como Serios Incidentes que requieren Informes de Investigación), por ejemplo, para considerar:

- el estándar de investigación
- la calidad del informe
- la idoneidad de las acciones que recomienda

La capacidad de determinar si las recomendaciones de investigaciones anteriores y cómo se han aplicado.

Diseminación de la Información.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de las formas en que se pueden difundir los informes para que sea útil para el personal de primera línea y las personas cercanas a la persona fallecida (brindándoles acceso al informe, presentando sus conclusiones o proporcionando de otro modo una descripción completa de las circunstancias que condujeron a la muerte).

Habilidad para informar tanto por escrito como para presentar información verbalmente a las partes relevantes.

La capacidad de recomendar que los informes se difundan de manera oportuna para:

- Todos los profesionales que potencialmente pueden aprender de ellos, por ejemplo:
 1. Gerentes.
 2. Personal (incluido el personal clínico de primera línea, en particular aquellos con quienes la persona que ha muerto había estado en contacto).
 3. Socios clínicos y profesionales (como servicios locales o agencias locales)
- La familia o los cuidadores de la persona

Proporcionar apoyo al personal después de una muerte por suicidio.

Esta sección se centra en las competencias asociadas con la prestación de apoyo para individuos y equipos después de que una persona ha muerto por suicidio. Separado de las secciones detallan las competencias asociadas con la indagación formal que constituye una respuesta organizativa al suicidio. Dado que la respuesta al suicidio es tanto institucional como individual, las competencias en esta sección se refieren tanto a la respuesta esperada de una organización como a las competencias individuales de quienes ofrecen apoyo al personal.

La capacidad de garantizar que todo el personal relevante esté informado después de un suicidio y que se ofrezca apoyo de manera oportuna.

La capacidad de garantizar que los arreglos de trabajo se ajusten para que todo el personal que desee asistir a las reuniones pueda hacerlo.

La capacidad de identificar a un moderador (un experto imparcial con experiencia y conocimientos en trabajando con la postvención del suicidio, ya sea con individuos o grupos).

La capacidad del moderador para establecer límites en cualquier discusión y garantizar que haya claridad sobre la confidencialidad.

Trabajar con individuos o equipos.

La capacidad de proporcionar información al personal sobre las consecuencias "normales" de un suicidio.

ANEXOS

Habilidad para ayudar al personal a discutir sus reacciones emocionales ante la muerte y para:

- Identificar y discutir la amplitud de las emociones evocadas por el suicidio de la persona (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, decepción, compasión o alivio).
- Identificar y discutir las emociones relacionadas con su sentido del papel que desempeñaron en el tratamiento de la persona (por ejemplo, una sensación de fracaso, incompetencia, miedo o vergüenza).
- Discutir las formas en que están manejando los sentimientos acerca de la muerte (por ejemplo, la negación de sentimientos o, por el contrario, sentirse abrumado).
- Discutir (y así reconocer) los límites del control que tenían sobre el comportamiento de la persona.
- Reconocer que (al menos a corto plazo) es probable que la muerte afecte su trabajo con otras personas y su sentido de identidad profesional.
- Verbalizar los temores de acciones disciplinarias o legales.

Habilidad para ayudar al personal a reconstruir las circunstancias conocidas y el comportamiento de la persona antes del suicidio, y para discutir:

- Cómo entienden la decisión de morir de la persona.
- Su sentido de implicación con la persona y su visión de sí mismos después del suicidio (incluidos, por ejemplo, posibles sentimientos de culpa o de fracaso).
- Acusaciones de culpa hacia individuos o grupos vistos como responsables del bienestar de la persona.
- Una capacidad para contener acusaciones de culpa contra otros (por ejemplo, distinguiendo entre los sentimientos de culpa y la responsabilidad real por la persona).

Cuando un miembro del personal haya encontrado el cuerpo, la capacidad para organizar o brindar el apoyo adecuado (por ejemplo, cuando haya evidencia de trauma)

Trabajar con equipos.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que las reacciones de los diferentes miembros del equipo variarán y se verán influenciadas por su:

- Relación con la persona.
- Comprensión y conocimiento de la persona.
- Comprensión y anticipación del evento.
- Rasgos personales.
- Experiencia profesional.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que, debido a que los diferentes miembros del equipo variarán en el alcance y la profundidad de sus reacciones, el apoyo ofrecido (al equipo en su conjunto y a los miembros individuales) debe reflejar esto, por ejemplo, mediante:

- Ofreciendo apoyo individual y grupal.
- Ser sensible a lo que sabe cada miembro del equipo y qué nivel de detalle necesita saber (por ejemplo, si detallar la forma de la muerte es potencialmente traumático, o si la familia ha indicado su deseo de restringir la información sobre la forma de la muerte).

La capacidad de extender el apoyo al personal (como el personal administrativo o de limpieza) que no tenía una función clínica formal pero cuyas funciones los pusieron en contacto regular con la persona fallecida.

3. Habilidades genéricas de comunicación

Conocimientos

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre el valor de las habilidades básicas de comunicación como forma de
 - ayudar a una persona que se autolesiona o tiene tendencias suicidas a
 - sentirse apoyado por alguien que se centra en sus preocupaciones y necesidades, y que le ayuda a
 - sentirse respetado, escuchado y comprendido
 - sentirse conectado con los demás (y así sentirse menos aislado y solo)
 - expresarse y dar sentido a su experiencia
 - reflexionar y solicitar el apoyo que consideren adecuado a sus necesidades inmediatas
 - que el profesional se haga una idea precisa de sus preocupaciones y necesidades
- La capacidad de saber que, cuando la comunicación verbal supone un reto para una persona otras formas de comunicación (como el dibujo, la escritura o el juego) son adecuadas y pueden ser la principal forma de comunicación
 - Capacidad para utilizar una serie de estrategias de comunicación cuando esté indicado
- Saber que preguntar y hablar sobre el suicidio o los pensamientos suicidas no aumenta la probabilidad de intentos de suicidio, y que es útil comunicarse abiertamente y con franqueza

Aplicación

- Capacidad para desplegar habilidades de comunicación que ayuden a involucrar a una persona que se autolesiona o es suicida en una conversación colaborativa sobre sus circunstancias y necesidades inmediatas.
 - capacidad de hacer ajustes para una persona que puede tener dificultades para expresarse (por ejemplo, debido a una discapacidad).
- Con el fin de hacerse una idea precisa del relato de una persona, el profesional debe ser capaz de ser consciente de (y evitar) cualquier "filtro" que pueda imponer, por ejemplo
 - Escuchar con prejuicios
 - hacer suposiciones (antes o en lugar de escuchar con atención)
 - utilizar etiquetas diagnósticas como explicaciones
- Capacidad para transmitir una actitud atenta a través del lenguaje corporal, por ejemplo
 - sentarse cerca (pero no demasiado) de una persona
 - sentarse al lado de una persona (en lugar de al otro lado de la mesa)
 - adoptar una postura abierta
 - mantener un nivel adecuado de contacto visual
- Capacidad para escuchar atentamente a una persona y a su familia o cuidadores:
 - escuchando activamente su relato verbal e intentando dar sentido a sus experiencias, comportamientos y sentimientos, así como el contexto social en el que se producen
 - escuchar el tono y el ritmo de lo que se dice, así como su contenido
 - permitir silencios si ello parece ayudarles a expresarse a su propio ritmo
 - prestar atención a su comportamiento no verbal, como la agitación (como guía de las áreas que más angustiosas o como indicador de sentimientos "no expresados" que pueden ser difíciles de expresar verbalmente)
 - adoptar un ritmo que "coincida" con el suyo
- Capacidad para ayudar a una persona y a su familia o cuidadores a ampliar o explorar cuestiones relevantes mediante:
 - afirmaciones (por ejemplo, breves resúmenes de lo que ya se ha dicho)
 - preguntas
 - indicaciones no verbales
- La capacidad de hacer ambas cosas:

ANEXOS

- preguntas "cerradas" (que suelen tener una respuesta concreta y que se utilizan mejor para información objetiva)
- preguntas "abiertas" (que requieren algo más que un "sí" o un "no" y fomentan el debate)
- Capacidad para juzgar si las preguntas son útiles o inútiles (por ejemplo cuando una persona se siente "interrogada")
- Capacidad para escuchar "empáticamente" a una persona:
 - tratando activamente de comprender su punto de vista y la forma en que entiende su situación
 - ponerse en su lugar para comprender su mundo
 - asumir y reconocer sus sentimientos (pero procurando no reflejarlos en uno mismo).
- Ser consciente de la propia perspectiva o marco de referencia para no imponerlo inadvertidamente.
- Capacidad para transmitir una comprensión básica y empática de lo que se ha dicho o transmitido, por ejemplo
 - parafraseando lo que se ha dicho (pero sin repetirlo al pie de la letra)
 - haciendo breves resúmenes que intenten conectar varios aspectos de lo que se ha transmitido
 - utilizando un comportamiento no verbal adecuado que "concuerde" con lo que se ha dicho (por ejemplo mediante expresiones faciales adecuadas)
- Capacidad para comprobar la comprensión de la persona, su familia o sus cuidadores pidiéndoles que resuma lo discutido y las decisiones que se hayan tomado.
- Capacidad para preguntar a una persona si se han tratado todas las cuestiones que deseaba plantear.

Capacidad de comunicación con personas con trastornos del neurodesarrollo

En esta sección se identifican los problemas de comunicación que pueden surgir en personas con trastornos del neurodesarrollo. Se incluyen tres condiciones "ejemplares pero es importante tener en cuenta:

- ✓ que existe una amplia gama de afecciones de este tipo
- ✓ que algunas personas tienen más de una afección del neurodesarrollo
- ✓ que puede haber problemas de comunicación en personas que no cumplen los criterios formales de diagnóstico, sino que son "subumbrales".
- Saber que, cuando la comunicación verbal supone un reto para una persona, otras formas de comunicación (como el dibujo, la escritura o el juego) son apropiadas y pueden ser la principal forma de comunicación.
 - Capacidad para utilizar una serie de estrategias de comunicación cuando esté indicado.

Comunicarse con personas con dificultades de aprendizaje

- Capacidad para saber que las capacidades lingüísticas y cognitivas de las personas con de aprendizaje varían considerablemente de una persona a otra, pero que pueden tener dificultades específicas de comunicación, como
 - dificultad para comprender conceptos abstractos
 - habla poco clara
 - necesidad de más tiempo para procesar y recuperar información
 - vocabulario limitado
 - propensos a la sugestionabilidad (cambian sus respuestas en función de la información que reciben)
 - propensión a la aquiescencia (tendencia a responder "sí")
 - dificultad para expresarse y frustración por ello

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las personas con dificultades de aprendizaje pueden haber adquirido estrategias sociales que les ayuden a "enmascarar" sus dificultades para comprender y seguir la comunicación verbal.
- Capacidad para hacer frente a las dificultades de comunicación de una persona mediante los ajustes apropiados, como
 - escuchar atentamente y pedirle que aclare o repita la información si le resulta difícil entender lo que ha dicho
 - dándole tiempo para responder
 - utilizar un lenguaje sencillo, directo y cotidiano
 - limitar el número de conceptos o ideas clave que se comunican en una frase
 - utilizar ejemplos concretos (en lugar de ideas abstractas)
 - formular preguntas breves y sencillas (pero evitando las preguntas capciosas)
 - contextualizar los comentarios o las preguntas (para ayudarles a entender sus motivos)
 - pedirles periódicamente que resuman o repitan lo que se ha dicho (para comprobar que lo han entendido bien).

Comunicación con personas con trastorno del espectro autista (TEA)

- Saber que la capacidad de comunicación de las personas con TEA varía considerablemente, pero que pueden
 - tener dificultades para articular y comunicar cómo se sienten, tanto a través del habla como de la comunicación no verbal (por ejemplo, expresión facial, lenguaje corporal)
 - interpreten el lenguaje de forma muy literal y les resulte difícil comprender el lenguaje figurado (metáforas, modismos, símiles)
 - tienen un nivel más alto de lenguaje expresivo (su capacidad de utilizar el lenguaje para comunicarse con los demás) que de lenguaje receptivo (cuánto entienden cuando la gente les habla)
 - les resulta difícil seguir comunicaciones largas y complejas
 - les resulta difícil modular el tono, el timbre o la velocidad de la voz (por ejemplo, hablan en un tono monótono o más alto de lo que sería socialmente apropiado)
 - les resulta incómodo mantener un contacto visual continuo
 - tiene dificultades para interpretar la expresión facial
 - dificultad para interpretar el lenguaje corporal
- Capacidad para adaptar la comunicación con las personas con TEA a sus dificultades de comunicación, por ejemplo
 - comunicaciones breves y directas
 - procurando no utilizar metáforas, frases hechas, símiles o analogías
 - utilizando ejemplos y hechos concretos para explicar las cosas
 - haciendo preguntas concretas
 - procurando no sobrecargarles con información verbal
 - dejarles tiempo para responder
 - pedirles periódicamente que resuman o repitan lo que se ha dicho (para comprobar que lo han entendido bien).

Comunicarse con personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las personas con TDAH
 - tienen dificultades para dirigir y mantener la atención
 - pueden parecer desatentas y olvidadizas
 - suelen tener dificultades para controlar sus impulsos
 - pueden experimentar dificultades sociales derivadas de la combinación de falta de atención, impulsividad e hiperactividad

ANEXOS

- Las personas con TDAH pueden tener dificultades para:
 - atender al hilo de una conversación
 - concentrarse en conversaciones largas
 - atender conversaciones en un entorno ruidoso
- Capacidad para comprender que a las personas con TDAH les puede resultar difícil
 - "soltar" respuestas
 - interrumpir
 - hablar en exceso
 - tener dificultades para organizar sus pensamientos
 - distraerse con facilidad
 - sentirse abrumado
- Capacidad de adaptar la comunicación para tener en cuenta las dificultades que experimentan las personas con TDAH, por ejemplo
 - minimizando las posibles distracciones (por ejemplo, entornos ruidosos o concurridos, o distracciones como los teléfonos móviles)
 - mantener las comunicaciones breves y centradas
 - hacer un resumen "general" antes de pasar a una exposición sucinta de los detalles (y adaptarse así a las dificultades para mantener la atención)
 - evitar las conversaciones largas

Orientación/habilitación

La "orientación" es una forma de autoayuda en la que las personas reciben información sobre cómo acceder a servicios que se ajustan a sus necesidades. Una parte importante de este proceso consiste en tomar medidas para que las personas accedan realmente a estos servicios.

- Saber que la señalización tiene por objeto ayudar a una persona, a su familia o a sus cuidadores a acceder a fuentes de apoyo que se ajusten a sus circunstancias y que tal vez desconozcan.
- Saber que la orientación puede ofrecerse junto con la derivación (formal).
 - saber que la orientación no debe utilizarse para evitar la derivación cuando haya indicios de que ésta es la acción adecuada.
- Capacidad para juzgar cuándo una persona puede necesitar apoyo para acceder a los servicios, identificando las posibles barreras que impiden el acceso y ayudándole a resolver y gestionar estos obstáculos.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de las fuentes de apoyo disponibles con el fin de "orientar" a las personas vulnerables hacia los servicios adecuados, y para garantizar que la información sobre estas fuentes de apoyo
 - está actualizada
 - caracterice con precisión el nivel de apoyo que se ofrece
- Capacidad para determinar el tipo de servicio más adecuado a las necesidades de una persona.
- Capacidad para identificar los servicios accesibles para una persona (por ejemplo, teniendo en cuenta cualquier discapacidad que pueda dificultar el desplazamiento o el uso del servicio).
- Capacidad para transmitir información sobre el servicio
- Capacidad para transmitir información de contacto de forma que sea probable que se conserve y se utilice, por ejemplo
 - por escrito en lugar de verbalmente
 - utilizando el medio al que la persona tenga más probabilidades de acceder (por ejemplo, electrónicamente, a través de las redes sociales o una aplicación, o "papel y lápiz")
- Capacidad para juzgar el tipo de apoyo que se ajusta a las necesidades y la situación de una persona (es decir, cuándo es adecuado el acceso a servicios de autoayuda y/o no profesionales, y cuándo es más apropiada la derivación a servicios obligatorios) en función de:
 - la naturaleza y gravedad de su malestar y su comportamiento actual y pasado

ANEXOS

- sus preferencias expresas y su voluntad de acceder a los servicios
- La capacidad de ofrecer a la persona la opción de renovar el contacto si los servicios a los que se le remite no se adaptan a sus necesidades.

4. Diseño de propuestas de entrenamiento

- Capacidad para aprovechar los conocimientos que deben influir en el contenido de la formación:
 - las necesidades de formación del personal local
 - el contexto en el que un alumno está ejerciendo y su función principal (por ejemplo, profesor)
 - las pruebas de investigación relacionadas con las autolesiones y el suicidio
 - los resultados de las investigaciones locales sobre incidentes graves
 - iniciativas locales y nacionales (por ejemplo, la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio)
 - datos pertinentes, incluida las estadísticas (por ejemplo, distintos niveles de riesgo en diferentes poblaciones, factores de riesgo, impacto de los medios de comunicación y las redes sociales).
- Capacidad para conocer los recursos locales y nacionales de apoyo a las personas que se autolesionan o experimentan ideación suicida, como por ejemplo
 - sitios web nacionales, líneas de ayuda y servicios disponibles universalmente (por ejemplo, Samaritanos, medicina general, servicios de urgencias)
 - servicios locales y organizaciones de apoyo (por ejemplo, IAPT, asesoramiento juvenil u organizaciones locales de voluntariado)
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los paquetes de formación sobre autolesiones y prevención del suicidio suelen tener dos objetivos clave:
 - mejorar el conocimiento, la confianza y las actitudes de los participantes, incluyendo, por ejemplo
 - empatía y compasión por las personas que se autolesionan o tienen tendencias suicidas
 - comprensión de las autolesiones y el suicidio
 - cuestionar el estigma
 - fomentar la actitud de que todo el mundo tiene un papel que desempeñar en la prevención de las autolesiones y el suicidio
 - dotar a los participantes de habilidades para gestionar las interacciones con personas en riesgo de autolesión y suicidio, según corresponda a sus funciones
- Capacidad para utilizar el conocimiento de los principios de aprendizaje al planificar sesiones de formación individuales y paquetes de formación, incluyendo:
 - identificar objetivos de aprendizaje adecuados
 - desarrollar una estructura clara para las sesiones de enseñanza
 - utilizar la teoría del aprendizaje de adultos para adecuar las tareas de aprendizaje a los objetivos de aprendizaje
 - utilizar la retroalimentación para mejorar el aprendizaje individual
 - evaluar los resultados del aprendizaje
- Capacidad para garantizar la calidad de la formación seleccionando formadores con la experiencia adecuada y supervisando
 - su competencia a la hora de impartir el material
 - cumplimiento de los contenidos exigidos

Impartir formación

ANEXOS

- Capacidad para diseñar una sesión adaptada a las necesidades de aprendizaje del grupo que recibe la formación.
- Capacidad para impartir componentes como
 - sensibilización y educación sobre el suicidio
 - concienciación y educación sobre las autolesiones
 - identificar a las personas que corren riesgo de autolesionarse y suicidarse (adaptado según convenga a las capacidades y funciones de los alumnos)
 - gestionar adecuadamente las situaciones
 - poner a las personas en contacto con fuentes de ayuda
 - formación en habilidades específicas (por ejemplo, evaluación de riesgos, planificación de la seguridad, resolución de problemas).
- Capacidad para adecuar las técnicas de formación a los resultados de aprendizaje previstos, por ejemplo
 - utilizar la enseñanza didáctica para transmitir hechos
 - utilizar el debate en grupo para fomentar la reflexión
 - demostración de habilidades mediante vídeos o demostraciones en directo
 - crear oportunidades para practicar las habilidades y ofrecer feedback y asesoramiento
- Capacidad para estructurar el entorno de aprendizaje de forma que se tenga en cuenta la posible sensibilidad de los participantes ante el tema de las autolesiones y el suicidio, por ejemplo
 - informar a los participantes al inicio de la sesión sobre qué hacer si se sienten angustiados por los temas planteados
 - asegurarse de que la formación y la experiencia del animador le permiten tratar cualquier problema grave que surja
 - ser consciente de que algunas de las preguntas planteadas por los delegados estarán relacionadas con su experiencia personal.
- Capacidad para facilitar el aprendizaje en un entorno de grupo utilizando habilidades como
 - buena gestión del tiempo
 - facilitar eficazmente el debate en grupo
 - ser capaz de responder a preguntas difíciles sin ponerse a la defensiva
 - responder a la dinámica de grupo (por ejemplo, gestionar la escasa o excesiva participación)
- Capacidad para reflexionar sobre la eficacia de los métodos de formación, la estructura y el contenido de las sesiones, y la medida en que cumplen los objetivos de la formación y las necesidades del público destinatario.

Competencias organizativas

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que la eficacia de la formación sobre autolesiones y prevención del suicidio depende del apoyo del personal directivo hacia abajo, y de una cultura organizativa que facilite el desarrollo y el mantenimiento de las competencias pertinentes mediante:
 - invirtiendo en un grupo de facilitadores locales o reservando un presupuesto para formadores externos
 - garantizando la participación del personal directivo
 - proporcionando formación específica al personal y sesiones de actualización o repaso
 - ofreciendo apoyo regular entre iguales o supervisión clínica
- La capacidad de identificar grupos e individuos que se beneficiarían de la aplicación de las competencias sobre autolesiones y suicidio como parte de su función, por ejemplo:
 - "guardianes" que puedan identificar a personas en riesgo de autolesión y suicidio y derivarlas a la ayuda adecuada (por ejemplo, personal de atención primaria, profesores, consejeros estudiantiles, clérigos, farmacéuticos, personal penitenciario)

ANEXOS

- personal de salud de primera línea que está en condiciones de realizar evaluaciones e intervenciones más especializadas (por ejemplo, paramédicos, médicos de cabecera, personal de urgencias, farmacéuticos)
- trabajadores de cara al público cuya función diaria les pone en contacto con personas con mayor riesgo de autolesión o suicidio (por ejemplo, policía, asesores sobre deudas, personal de vivienda, personal de transporte, recepcionistas de médicos de cabecera).
- Capacidad para facilitar una formación eficaz en toda la organización, por ejemplo:
 - superar las barreras organizativas que dificultan el acceso del personal a la formación (por ejemplo, proporcionando cobertura para que el personal pueda asistir)
 - facilitar el acceso a la formación adaptando la oferta a las limitaciones del puesto de trabajo (por ejemplo, complementando la formación presencial con paquetes de aprendizaje electrónico o autoaprendizaje)
 - controlar la asistencia y actualizar los registros de formación
- Saber que se requiere un proceso dinámico para ayudar a las personas a adquirir y mantener sus competencias, por ejemplo
 - poner a disposición conocimientos actualizados, basados en investigaciones actuales, mediante sesiones presenciales de actualización o actualizaciones escritas (normalmente cada 12 a 18 meses)
- Capacidad para fomentar el desarrollo continuo de los conocimientos y competencias pertinentes, proporcionando la supervisión y el apoyo adecuados, así como tiempo para la actualización periódica de la formación.

5. Apoyo a personas en duelo por suicidio

Esta sección se centra en el apoyo a las personas en duelo por suicidio con el objetivo de reducir los posibles efectos negativos de un suicidio. Esta actividad se conoce comúnmente como "postvención".

Objetivos de la postvención.

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de los objetivos de la postvención, que incluyen, por ejemplo:

- Reducir la incidencia del suicidio y mejorar la salud mental de quienes han sufrido un duelo.
- Reducir el estigma y el aislamiento experimentado por aquellos que han sido afligidos por el suicidio.
- ofrecer apoyo a medida para las personas en duelo por suicidio (como apoyo durante el proceso legal).
- Señalización de las fuentes de apoyo adecuadas.
- Reducir el riesgo de contagio o la aparición de grupos suicidas.

Conocimiento del duelo.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que la experiencia del duelo se verá influenciada por muchos factores, incluidas las normas culturales, los sistemas de creencias, los sistemas religiosos y las experiencias de vida.

La capacidad de aprovechar el conocimiento:

- De modelos psicológicos que describen el proceso de duelo como una serie de fases, cuyo orden y tiempo variará de persona a persona, pero que en términos generales incluyen:

ANEXOS

- Shock inicial y negación.
- Aceptación de la realidad de la pérdida.
- experimentar el dolor y la angustia asociados con la pérdida.
- Adaptarse a una nueva realidad en la que la persona que ha muerto ya no está presente
- Que es habitual que las personas oscilen entre centrarse en la pérdida y cierto grado de evitación.
- Que el duelo, en lugar de conducir a un "desapego" de la persona que ha muerto, por lo general implica ajustar y redefinir la relación con ellos, lo que permite un sentido continuo de conexión y un vínculo duradero.

Conocimiento sobre la naturaleza del duelo tras una muerte por suicidio.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que el duelo después de un suicidio a menudo es diferente al duelo después de una muerte por otras causas, que surge de las percepciones de los sobrevivientes y preocupación por cuestiones como:

- El grado en que el suicidio fue visto como una opción comprensible (por ejemplo, el suicidio en el contexto de una enfermedad terminal en contraste con una muerte que es completamente inesperada y no fácilmente explicable).
- La medida en que la muerte se percibe como prevenible, y el papel y la responsabilidad de los sobrevivientes u otras personas en relación con ella (asociada con sentimientos tales como culpa, reproche o ira).
- Una sensación de estigma o vergüenza (que puede conducir a un retiro de posibles fuentes de apoyo).
- Un sentimiento de aislamiento derivado de una pérdida que sienten que otros pueden no entender.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que los sobrevivientes pueden experimentar traumas, por ejemplo, derivados de:

- Rumiar sobre la intensidad de las dificultades que la persona que ha muerto puede haber estado experimentando.
- Exposición directa, como presenciar el suicidio en sí (por ejemplo, descubrir el cuerpo), visitar la escena de la muerte, estar expuesto a artefactos relacionados con el suicidio o escuchar relatos detallados de la muerte (por ejemplo, en un tribunal forense).
- Exposición imaginada (crear en la imaginación, y rumiar, una imagen mental de la forma en que la persona murió y el sufrimiento que esto conllevó).

La capacidad de basarse en el conocimiento de que, durante el duelo, los familiares cercanos de la persona fallecida se enfrentarán a problemas legales y prácticos desconocidos (como la investigación policial, la identificación de un cadáver, el proceso coronario, el retraso en el registro de la muerte y los asuntos de la persona) resultantes de la naturaleza de la muerte y su carácter inesperado.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las reacciones comunes en las personas en duelo después de una muerte por suicidio, como:

- Reacciones cognitivas y emocionales.
- Conmoción e incredulidad.
- Angustia, añoranza y búsqueda.
- Vergüenza y autoculpabilidad.
- Desesperación, depresión y tristeza.

ANEXOS

- Una sensación de abandono y rechazo por parte de la persona.
- Culpar a otros y asignar responsabilidad por la muerte.
- Tratando de dar sentido a la muerte para restaurar un sentido de orden.
- Culpa (sobre las acciones tomadas o no tomadas y la falta de salvar a la persona).
- Ira, a menudo relacionada con sentimientos de culpa, culpa, abandono y una sensación de prevención.
- Alivio, a menudo acompañado de confusión y culpa (por ejemplo, si el suicidio se produce después de un período prolongado de conflicto o necesidad de apoyo).
- Búsqueda de respuestas (por ejemplo, una preocupación por saber qué condujo a la muerte, dificultad para vivir con la ambigüedad que rodea a la muerte).
- Miedo y ansiedad (por ejemplo, que otra persona cercana a ellos pueda quitarse la vida).

- Reacciones físicas (a menudo asociadas con ansiedad y/o depresión) tales como:
- Dolores de estómago, opresión en el pecho, sensibilidad al ruido, dificultad para respirar, trastornos del sueño, falta de concentración, falta de energía.
- Síntomas de trauma, como pesadillas recurrentes o flashbacks.

Apoyando a las personas después de una muerte por suicidio.

Apoyo psicológico a personas en duelo por suicidio.

Una capacidad para ayudar a validar y "normalizar" las experiencias de la persona y "normalizar" sus reacciones (por ejemplo, a través de la escucha y la psicoeducación sobre el duelo).

La capacidad de permitir que la persona detalle las circunstancias de la muerte y sus consecuencias.

Una capacidad para ayudar a la persona a hablar sobre sus reacciones emocionales ante la muerte y, por lo tanto:

- Llegar a un acuerdo con la realidad de la muerte y los significados asociados con ella.
- Reconocer, aceptar y encontrar formas de manejar sus emociones.
- Adaptarse a los cambios inevitables asociados con el suicidio.
- Reconstruir conexiones con la persona que ha muerto que se basen en la realidad (en lugar de idealizadas o excesivamente denigrantes).

La capacidad de identificar si la persona en duelo está en riesgo de suicidio y, de ser así, implementar un plan de seguridad.

Habilidad para identificar recursos y fuentes de apoyo con asuntos legales y prácticos.

Una capacidad para permitir el acceso a grupos de apoyo y servicios psicológicos para personas en duelo por suicidio.

Grupos de apoyo de pares.

Una habilidad para que los facilitadores pares:

- Basarse en su propia experiencia vivida de duelo por suicidio.

ANEXOS

- Escuchar las historias de los demás sin quedar inmovilizado por su propio dolor.
- Reconocer que las personas tendrán diferentes formas de afrontar.
- Trabajar con miembros del grupo cuyo trasfondo cultural y experiencia sea diferente al suyo propio.
- Responder apropiadamente a los miembros del grupo con una experiencia de suicidio diferente a la suya.
- Trabajar en colaboración con un co-facilitador.
- Mantener la confidencialidad del grupo.
- Manejar situaciones grupales desafiantes de manera apropiada (por ejemplo, asegurándose de que ciertas personas no dominen el grupo).
- Acceder a apoyo si les resulta difícil hacer frente al efecto acumulativo de apoyar a otros en apuros.

Competencias organizativas relevantes para la postvención.

La capacidad de aprovechar el conocimiento sobre la estructura y el contenido de los servicios de postvención establecidos en la guía de salud pública y las recomendaciones contenidas en el suicidio nacional.
estrategias de prevención.

La capacidad de recopilar e interpretar datos locales sobre la muerte por suicidio que se pueden utilizar para informar la necesidad de una posvención, por ejemplo, mediante:

- Recopilación de datos demográficos sobre muertes por suicidio.
- Identificar patrones o tendencias en los datos sobre muertes por suicidio.
- Identificar áreas geográficas de interés u otra evidencia de conglomerados (Clusters).

Una capacidad para identificar la provisión local actual de postvención y la disponibilidad de fondos para los servicios.

Habilidad para identificar y contratar organizaciones/agencias con la capacidad y habilidad para establecer y brindar servicios de postvención.

Una capacidad para identificar la característica requerida de los servicios de postvención, por ejemplo:

- Identificar a los destinatarios de los servicios, tales como:
- Solo adultos, adultos y niños, solo niños y jóvenes.
- Aquellos con conexiones cercanas a la persona que ha muerto, como parientes más cercanos y/o familiares cercanos.
- No familiares que estaban cerca de la persona, como amigos.
- Personas que conocían (pero que tenían niveles variables de contacto con) la persona fallecida, como amigos de la escuela o compañeros de trabajo.
- Identificar las formas en que las características de los destinatarios de los servicios influirán en las especificaciones del servicio.
- identificar lo que el servicio ofrece a los destinatarios, por ejemplo:
- Solo información y señalización.
- Llegar a las personas que están de duelo.
- Apoyo práctico (por ejemplo, con funerales, procesos legales).
- Apoyo clínico individual.

ANEXOS

- Apoyo de los compañeros.
- Apoyo grupal facilitado por profesionales o por pares.
- Vías de derivación a otros servicios.
- Servicios de conmemoración anual.

La capacidad de auditar la eficacia del servicio de postvención (p. ej., a través de la retroalimentación de usuarios de servicios y aquellos que ofrecen servicios de postvención, o un requisito para informar formalmente sobre la aceptación y el uso).

Apoyo a personas dentro de una organización después de un suicidio.

Esta sección se centra en las competencias organizacionales requeridas para coordinar una respuesta a un suicidio que impacta en una organización (como una escuela o universidad, una organización de atención médica o un lugar de trabajo).

Identifica las competencias asociadas a ofrecer apoyo psicológico a las personas afectadas o al centro de trabajo en su conjunto, con el fin de reducir los posibles efectos negativos de un suicidio. Esta actividad se conoce comúnmente como "postvención".

Conocimiento de la postvención.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la postvención se refiere a una variedad de intervenciones destinadas a mejorar el impacto negativo de una muerte por suicidio.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que cuando un suicidio afecta a una organización (como un lugar de trabajo o una escuela), la postvención se puede ofrecer tanto a individuos como a nivel organizativo.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que la postura adoptada por los líderes de la organización establece el tono para las formas en que responden las personas en la organización.

Instituir la postvención.

Una habilidad para aquellos en una posición de liderazgo para transmitir empatía por aquellos que han sufrido un duelo y para reconocer:

- El impacto potencial en los demás e indicar la importancia del autocuidado.
- Que las respuestas de los miembros de la organización diferirán dependiendo, por ejemplo, de su relación y participación previa con la persona que tiene murió, y en su propia historia y experiencia de duelo.
- Que las reacciones psicológicas a la muerte variarán de persona a persona, tanto inmediatamente como con el tiempo (por ejemplo, conmoción, culpa, culpar a otros, ira, tristeza).
- Que la angustia se puede expresar de diferentes maneras, tanto explícita como implícitamente (por retiro, ausentismo o presentismo).
- Que el nivel de apoyo ofrecido tanto a los individuos como a toda la organización deberá reflejar una evaluación de las dificultades que deben abordarse.

ANEXOS

Una capacidad para aquellos en una posición de liderazgo para reconocer el impacto de la muerte en ellos mismos y reconocer su propia necesidad de apoyo.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de los principios básicos para intervenir después de un suicidio, a saber:

- Que todas las muertes deben abordarse de la misma manera independientemente de la causa (para evitar estigmatizar una muerte por suicidio).
- Que debido al riesgo de 'contagio' del suicidio, se debe tener cuidado de no exaltar o romantizar a la persona que ha muerto o proporcionar detalles excesivos sobre el método de suicidio (como los medios o el lugar preciso de la muerte).
- Que la organización debe indicar ampliamente las razones probables del suicidio (por ejemplo, que la persona tenía dificultades psicológicas que pueden o no haber sido evidentes para otros) y destacan que las causas del suicidio son complejas.
- Que la ayuda debe estar disponible para las personas que tienen sentimientos similares o están angustiadas.

Comunicar información sobre la muerte.

Habilidad para coordinar las comunicaciones organizacionales sobre la muerte (por ejemplo, tener claro quién es el responsable y el medio a través del cual se transmite la información)

La capacidad de aprovechar el conocimiento que es útil para que las comunicaciones sobre la muerte sean claras sobre la causa de la muerte, por ejemplo:

- Hacer una divulgación completa cuando la familia o los cuidadores hayan dado su consentimiento para que se conozca que la persona murió por suicidio.
- Cuando la familia o los cuidadores no están dispuestos a que esto se divulgue, gestionarlo apropiadamente (por ejemplo, indicando que la familia o los cuidadores no desean que se conozca la causa de la muerte, pero también facilitando la discusión si hay rumores de suicidio).

Intervenciones.

La capacidad de ofrecer intervenciones basadas en la organización que pueden ayudar a:

- Normalizar las reacciones ante la muerte discutiendo el proceso de duelo y las formas en el que esto podría manifestarse con el tiempo, y el hecho de que no existe una forma "correcta" de duelo.
- Crear oportunidades para compartir historias, pensamientos y recuerdos.
- Fomentar la discusión de los sentimientos engendrados por la muerte.
- Transmitir la necesidad de autocuidado.

Habilidad para hacer arreglos prácticos para intervenciones en el lugar de trabajo, por ejemplo:

- establecer reuniones informativas para grupos y/o individuos, dirigidas por facilitadores debidamente capacitados
- Variar las prácticas de trabajo para dar tiempo a que se lleven a cabo las reuniones.
- Asegurarse de que se lleven a cabo reuniones de seguimiento.

ANEXOS

La capacidad de garantizar que haya una provisión de apoyo a largo plazo para reconocer que los sentimientos sobre la muerte pueden resurgir (por ejemplo, alrededor del aniversario de la muerte, o alrededor de eventos significativos que señalan la ausencia de la persona que ha muerto).

La capacidad para aprovechar el conocimiento que la mayoría de las personas se adaptará a la muerte sin apoyo profesional (lo que refleja su resiliencia "natural"), pero que algunos pueden experimentar reacciones emocionales más profundas (como duelo complicado, trauma o ideación suicida).

La capacidad para que la organización cuente con sistemas que identifiquen a las personas que están que tienen una dificultad significativa para hacer frente y que pueden dirigirlos hacia fuentes apropiadas de apoyo.

La capacidad de considerar si es apropiado que la organización lleve a cabo un evento conmemorativo (con el objetivo de ayudar a las personas a reconocer la muerte y compartir su dolor)

La capacidad de garantizar que cualquier ceremonia logre el equilibrio adecuado entre conmemorar o no conmemorar (y potencialmente exaltar) a la persona que ha muerto.

Juzgando cuándo terminar la postvención.

Habilidad para equilibrar la necesidad de cambios en los patrones habituales de actividad para adaptarse a las reacciones ante la muerte frente a la necesidad de restablecer el funcionamiento habitual del organización, y para:

- Juzgar el ritmo de un retorno en relación con una evaluación del grado en que la organización y los individuos dentro de ella han tenido tiempo de adaptarse a la muerte.
- Adaptarse a las necesidades de las personas que no están preparadas para volver a su patrón habitual de funcionamiento.

6. Enlace con otros

Gestión de las transiciones en la atención dentro de los servicios y entre ellos

Las competencias esbozadas en este documento se solapan con las establecidas en las secciones que detallan las competencias relativas a:

- Capacidad para trabajar dentro de una organización y entre organizaciones.
- Conocimiento de las cuestiones de confidencialidad y consentimiento y capacidad para trabajar con ellas".

Conocimientos relacionados con las transiciones asistenciales

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las transiciones en la asistencia (dentro y entre organizaciones) pueden ser potencialmente desestabilizadoras y, por tanto, representar momentos de mayor riesgo de autolesión y/o suicidio.
 - la capacidad de saber que anticiparse a la finalización de un tratamiento, servicio o relación, así como las transiciones de un servicio a otro, puede provocar fuertes sentimientos y aumentar el riesgo de autolesión o suicidio

ANEXOS

- la capacidad de saber que, cuando los traslados de asistencia se deben a que los servicios se sienten incapaces de gestionar la aparición de autolesiones o de ideas o comportamientos suicidas, la transición entre servicios representa un período de riesgo potencialmente mayor que debe gestionarse

Identificar las transiciones en la atención dentro y entre organizaciones

- Capacidad para identificar las transferencias de cuidados que pueden representar puntos de mayor riesgo, como por ejemplo
 - traslados dentro de una organización (por ejemplo, de un profesional a otro dentro de un servicio)
 - traslados entre organizaciones (por ejemplo, de la atención hospitalaria a la comunidad, o de la atención sanitaria a la social)
 - traslados de servicios para jóvenes a servicios para adultos
 - traslados del sistema de atención sanitaria y social al sistema forense o de justicia penal
 - transiciones imprevistas (por ejemplo, debido a un cambio de domicilio o a la marcha de un trabajador clave)
 - transiciones planificadas (por ejemplo, un trabajador que toma vacaciones anuales)

Conocimientos sobre el traslado

- Capacidad para aprovechar los conocimientos actualizados sobre los servicios a los que se está considerando el traslado, utilizando esta información para garantizar que el traslado propuesto sea
 - se ajusta a las necesidades de la persona
 - pueda ofrecerse en un plazo adecuado

Ayudar a una persona a prepararse para un traspaso de cuidados

- Capacidad para avisar a una persona del traslado propuesto, asegurándose de que
 - se le notifique con la mayor antelación posible
 - comprenda los motivos del traspaso de cuidados
 - conozca los servicios que se le ofrecerán
 - conozcan los plazos probables del traslado
 - sepan qué información se comunicará (y cuál no) al nuevo profesional o servicio, y puedan debatir cualquier inquietud al respecto
 - la capacidad de sopesar las consideraciones de confidencialidad frente al riesgo de daño para una persona y de juzgar cuándo es lo mejor para ella compartir información
- Capacidad para discutir los sentimientos de una persona sobre el traslado y trabajar con ella para
 - identificar las barreras que hacen menos probable que mantengan el contacto con el nuevo servicio (por ejemplo, ansiedad o enfado por empezar de nuevo, disgusto por la pérdida de contacto con profesionales valiosos)
 - hablar de sus preocupaciones y sentimientos
 - identificar los problemas que podrían dificultar la transferencia de la asistencia (y, por tanto, señalar un posible aumento del riesgo).
- En los casos en que las familias o los cuidadores hayan proporcionado un apoyo significativo, la capacidad de considerar qué información es apropiado compartir con ellos acerca de la transferencia.

Transferencia de cuidados

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las personas pueden necesitar apoyo y preparación adicionales para superar con éxito los traslados de cuidados, por ejemplo en forma de
 - asegurarse de que el servicio al que son remitidos se adapta a su etapa de desarrollo y a sus capacidades
 - implicar a su familia o cuidadores (si la persona lo considera útil).
- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre la mayor vulnerabilidad de las personas que experimentan múltiples transiciones sincrónicas (por ejemplo, de la escuela a la universidad, cambios en la forma de vida y traslados entre servicios clínicos).
- Cuando existan indicios de que las transferencias de atención supondrán retos significativos para una persona, capacidad para aplicar estrategias adecuadas, como por ejemplo
 - identificar a una persona que pueda mantener la continuidad del apoyo durante la transición
 - cuando proceda, ayudar a la persona a desarrollar habilidades de independencia, asertividad y autodefensa
- Capacidad para aprovechar el hecho de que las familias y los cuidadores pueden encontrar difícil el traspaso de la asistencia (por ejemplo, al sentirse excluidos cuando los servicios no implican habitualmente a las familias y los cuidadores).

Comunicación dentro y entre los servicios a los que se transfiere a una persona

- Capacidad para garantizar una comunicación eficaz con los profesionales dentro de los servicios y entre ellos, proporcionando una comunicación escrita que identifique
 - las cuestiones clínicas relevantes, el plan de cuidados actual y los motivos de preocupación por el riesgo
 - la justificación de la derivación (es decir, las áreas para las que se busca ayuda y los servicios que se espera que ofrezcan el servicio u otros profesionales)
 - las expectativas en cuanto a la respuesta del servicio (por ejemplo, confirmación de recepción y asesoramiento sobre las medidas adoptadas)

Reconocer y gestionar los retos que plantean los traslados de cuidados

- Capacidad para supervisar el progreso de un traslado
- Capacidad para identificar cuándo un traslado se ha visto comprometido e identificar las razones de ello, por ejemplo
 - factores institucionales o sistémicos (como largas listas de espera o cambios organizativos)
 - falta de cooperación o confianza entre los profesionales (especialmente cuando esto refleja el "legado" de contactos anteriores, o una falta de comprensión de lo que se ha solicitado)
 - falta de claridad sobre quién es responsable de dar curso a una solicitud de traslado (lo que puede llevar a que no se actúe)
- Capacidad para responder a las preocupaciones sobre una transferencia comprometida, por ejemplo, mediante una nueva comunicación verbal o escrita.
- En la medida de lo posible y cuando proceda, capacidad para ofrecer apoyo y contacto de transición si ello aumenta la probabilidad de que una persona se comprometa con el nuevo servicio.

7. Competencias terapéuticas generales

Conocimiento específico de los problemas de salud mental

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre la variedad de problemas de salud mental y trastornos del neurodesarrollo que se suelen observar en los servicios clínicos, así como las formas en que surgen y se presentan.
- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre el patrón habitual de síntomas asociados a los problemas de salud mental.
- Conocimiento de los factores sociales, psicológicos, familiares y biológicos asociados al desarrollo y mantenimiento de los problemas de salud mental.
- Conocimiento de las repercusiones que los problemas de salud mental pueden tener en el funcionamiento (por ejemplo, en el mantenimiento de las relaciones íntimas, familiares y sociales, o en la capacidad para conservar el empleo y los estudios).
- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre las repercusiones de las alteraciones del funcionamiento en la salud mental.
- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre la forma en que los problemas de salud mental pueden provocar dificultades interpersonales y utilizarlos para evitar que el estado de salud de una persona se agrave o se agrave.
- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre los factores que favorecen el bienestar y la resiliencia emocional (por ejemplo, buena salud física, alta autoestima, apego seguro al cuidador, niveles más altos de apoyo social).

Capacidad para implicar a las personas en las opciones de tratamiento a su alcance.

- Capacidad para implicar a una persona en un debate colaborativo sobre las opciones de tratamiento a su disposición (que pueden incluir la medicación), basándose en la información recopilada durante la evaluación, la formulación resultante de la evaluación y sus objetivos y metas.
- Capacidad para transmitir información sobre las opciones de tratamiento de un modo que se adapte a las capacidades, el contexto y las circunstancias de la persona y que la anime a plantear y debatir sus dudas y/o preocupaciones.
- Capacidad para proporcionar a la persona información suficiente sobre las opciones de tratamiento a su disposición, de modo que sea
 - conozca la gama de opciones disponibles para las personas del servicio
 - esté en condiciones de elegir con conocimiento de causa entre las opciones a su disposición.
- Capacidad para garantizar que la persona comprende claramente los tratamientos que se le ofrecen (por ejemplo, su contenido general y el modo en que suelen progresar).
- Manteniendo una postura positiva, capacidad para transmitir un sentido realista de:
 - la eficacia y el alcance de cada tratamiento
 - las dificultades asociadas a cada tratamiento
- Capacidad de utilizar el juicio clínico para determinar si el acuerdo de una persona de seguir un tratamiento se basa en una elección colaborativa (en lugar de ser un acuerdo pasivo o un acuerdo que la persona siente que se le impone).

Capacidad para fomentar y mantener una buena alianza terapéutica

Comprensión del concepto de alianza terapéutica

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que la alianza terapéutica se suele considerar que tiene tres componentes:
 - la relación o vínculo entre el terapeuta y la persona
 - el consenso entre el terapeuta y la persona respecto a las técnicas/métodos utilizados en una intervención
 - consenso entre el terapeuta y la persona sobre los objetivos de la intervención.

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los tres componentes contribuyen al mantenimiento de la alianza.

Conocimiento de los factores del terapeuta asociados a la alianza

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de los factores del terapeuta que aumentan la probabilidad de formar una alianza positiva:
 - ser flexible y permitir que la persona hable de los temas que son importantes para ella
 - ser respetuoso
 - ser cálido, amable y afirmativo
 - ser abierto
 - estar alerta y activo
 - ser capaz de mostrar honestidad a través de la autorreflexión
 - ser digno de confianza
- Conocimiento de los factores del terapeuta que reducen la probabilidad de formar una alianza positiva:
 - ser rígido
 - ser crítico
 - ser distante
 - ser distante
 - distracción
 - hacer un uso inadecuado del silencio

Conocimiento de los factores individuales asociados a la alianza

- Capacidad para recurrir al conocimiento de los factores individuales que afectan a la probabilidad de formar una alianza positiva, por ejemplo
 - problemas interpersonales (por ejemplo, una persona que asume que el terapeuta desestimará su perspectiva)
 - presentación involuntaria (por ejemplo, si se le ha aplicado la Ley de Salud Mental o acude por presiones externas)
 - problemas relacionados con el abuso de sustancias
 - problemas relacionados con el servicio (por ejemplo, experiencias negativas anteriores)
 - factores culturales (por ejemplo, expectativas culturales sobre quién debe participar en cualquier intervención)
 - influencia de la familia, los cuidadores y los compañeros (por ejemplo, familias o cuidadores que animan o disuaden a una persona de mantener el contacto con los servicios, o compañeros que la estigmatizan por seguir un tratamiento)

Capacidad para desarrollar la alianza

- Capacidad para escuchar las preocupaciones de una persona sin juzgarla, de forma comprensiva y sensible, y que transmita una actitud de aceptación cuando describa sus experiencias y creencias.
- Capacidad para validar las preocupaciones y experiencias de la persona.
- Capacidad para asegurarse de que la persona comprende la justificación de la intervención que se le ofrece.
- Capacidad para evaluar si una persona entiende la justificación de la intervención, tiene preguntas al respecto o se muestra escéptica sobre la justificación, y para responder a estas preocupaciones de forma abierta y no defensiva.
- Capacidad para ayudar a la persona a expresar sus preocupaciones o dudas sobre la intervención prevista y/o el terapeuta, especialmente si están relacionadas con la desconfianza o el escepticismo.

ANEXOS

- Capacidad para ayudar a la persona a formular y articular sus objetivos para la intervención y a calibrar hasta qué punto son similares a los del terapeuta.

Capacidad para captar la perspectiva y la "visión del mundo" de una persona.

- Capacidad para comprender el modo en que una persona se entiende a sí misma y al mundo que la rodea.
- Capacidad de tener presente la visión del mundo de una persona durante toda la intervención y de transmitir esta comprensión a través de las interacciones con la persona, de forma que ésta pueda corregir cualquier interpretación errónea.
- Capacidad para establecer el punto de vista de una persona explorando su posición de forma abierta y aceptándola, tomando sus preocupaciones al pie de la letra y suspendiendo cualquier tendencia a la incredulidad.
- Capacidad para tener en cuenta el punto de vista de una persona y, al mismo tiempo, recopilar toda la información pertinente con delicadeza.
- Capacidad para tener en cuenta la visión del mundo de una persona, manteniendo al mismo tiempo una perspectiva independiente y evitando la connivencia con ella.

Capacidad para mantener la alianza

Capacidad para reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica ("rupturas de la alianza").

- Capacidad para reconocer cuándo las tensiones en la alianza amenazan el progreso de una intervención.
- Capacidad para desplegar intervenciones adecuadas en respuesta a desacuerdos sobre tareas y objetivos, y para:
 - comprobar que la persona entiende la justificación de la intervención, revisarla con ella y aclarar cualquier malentendido
 - juzgar cuándo es mejor volver a centrarse en tareas y objetivos que la persona considere relevantes o manejables (en lugar de seguir explorando cuestiones que están provocando desacuerdos).
- Capacidad para desplegar intervenciones adecuadas en respuesta a tensiones en la alianza entre el terapeuta y la persona, por ejemplo
 - que el terapeuta dé y pida feedback sobre lo que está ocurriendo en la interacción aquí y ahora, de forma que invite a la exploración
 - que el terapeuta reconozca y acepte la responsabilidad de su contribución a cualquier tensión en la alianza
 - cuando la persona reconozca y admita que la alianza está en tensión, la capacidad (cuando proceda) de ayudarla a establecer vínculos entre las dificultades actuales y su estilo habitual de relacionarse con los demás
 - permitir que la persona exprese cualquier sentimiento negativo sobre su relación con el terapeuta
 - ayudar a la persona a explorar cualquier temor a expresar sentimientos negativos sobre su relación con el terapeuta

Capacidad para comprender y responder al contenido emocional de las sesiones

ANEXOS

Suscitar emociones que faciliten el cambio

- Capacidad para ayudar a una persona a acceder a sus emociones, diferenciarlas y experimentarlas de la manera que mejor facilite el cambio

Gestión de emociones fuertes que interfieren con el cambio efectivo

- Capacidad para ayudar a una persona a reconocer y etiquetar con precisión sus emociones.
- Capacidad para ayudar a una persona a procesar las emociones, reconociendo y/o conteniendo los niveles emocionales demasiado altos (por ejemplo, ira, miedo, desesperación) o demasiado bajos (por ejemplo, apatía).
- Capacidad para tratar eficazmente los problemas emocionales que interfieren con el cambio positivo (por ejemplo, niveles excesivos de ansiedad, ira u hostilidad, o evitación de los afectos fuertes).
- Capacidad para ayudar a una persona a expresar sus emociones y, al mismo tiempo, supervisar su capacidad para tolerar la expresión emocional y desplegar estrategias durante la sesión que ayuden a gestionar las dificultades que surjan, por ejemplo
 - asegurándose de que la discusión avanza al ritmo de la persona (es decir, su disposición y capacidad para debatir un tema)
 - retroceder" si los temas parecen demasiado difíciles y volver a tratarlos más adelante
 - ayudar a la persona a mantener la emoción sin intensificarla.
- La capacidad de introducir técnicas diseñadas para gestionar emociones fuertes que no son útiles (como el comportamiento agresivo o el miedo extremo), por ejemplo:
 - ayudar a la persona a nombrar las emociones y los "mensajes" que transmiten
 - indicar qué comportamiento es apropiado en la sesión (establecer límites)
- Cuando los familiares, cuidadores u otras personas significativas participan en la sesión, capacidad para ayudarles a respaldar la capacidad de la persona para expresar emociones de forma adecuada (en la sesión).

Capacidad para reflexionar sobre la expresión de comportamientos y emociones

- Capacidad para comprender que la expresión emocional de una persona (incluido el comportamiento agresivo) es una forma de comunicación.
- Capacidad para reflexionar sobre el significado del comportamiento/expresión emocional y su relación con el contexto actual y pasado.
- Capacidad para describir la emoción o el comportamiento y obtener la interpretación de su significado por parte de una persona.
 - capacidad para discutir dichas interpretaciones con la persona.
- Capacidad del profesional para reflexionar sobre su propia reacción ante la expresión emocional/conductual y su influencia en el comportamiento de la persona.
 - la capacidad del profesional de hacer uso de la supervisión para reflexionar (y, si es necesario, actuar) sobre estas cuestiones.

Capacidad para gestionar finales**Trabajar con finales planificados**

- Cuando el "contacto" vaya a durar un tiempo determinado, capacidad para trabajar en colaboración con la persona para gestionar los finales y establecer cualquier apoyo futuro.
- Capacidad para preparar a la persona para los finales, haciendo referencia explícita a los límites de la intervención desde el principio y a lo largo de la terapia, según proceda (por ejemplo, en relación con las conversaciones sobre la pérdida).
- Capacidad para evaluar los riesgos que puedan surgir durante o después de abandonar el servicio.

ANEXOS

- Capacidad para ayudar a la persona a expresar sus sentimientos sobre el final, incluidos los sentimientos de hostilidad y decepción por las limitaciones de la intervención y del terapeuta.
- Capacidad para ayudar a la persona a relacionar sus sentimientos sobre los finales con otras pérdidas o separaciones.
- Capacidad para ayudar a la persona a explorar cualquier sentimiento de ansiedad sobre la posibilidad de arreglárselas sin el terapeuta.
- Capacidad para ayudar a la persona a reflexionar sobre el proceso de la intervención, así como sobre lo que ha aprendido y obtenido de ella.
- En el caso de una transición planificada a otro servicio, capacidad para preparar a la persona adecuadamente (por ejemplo, proporcionándole información sobre lo que ofrece el servicio y su estilo de trabajo, o concertando citas conjuntas con el nuevo servicio).

Trabajar con finales prematuros o imprevistos

Conocimientos

- Capacidad para aprovechar los conocimientos de las directrices nacionales y locales sobre la evaluación de riesgos relacionados con las personas que finalizan su contacto con un servicio, incluyendo políticas, procedimientos y normas en relación con:
 - evaluación y gestión de riesgos
 - consentimiento, confidencialidad e intercambio de información
- Conocimiento de los procedimientos locales en respuesta a las citas a las que no se acude.
- Conocimiento de los servicios locales a los que se puede derivar a una persona al final de su contacto con los servicios locales.

Trabajar con finales imprevistos

- En la medida de lo posible, capacidad para explorar con la persona por qué desea finalizar el contacto con el servicio antes de lo previsto inicialmente.
- La capacidad de explorar con la persona si se pueden abordar sus preocupaciones sobre la intervención o el servicio.
- Capacidad para evaluar cualquier riesgo derivado de una salida anticipada del servicio.
- Capacidad para ponerse en contacto con los organismos pertinentes en relación con una salida anticipada del servicio.
- Capacidad para revisar el contacto con una persona verbalmente o mediante una carta de alta.
- Cuando se trabaja con familias y cuidadores, capacidad para determinar qué miembros de la familia o cuidadores desean poner fin al contacto de forma anticipada (es decir, hasta qué punto se trata de una decisión consensuada o de una opinión de algunos miembros de la familia o cuidadores, pero no de todos).

Capacidad para hacer uso de las medidas (incluido el seguimiento de los resultados).

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las medidas y escalas no deben utilizarse como base para predecir futuras autolesiones o conductas suicidas porque hay pruebas claras de que no son adecuadas para este fin.
 - capacidad para saber que las medidas y las escalas sólo deben utilizarse como complemento de la evaluación.

Conocimiento de las medidas más utilizadas

- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre las medidas utilizadas habitualmente como parte de una evaluación de autolesiones o de prevención del suicidio.

ANEXOS

- Capacidad para utilizar conocimientos relevantes para la aplicación de una medida, como por ejemplo
 - sus propiedades psicométricas (incluyendo normas, validez, fiabilidad)
 - la formación necesaria para administrarla
 - procedimientos de puntuación e interpretación
 - características que pueden influir en su uso (por ejemplo, brevedad o "facilidad de uso").

Capacidad para administrar las medidas

- Capacidad para juzgar cuándo una persona puede necesitar ayuda al cumplimentar una escala
- Capacidad para tener en cuenta la actitud de la persona ante la escala (y su comportamiento al cumplimentarla) a la hora de interpretar los resultados.
- Capacidad para puntuar e interpretar los resultados de la escala utilizando las directrices del manual de la escala.
- Capacidad para interpretar la información obtenida de la escala en el contexto de la información de valoración y evaluación obtenida por otros medios.

Capacidad para seleccionar y utilizar medidas de resultados.

- Capacidad para integrar la medición de resultados en una evaluación y en cualquier intervención.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que una única medida de resultados no puede captar las complejidades del funcionamiento de una persona, y que estas complejidades pueden evaluarse mediante:
 - medidas centradas en el funcionamiento de una persona desde diferentes perspectivas (por ejemplo, la propia persona, un familiar o cuidador y un profesional)
 - medidas que utilicen diferentes tecnologías, como valoraciones globales, valoraciones de síntomas específicos y recuentos de frecuencia de comportamiento
 - medidas que evalúan diferentes ámbitos de funcionamiento (por ejemplo, funcionamiento en el hogar y en el trabajo)
 - medidas que evalúen diferentes dominios sintomáticos (por ejemplo, afecto, cognición y comportamiento)
- Capacidad para seleccionar instrumentos de medición diseñados para detectar cambios en los aspectos del funcionamiento que son objeto de la intervención.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las medidas previas y posteriores a la intervención son una prueba más rigurosa de la mejora que las valoraciones retrospectivas.
- Capacidad para utilizar las mediciones de las sesiones para informar sobre el progreso en la terapia y para discutir las implicaciones de esto con una persona.

Capacidad para utilizar registros sistemáticos

Conocimientos

- Capacidad para aprovechar los conocimientos sobre las formas en que puede utilizarse el registro sistemático para ayudar a identificar la función de un comportamiento específico mediante el análisis de sus antecedentes y consecuencias (es decir, lo que conduce al comportamiento y lo que ocurre después de que éste se haya producido).

Capacidad para integrar los "registros diarios" sistemáticos en la evaluación y la intervención

- Capacidad para explicar a una persona la función de los gráficos estructurados y ayudarla a utilizarlos para controlar su propio comportamiento, por ejemplo, explicando y demostrando el uso de:
 - tablas de frecuencia autocompletadas (diseñadas para registrar la frecuencia de conductas objetivo)

ANEXOS

- diarios de comportamiento autocompletados (diseñados para registrar comportamientos problemáticos o deseados y sus antecedentes y consecuencias)
- Capacidad para revisar con una persona las tablas de frecuencias y los diarios de conducta cumplimentados con el fin de
 - conocer su interpretación de los datos
 - averiguar si les ha resultado fácil registrar la información
 - motivarles para que sigan recopilando datos.
- Capacidad para utilizar la información de los diarios y gráficos para evaluar la frecuencia de los problemas, el grado de angustia causado, los antecedentes y los patrones de comportamiento y refuerzo.

C7

8. Capacidad de realizar una evaluación colaborativa de los riesgos y las necesidades y fortalezas

- Hay tres esferas de evaluación estrechamente relacionadas: (1) realizar una evaluación en colaboración de los riesgos y las necesidades; (2) evaluar las circunstancias generales de una persona; y (3) evaluar el funcionamiento de una persona en diferentes contextos. Estas secciones de evaluación se centran en el trabajo con personas que se presentan como suicidas o con autolesiones.
- Se necesitará un juicio sobre el alcance de una sesión específica de evaluación. Cuando una persona está gravemente angustiada y/o se considera que corre un alto riesgo de autolesionarse, será necesario centrarse en ello, y se llevará a cabo una evaluación más detallada y/o más amplia una vez que las necesidades inmediatas de seguridad de la persona estén adecuadamente contenidas.

Conocimiento

- La capacidad de aprovechar el conocimiento que la evaluación del riesgo:
 - ✓ Es más probable que sea útil (tanto para la persona y el asesor) si se centra en involucrar al individuo en un diálogo personalmente significativo
 - ✓ Es menos eficaz (y útil) si se lleva a cabo como una 'lista de verificación' que intenta cubrir todas las bases, independientemente de si son relevantes para la persona
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que, como es difícil predecir con precisión futuros intentos de suicidio, incluso las evaluaciones exhaustivas del riesgo sólo pueden producir una estimación deficiente del riesgo.
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que, aunque se han identificado muchos factores asociados con el riesgo:
 - ✓ No se puede confiar en ellos para predecir el riesgo con certeza
 - ✓ Están sujetas a cambios, lo que significa que las evaluaciones del riesgo solo pueden referirse a las perspectivas a corto plazo

ANEXOS

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que hablar de suicidio no aumenta la probabilidad de intentos de suicidio, y que es útil mantener una postura abierta y franca a la discusión
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las autolesiones y los actos suicidas reflejan altos niveles de angustia psicológica
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que (mediante la construcción de la esperanza y la identificación de formas específicas de avanzar) una evaluación colaborativa puede ser una intervención poderosa por derecho propio
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los objetivos de una evaluación en colaboración son:
 - ✓ Ayudar a la gente a entender los factores clave que pueden llevar a una crisis
 - ✓ Evaluar la naturaleza, frecuencia y gravedad de la autolesión de una persona y (si ha cambiado) si esto indica un riesgo inminente de suicidio
 - ✓ Evaluar el grado de intención, planificación y preparación (como posibles signos de riesgo inminente)
 - ✓ Identificar los factores de riesgo y de protección (para ayudar a estimar el riesgo de suicidio y autolesiones de la persona)
 - ✓ Identificar problemas de salud mental que puedan contribuir a la autolesión y al comportamiento suicida
 - ✓ Determinar el nivel y el tipo de intervención más adecuados
 - ✓ Identificar qué factores de riesgo pueden ser modificables a través de la intervención
 - ✓ Elaborar un plan de gestión

Compromiso.

- Capacidad para llevar a cabo una evaluación de manera compasiva y colaborativa que tenga como objetivo:
 - ✓ Involucrar activamente a las personas en el proceso de evaluación
 - ✓ Ayudar a las personas a identificar los factores que generan y mantienen la crisis
 - ✓ Identificar intervenciones que ayuden a mantener a las personas seguras
- Capacidad para ayudar a las personas a manejar el sufrimiento potencial asociado con la discusión de temas difíciles mediante:
 - ✓ Asegurarse de que entienden la justificación de las preguntas de evaluación

ANEXOS

- ✓ Discutir cómo les gustaría manejar la angustia durante y después de la entrevista (p. ej., tomando un descanso)
- ✓ Ayudar a manejar la angustia si esto se hace evidente y/ o abrumadora
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el proceso de evaluación debe responder a cualquier problema interpersonal que amenace la integridad de la evaluación, por ejemplo, cuando haya pruebas de que una persona:
 - ✓ Tiene expectativas negativas basadas en experiencias adversas y/o traumáticas previas con el sistema de salud o de atención social
 - ✓ Percibe al evaluador como una figura de autoridad que los está juzgando espera que el evaluador les falle

Evaluación

- Capacidad para evaluar los factores clave potenciales, incluyendo:
 - ✓ Severidad y método de autolesión y las motivaciones detrás de este comportamiento vinculan la autolesión y la ideación suicida y la ideación y los comportamientos suicidas que están vinculados a la intención suicida
 - ✓ Problemas de salud mental (incluidos los antecedentes psiquiátricos y/o el reciente alta de los servicios de salud mental de pacientes hospitalizados o en crisis)
 - ✓ Vulnerabilidades psicológicas (p.e. desesperanza)
 - ✓ Vulnerabilidades psicosociales (p.ej. pérdida reciente, abuso sexual o doméstico)
 - ✓ Vulnerabilidades de salud física (p. ej., dolor crónico)
- Capacidad de trabajar con personas para identificar comportamientos (tanto actuales como pasados) relacionados con la intención suicida (como preparar un testamento, escribir una nota, despedirse de las familias, cuidadores y otras personas significativas, adquirir los medios para terminar con la vida)
- Capacidad para discutir con las personas las características específicas de los intentos de suicidio (p. ej., nivel de intención de morir, nivel de arrepentimiento por no morir, función del intento, si se tomaron precauciones contra el descubrimiento), y usar esto para estimar la probabilidad de actos futuros
- La capacidad para ayudar a la persona a identificar factores de protección que pueden estar asociados con la disminución de los pensamientos de suicidio o sentimientos de que la vida no vale la pena vivir, tales como:
 - ✓ Actitudes o creencias (p.ej. esperanza, razones para vivir, un deseo de vivir, una creencia de que el suicidio va en contra de su código moral)

ANEXOS

- ✓ La sensación de que es posible gestionar el área problemática asociada a la crisis suicida
- ✓ Una red social de apoyo
- ✓ Miedo a la muerte, a morir o al suicidio

Evaluar los factores cognitivos asociados con la autolesión y/o el suicidio

Capacidad de trabajar con personas para identificar cogniciones que se enfocan en el suicidio (incluyendo su contenido, duración, frecuencia e intensidad del pensamiento suicida, y el nivel de intención de morir): Actualmente en su forma más severa, en el pasado inmediato y el futuro próximo.

Evaluar los factores interpersonales asociados con la autolesión y/o el suicidio

- Una capacidad para evaluar un sentido de aislamiento social, por ejemplo:
 - ✓ La ausencia percibida de cuidados, conexiones significativas con otros
 - ✓ La ausencia de amigos o familiares que una persona puede contactar cuando se molesta
 - ✓ Pérdidas recientes por muerte o ruptura de relaciones
 - ✓ Conflicto con compañeros o acoso
- La capacidad para evaluar un sentido de ser una carga para otros significativos, por ejemplo:
 - ✓ Expresando la opinión de que otros estarían mejor si se fueran expresando la opinión de que son una carga para otras personas
 - ✓ Estresores recientes que socavan la sensación de autocompasión (p. ej., pérdida de empleo, fracaso en los exámenes)
- Una capacidad para evaluar 'marcadores' que indican el desarrollo de una capacidad para llevar a cabo suicidio o autolesión (generalmente experiencias que fomentan un miedo disminuido al dolor y la autolesión), por ejemplo:
 - ✓ Marcadores actuales, tales como:
 - ✓ Miedo a las lesiones o a la muerte
 - ✓ Ideación suicida prolongada y/o preocupación por el suicidio
 - ✓ Planes muy detallados y concretos para el suicidio
 - ✓ Lugar y hora especificados para el suicidio
 - ✓ Si la autolesión ha tenido lugar, una intención de morir en el momento de la lesión

ANEXOS

- ✓ Experiencias actuales y pasadas, tales como
- ✓ Intentos de suicidio anteriores (y especialmente intentos de suicidio múltiples)
- ✓ Intentos de suicidio abortados
- ✓ Lamentar los intentos de sobrevivir
- ✓ Comportamientos autoperjudiciales
- ✓ Exposición frecuente a la violencia o participación en ella (incluidos los conflictos y el servicio militar)
- ✓ Exposición a la violencia física y/o sexual en la infancia
- ✓ Participación en actividades dolorosas y provocadoras (p. ej., saltar desde lugares altos, participar en peleas físicas);
- ✓ Patrones de autolesión asociados con el consumo de sustancias, tales como:

-Intentos previos de autolesión que han ocurrido al beber y/o tomar drogas

-Cambios en los patrones de pensamiento asociados con beber y/o tomar drogas que están asociados con la autolesión

-Incapacidad para controlar el exceso de consumo de alcohol asociado con autolesiones o intentos de suicidio

Evaluar el uso de Internet y la vida en línea

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de los riesgos potenciales, así como los beneficios potenciales del uso de Internet en relación con el comportamiento suicida y la autolesión, como su potencial para:
 - ✓ Aumentar el riesgo al normalizar la autolesión, desencadenar y competir entre los usuarios, o actuar como fuente de contagio
 - ✓ Reducir el riesgo creando un sentido de comunidad, ofreciendo apoyo a la crisis y reduciendo el aislamiento social
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que un mayor uso de Internet para ver material relacionado con el suicidio es un marcador potencial de riesgo de suicidio
- Capacidad para preguntar directamente sobre la vida en línea y el uso de Internet de una persona, por ejemplo:
 - ✓ Los sitios o aplicaciones a los que acceden regularmente y la finalidad o intención de uso

ANEXOS

- ✓ La frecuencia con la que acceden a sitios o aplicaciones
- ✓ El impacto en su estado de ánimo, ideación suicida, vida cotidiana y funcionamiento
- Capacidad para responder a la revelación de experiencias potencialmente adversas (como la exposición al acoso cibernético o ser alentado a autolesionarse) ayudando a una persona a identificar formas en las que se puede mitigar el impacto de estas experiencias

Elaboración de un plan de gestión de riesgo

- Capacidad de juzgar el nivel adecuado de intervención, guiado por la presencia y fuerza de los factores de riesgo y de protección, y de evaluar la necesidad de:
 - ✓ Crisis hospitalaria, ambulatoria o comunitaria o apoyo intensivo
 - ✓ Reuniones de seguimiento adicionales para evaluar y gestionar los riesgos actuales
 - ✓ Remisión a otros organismos
 - ✓ Señalización a otras organizaciones
 - ✓ Obtener más información de otras fuentes
 - ✓ Informar a otros médicos u organismos del nivel de riesgo
 - ✓ Informar a los miembros de la familia, los cuidadores y otras personas importantes del nivel de riesgo

Capacidad para evaluar las circunstancias generales de una persona

- Hay tres esferas de evaluación estrechamente vinculadas: realizar una evaluación en colaboración de los riesgos y las necesidades; evaluar las circunstancias generales de la persona; y evaluar el funcionamiento de la persona en todos los contextos. Estas secciones de evaluación se centran en el trabajo con personas que se presentan como autolesionadas o suicidas. En otra sección del marco se describen las competencias para realizar evaluaciones completas de la salud mental.
- Se necesitará un juicio sobre el alcance de una sesión específica de evaluación. Cuando una persona está gravemente angustiada y/o se considera que corre un alto riesgo de autolesionarse o suicidarse, será necesario centrarse en ello, y se realizará una evaluación más detallada y/o más amplia una vez que sus necesidades inmediatas de seguridad estén adecuadamente contenidas

Conocimiento del proceso de evaluación

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que el proceso de evaluación debe ser colaborativo y ayudar así tanto al evaluador como a la persona a:

ANEXOS

- ✓ Comprender las circunstancias pasadas y actuales que contribuyen a las dificultades y angustias de una persona
- ✓ Identificar pensamientos o planes históricos y actuales relacionados con la autolesión y/o el suicidio
- ✓ Llegar a una formulación compartida y un plan de gestión 'colaborativo' para desarrollar alternativas al suicidio y la autolesión y mejorar los problemas desencadenantes inmediatos

Involucrar a una persona en el proceso de evaluación

- Capacidad para realizar una evaluación en colaboración, por ejemplo:
 - ✓ Garantizar que la estructura de la entrevista sea suficientemente flexible y que responda a los nuevos contenidos y preocupaciones
 - ✓ Compartir activamente un sentido de desarrollo de comprensión con una persona, e invitar a su reacción y comentario
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el proceso de evaluación debe responder a cualquier problema interpersonal que amenace la integridad de la evaluación, por ejemplo, cuando haya pruebas de que una persona:
 - ✓ Tiene expectativas negativas basadas en experiencias adversas y/o traumáticas previas con el sistema de salud o de atención social
 - ✓ Percibe al evaluador como una figura de autoridad que los está juzgando espera que el evaluador les falle
- Capacidad para supervisar y abordar cualquier problema interpersonal que pueda inhibir la participación en la evaluación (p. ej., discutir sentimientos de sospecha sobre el proceso de evaluación)

Capacidad para evaluar las circunstancias generales de una persona

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que una evaluación debe emplear generalmente una serie de métodos (que pueden incluir entrevistas, instrumentos normalizados y revisión de los registros pertinentes) para obtener una imagen clara de la naturaleza y la historia de los problemas de la persona
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de medidas estandarizadas que pueden contribuir al proceso de evaluación
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de la importancia de atender a la historia de la persona, así como su presentación actual
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que el proceso de una entrevista a menudo será una guía útil para los problemas interpersonales con los que la persona se enfrenta (y que el proceso

ANEXOS

de evaluación puede ser tan informativo como su contenido, especialmente cuando se lleva a cabo durante un período prolongado)

- La capacidad de obtener una visión general de la historia de una persona y la situación de la vida presente, incluyendo:
 - ✓ Problemas actuales
 - ✓ Factores estresantes específicos relevantes para su presentación
 - ✓ Cualquier historia de problemas de salud mental, la ayuda que la persona ha recibido para manejar estos, y su experiencia de esta ayuda
 - ✓ Antecedentes de desarrollo (incluyendo cualquier abuso o negligencia sexual o física infantil, pérdidas o separaciones significativas, exposición al trauma)
 - ✓ Mecanismos de afrontamiento (p. ej., su capacidad para tolerar el estrés) y el nivel habitual de funcionamiento
 - ✓ Sistema de creencias y las formas en que la persona interpreta e interpreta su mundo
 - ✓ Capacidad para reflexionar (y ser razonablemente objetivo) sobre sus circunstancias
- La capacidad de obtener una visión general del funcionamiento interpersonal de una persona, incluyendo:
 - ✓ Historia familiar y social
 - ✓ Funcionamiento interpersonal actual, incluido el apoyo social a su disposición
 - ✓ Cualquier indicio de violencia o abuso sexual o doméstico
 - ✓ La calidad de cualquier relación actual o pasada con otros significativos actuales y pasados
 - ✓ El impacto de las dificultades actuales en su red social y personal
- La capacidad de obtener una visión general de la historia profesional de una persona (incluyendo su percepción de cualquier problema para participar o mantener una ocupación significativa)

Capacidad de evaluar el riesgo de daño*

- La capacidad de transmitir esa evaluación del riesgo de daño a uno mismo (y a otros) es una parte central de la evaluación
- Capacidad de comprender la naturaleza, frecuencia y gravedad de las autolesiones actuales e históricas
- Capacidad para comprender cualquier idea suicida y el grado de planificación en torno a esta

ANEXOS

- La capacidad de comprender las motivaciones de una persona detrás de conductas autolesivas/suicidas (p. ej., en relación con el sentimiento de alivio autoinformado)

**En la sección pertinente del presente marco de competencias se pueden encontrar competencias más detalladas relativas a la evaluación de riesgos y necesidades.*

Capacidad de identificar dificultades coexistentes

- Capacidad para identificar la presencia y la importancia de problemas psicológicos que comúnmente ocurren en individuos que se han autolesionado y/o son suicidas, tales como:
 - ✓ Depresión
 - ✓ Ansiedad
 - ✓ Abuso de alcohol y sustancias
 - ✓ Trastornos alimentarios
 - ✓ Trauma
 - ✓ Características psicóticas, tales como confusión, dificultad para pensar, procesamiento de información o delirios y/o pensamientos paranoicos
 - ✓ Problemas de salud física a largo plazo que tienen un impacto significativo en la vida diaria
- Una capacidad para medir la prominencia de cualquier problema psicológico coexistente y sus implicaciones para la planificación del tratamiento, por ejemplo:
 - ✓ Si las dificultades coexistentes deben abordarse junto con un enfoque en el suicidio y/o autolesiones
 - ✓ Si las preocupaciones sobre el suicidio y la autolesión deben abordarse directamente y como foco principal de intervención (en lugar de integrarse con el tratamiento de problemas psicológicos coexistentes)

Evaluación del contexto cultural y social de una persona

Social

- Capacidad de preguntar sobre los posibles factores de protección en el entorno social de una persona (p. ej., apoyo social, proximidad a la familia extensa, acceso a los recursos comunitarios).

ANEXOS

- Capacidad para preguntar sobre cualquier posible estrés en el entorno físico o social de una persona (p. ej., hacinamiento, vivienda precaria, acoso en el vecindario)
- Capacidad para preguntar acerca de la pertenencia actual e histórica de una persona a grupos de pares

Cultural

- Capacidad de aprovechar el conocimiento de los antecedentes culturales, étnicos y religiosos de una persona y el posible impacto de esta perspectiva en sus opiniones sobre los problemas
- Capacidad de comprender la influencia de la cultura de una persona (p. ej., en los valores y actitudes)

Capacidad para debatir los resultados de la evaluación

- Capacidad para resumir y discutir la evaluación con una persona de una manera que genere esperanza (indicando la posibilidad de cambio) y que, al vincular la formulación con ejemplos de la vida de una persona:
 - ✓ Demuestra una comprensión de la angustia subjetiva experimentada por ellos y su perspectiva sobre los temas
 - ✓ Aporta coherencia a su experiencia
 - ✓ Les ayuda a reflexionar sobre su experiencia
- Capacidad para evaluar y responder a la actitud y motivación de una persona para cualquier intervención propuesta
- La capacidad de referir a una persona para intervenciones complementarias o alternativas que puedan ser apropiadas (p.ej. equipos de crisis, servicios especializados de salud mental)

Capacidad para evaluar el funcionamiento de una persona en distintos contextos

- Hay tres esferas de evaluación estrechamente vinculadas: realizar una evaluación en colaboración de los riesgos y las necesidades; evaluar las circunstancias generales de una persona; y evaluar el funcionamiento de una persona a través de contextos (o 'sistemas').
- Estas secciones de evaluación se centran en el trabajo con personas que se presentan como suicidas o autolesionadas. Las descripciones de competencias para realizar evaluaciones completas de salud mental se pueden encontrar en los marcos para trabajar con poblaciones adultas que presentan problemas de salud mental (www.ucl.ac.uk/core/competence-frameworks).

ANEXOS

- Se necesitará un juicio sobre el alcance de una sesión específica de evaluación. Cuando una persona está gravemente angustiada y/o se considera que corre un alto riesgo de autolesionarse, será necesario centrarse en ello, y se realizará una evaluación más detallada y/o más amplia una vez que las necesidades inmediatas de seguridad de la persona estén adecuadamente contenidas.

Conocimiento de la relevancia de los contextos en los que se encuentra una persona

- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que es importante tener en cuenta los 'sistemas' en los que se encuentra una persona para ayudar a comprender sus problemas psicológicos y su angustia emocional
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que los patrones de las relaciones dentro de los sistemas pueden desempeñar un papel importante en la formación y el mantenimiento de los problemas psicológicos
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de los principios básicos del construccionismo social:
 - ✓ Que la gente se entiende a sí misma y al mundo a su alrededor a través de un proceso de construcción social
 - ✓ Que el significado se genera a través de las interacciones sociales y el lenguaje utilizado en las diferentes interacciones sociales
 - ✓ Que las relaciones de poder (p. ej., la posición de un individuo en un sistema) y los diferentes contextos culturales (como género, religión, edad, etnia) tienen una influencia importante en el desarrollo del significado, las relaciones, los sentimientos y el comportamiento

Evaluación

- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que los múltiples contextos en los que se encuentra una persona necesitan ser considerados en cualquier evaluación, y que estos podrían incluir su:
 - ✓ Relaciones significativas (p.ej. pareja, familia o cuidadores, amigos cercanos y grupo de pares)
 - ✓ Contextos educativos como la universidad
 - ✓ Lugar de empleo
 - ✓ Entornos sociales y comunitarios
 - ✓ Red(s) profesionales
 - ✓ Entorno cultural
 - ✓ Ambiente sociopolítico

ANEXOS

- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que estos diferentes contextos están conectados y es probable que interactúen
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de los contextos/entornos de los que forma parte una persona y que pueden ser relevantes para su presentación (p. ej., las creencias y prácticas de su familia o las creencias asociadas con su comunidad de fe)
- Capacidad para interactuar con miembros significativos de los sistemas que sean relevantes para una persona y recabar información de ellos, tales como:
 - ✓ Su pareja y familia
 - ✓ No profesionales que tienen un papel activo en el cuidado de ellos
 - ✓ Otros profesionales (incluidos otros miembros del equipo, agencias y servicios de referencia)
- Habilidad (en conjunto con una persona y miembros de 'sistemas' relevantes) para identificar:
 - Áreas problemáticas percibidas y las creencias que las conciernen
 - Las fortalezas potenciales de una persona (y el sistema en general) que pueden apoyar el cambio terapéutico
 - Las soluciones que se han probado o se han considerado los logros en la vida de una persona
- La capacidad de aprovechar el conocimiento que diferentes miembros del sistema pueden describir a una persona de manera diferente porque:
 - ✓ Siempre hay múltiples perspectivas y descripciones de cualquier interacción/ relación
 - ✓ El comportamiento de una persona está influenciado por el conjunto diferente de factores contextuales presentes en cada entorno

Capacidad para desarrollar una formulación

Conocimiento

- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que el objetivo de una formulación es explicar el desarrollo y mantenimiento de las dificultades de una persona, y que las formulaciones:
 - ✓ Comprenden un conjunto de hipótesis o explicaciones plausibles que se basan en teorías biológicas, psicológicas y sociales para ayudar a dar sentido a la información obtenida por una evaluación
 - ✓ Se adaptan a la persona y, en su caso, sus familiares o cuidadores integran un enfoque de autolesión y/o suicidio en la formulación general

ANEXOS

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que las formulaciones deben ser revisadas y revisadas a medida que surge más información (p. ej., mediante el contacto continuo con una persona y otras personas involucradas en su cuidado y apoyo)
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de modelos de suicidio y de autolesión que pueden ayudar a guiar el contenido de una formulación
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de factores genéricos relevantes para una formulación, tales como:
 - ✓ Factores de riesgo que puedan predisponer al desarrollo de conductas autolesivas y suicidas (p. ej., traumas o problemas de salud mental)
 - ✓ Factores precipitantes que pueden desencadenar la aparición o exacerbación de dificultades (p. ej., tensiones agudas de la vida, transiciones como la reubicación o el inicio de un nuevo trabajo, el cambio de circunstancias familiares o familiares o las disposiciones de cuidado)
 - ✓ Mantener los factores que podrían perpetuar las dificultades una vez que se hayan desarrollado (p. ej., estrategias de afrontamiento poco útiles, refuerzo involuntario de comportamientos problemáticos);
 - ✓ Factores de protección que podrían impedir que un problema se agrave o que puedan ser reclutados para mejorar los problemas que se presentan (p.ej. buena comunicación con los miembros de la familia, cuidadores o grupo de apoyo)
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que una de las principales funciones de una formulación es ayudar a orientar el desarrollo de un plan de intervención
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que el plan de intervención generalmente tiene como objetivo reducir los efectos de los factores de precipitación y mantenimiento identificados, y promover factores de protección (y así reducir el riesgo de autolesión y suicidio de una persona)

Capacidad de construir una formulación:

- Capacidad para evaluar e integrar la información de evaluación en la comprensión de factores clave que influyen significativamente en el desarrollo del problema(s) que se presenta, basándose en fuentes de información tales como:
 - ✓ La percepción de una persona de factores significativos y su explicación para el problema(s) que presenta
 - ✓ Teoría e investigación que identifica factores biológicos, de desarrollo, psicológicos y sociales asociados con un mayor riesgo de autolesiones y comportamientos suicidas y dificultades de salud mental
 - ✓ Teoría e investigación que identifica factores biológicos, psicológicos y sociales asociados con el bienestar mental (p.ej. una buena red de apoyo social)

ANEXOS

- ✓ Asociaciones entre el inicio, la intensidad y la frecuencia de la presentación del problema (s) y la presencia de factores en el entorno psicosocial de una persona (p.ej. ruptura de relaciones, eventos de vida traumática o mala salud)
- ✓ Los resultados de un análisis funcional/de cadena que registra los antecedentes y las consecuencias de un comportamiento particular
- La capacidad de construir una cuenta completa que:
 - ✓ Identifica los problemas relacionados tanto con la autolesión/suicidio como con los problemas de presentación asociados
 - ✓ Aborda cualquier informe aparentemente contradictorio de un problema (p. ej., cuando el relato de una persona difiere del de los familiares o cuidadores)
 - ✓ Demuestra una comprensión del mundo interior de una persona y experiencias afectivas e interpersonales
- Capacidad para identificar un plan de intervención que tenga en cuenta y aborde las cuestiones identificadas en la evaluación y formulación

Capacidad de retroalimentar los resultados de la evaluación y formular y acordar un plan de intervención

Capacidad de proporcionar información sobre la evaluación y la formulación

- Capacidad para discutir con las personas y, cuando sea pertinente, con sus familias o cuidadores, cómo les gustaría que se transmitiera información sobre la evaluación y la formulación, por ejemplo:
 - ✓ Si desean que la información se transmita a la familia en su conjunto, o a las familias/cuidadores y a la persona por separado
 - ✓ Cómo les gustaría que se transmitiera la información (p. ej., verbalmente o como resumen escrito)
- La capacidad de mantener una postura empática, neutral, sin culpar y sin juzgar al hablar de los problemas que se presentan
- Capacidad para describir factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento para la autolesión y el problema(s) de presentación asociado, vinculando explícitamente esta descripción a la información recopilada durante la evaluación
- La capacidad de discutir la información de la evaluación y formulación pertinente a los riesgos para el individuo
- Capacidad para discutir la relevancia de cualquier diagnóstico coexistente

ANEXOS

- Capacidad para discutir los factores de protección y las fortalezas mostradas por una persona y (si es relevante) sus familiares o cuidadores

Capacidad de identificar cuándo es apropiada una evaluación adicional

- Capacidad de reconocer cuando una persona requiere una evaluación más especializada (p. ej., en relación con condiciones de salud mental y/o física coexistentes) e incluirla en el plan de intervención

Capacidad de adaptar la retroalimentación

- Capacidad para adaptar el ritmo, la cantidad de información y el nivel de complejidad a la capacidad cognitiva de una persona y su disposición emocional para aceptar la información
- Capacidad de adaptar la retroalimentación al nivel de comprensión de una persona (p. ej., simplificando la forma en que se expresan los conceptos y/o comprobando explícita y frecuentemente que la persona los entiende)

Capacidad de recabar la opinión de las personas y sus familias y cuidadores

- La capacidad de comprobar regularmente que las personas (y si es relevante sus familias y cuidadores) entienden lo que se les dice, y si están de acuerdo con la información que se les transmite
- La capacidad de garantizar que las sesiones sean flexibles para dar tiempo a las preguntas o comentarios
- Capacidad para animar a las personas y a sus familias y cuidadores a hacer preguntas cuando están inseguros o confundidos (p. ej., respondiendo positivamente a las preguntas, validando la idoneidad de las preguntas o impulsándolos activamente a hacer preguntas)
- Capacidad para proporcionar respuestas a preguntas de una manera honesta y directa.
- Capacidad del profesional de reconocer cuando necesitan más información para responder a preguntas, y de recabar esta información de una autoridad o fuente apropiada;

Capacidad para trabajar y negociar una formulación acordada

- La capacidad de considerar las razones de cualquier diferencia significativa entre la opinión de una persona y la del clínico de la formulación, considerando si:
 - ✓ La información se ha explicado claramente de una manera sensible sin culpar que destaca las fortalezas de una persona, así como las dificultades
 - ✓ Se ha aclarado la comprensión del comportamiento autoperjudicial o suicida de una persona

ANEXOS

- ✓ La reacción de una persona a un diagnóstico o aspecto de una formulación es una reacción de ajuste normal a noticias difíciles
- ✓ Hay factores en la presentación de una persona y la historia que pueden hacer que sea difícil para ellos aceptar noticias difíciles o aspectos específicos de la formulación
- ✓ La evaluación exploró plenamente sus preocupaciones y/o creencias
- ✓ La evaluación y formulación han tenido en cuenta el contexto social y cultural y su influencia en el sistema de creencias de una persona

Capacidad de planificar una intervención basada en la formulación acordada

- La capacidad de utilizar la formulación desarrollada con una persona y sus familiares o cuidadores (que incluye planes para ayudar a reducir la autolesión o el comportamiento suicida)

Capacidad para promover la elección informada y acordar un plan de intervención

- Capacidad de proporcionar a una persona y a sus familiares o cuidadores información sobre las diversas opciones de intervención, incluida información sobre su posible eficacia
- Capacidad de buscar la opinión de una persona sobre cada opción de intervención
- Capacidad para discutir cualquier efecto negativo de la intervención(s)
- Capacidad de medir la motivación y la preferencia por determinadas opciones de intervención, teniendo en cuenta el impacto de cualquier intervención que ya se haya probado
- Capacidad para discutir cualquier diferencia en las preferencias de intervención de una persona y sus familiares o cuidadores
- La capacidad para discutir cualquier dificultad predecible con el compromiso
- Capacidad de llegar a un acuerdo sobre un plan de intervención adecuado
- Capacidad para ayudar a una persona y a sus familiares o cuidadores a identificar los objetivos de la intervención(s)
- Capacidad de ponerse de acuerdo sobre la secuencia, intensidad y calendario de la intervención(s)
- Cuando un organismo externo participe en el plan de intervención, la capacidad de:
 - ✓ Obtener el consentimiento para referirse a (y compartir información con) agencias externas (cuando una persona tiene capacidad)

ANEXOS

- ✓ Conocer los procedimientos de consentimiento y confidencialidad, y determinar cuándo las necesidades de protección de una persona tienen prioridad sobre la obtención del consentimiento y el mantenimiento de la confidencialidad

Capacidad de coordinar los casos a través de diferentes agencias y/o individuos

Principios generales

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que un enfoque en el bienestar de las personas debe ser el enfoque general de todo el trabajo intra e interinstitucional
- Capacidad para garantizar que la comunicación con los profesionales sea efectiva tanto dentro de las agencias como entre ellas, garantizando:
 - ✓ Que sus perspectivas y preocupaciones sean escuchadas
 - ✓ Que hay un reconocimiento explícito de todos los ámbitos en los que las perspectivas y preocupaciones son comunes y en los que existen diferencias
 - ✓ En los casos en que se detecten diferencias de perspectiva o preocupación, la capacidad de identificar y actuar sobre cualquier consecuencia para la ejecución de una intervención eficaz
 - ✓ Al trabajar con otras agencias, asegurar que las perspectivas y preocupaciones de la persona que coordina la atención sean escuchadas

Gestión de casos

Recibir referencias de otros profesionales/agencias

- Capacidad de reconocer cuando la remisión contiene suficiente información para tomar una decisión informada sobre cómo proceder (incluida la respuesta al riesgo y la identificación de vías de atención)
- Cuando no haya información suficiente para tomar una decisión de asignación, la capacidad de identificar la información requerida y solicitarla al remitente y/o a las agencias asociadas
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de las políticas y procedimientos locales para seleccionar la "vía" adecuada para garantizar que el caso se asigne a un nivel de riesgo/respuesta adecuado
- Cuando se adopta la decisión de incluir a una persona en una lista de espera, la capacidad de controlar periódicamente los niveles de riesgo de las personas incluidas en la lista.

Fase de contacto inicial (inicio del trabajo de casos interinstitucionales)

- Capacidad para determinar qué organismos asociados también se ocupan de una persona y sus familiares o cuidadores

ANEXOS

- La capacidad de establecer/aclarar las funciones/responsabilidades de otros organismos en relación con los diversos ámbitos de la vida de una persona
- Capacidad para discutir con una persona y sus familiares o cuidadores cuestiones de consentimiento y confidencialidad en relación con el intercambio de información entre organismos y para obtener y registrar su consentimiento para compartir información
- Capacidad para identificar y registrar qué servicio, y qué personas dentro de ese servicio, actuarán como profesionales principales para el plan general
- Capacidad para reunir información relevante de las agencias involucradas e incluirla en el registro de una persona
- Capacidad de compartir información pertinente con los organismos competentes (sobre la base del principio de "necesidad de saber")
- Capacidad para evaluar cuándo no es necesario compartir información y/o cuándo deben rechazarse las solicitudes de intercambio de información
- Capacidad de compartir la información de la evaluación de una manera que apoye a los organismos asociados en:
 - ✓ Comprender y reconocer los ámbitos de riesgo
 - ✓ Compartir el plan de riesgo
 - ✓ Comprender las implicaciones de la información en poder del servicio del remitente y el trabajo en el que están comprometidos
 - ✓ Entender el impacto potencial de las intervenciones actuales en el funcionamiento de una persona, y las formas en que esto puede manifestarse en otros entornos
 - ✓ Entender lo que significa para una persona estar involucrada con múltiples agencias
 - ✓ Cuando haya indicios de que las agencias pueden emplear un lenguaje y definiciones diferentes de los utilizados en el servicio del remitente, una capacidad para aclarar esto con el fin de identificar:
 - ✓ La persona sobre la que existen preocupaciones
 - ✓ Las razones de estas preocupaciones
 - ✓ Los profesionales y agencias que están en mejores condiciones para responder a estas preocupaciones
 - ✓ Los resultados que se esperan de cualquier respuesta prevista
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de las costumbres y las prácticas de cada organismo para garantizar una comprensión clara de las formas en que cada organismo responderá a los

ANEXOS

acontecimientos (p. ej., sus procedimientos para el seguimiento de preocupaciones o para aumentar su respuesta cuando haya pruebas de riesgo)

- Capacidad para coordinar con otras agencias usando comunicación verbal y escrita, y para estar de acuerdo con ellas:
 - ✓ Las tareas asignadas a cada agencia
 - ✓ Las áreas específicas de responsabilidad de atención y apoyo asumidas por cada agencia, y por individuos dentro de cada agencia
- Capacidad de las personas del servicio de referencia para reconocer cuando corren el riesgo de trabajar más allá de los límites de su experiencia clínica y/o alcance profesional
- Cuando se utiliza un marco común de evaluación en todos los organismos, la capacidad de:
 - ✓ Registrar información relevante en el registro compartido
 - ✓ Utilizar activamente el registro compartido (para reducir la redundancia en el proceso de evaluación)
 - ✓ Mantener un registro compartido de los planes, objetivos y funcionamiento actuales

Participación de las personas y sus familias y cuidadores

- Capacidad para garantizar que (cuando proceda) una persona y/o sus familiares o cuidadores estén informados de cualquier debate interinstitucional y de los resultados conexos
- Cuando se considere apropiado, la capacidad de incluir a una persona y/o sus familiares o cuidadores en cualquier reunión interinstitucional
- Capacidad para apoyar a una persona y a su familia o cuidadores en la toma de decisiones sobre cómo utilizar o interactuar con las agencias asociadas involucradas

Referencia a trabajos paralelos

- Capacidad de aprovechar el conocimiento de las vías locales de remisión (p. ej., las personas a las que deben dirigirse y los protocolos y procedimientos a seguir)
- En relación con cualquier organismo al que se refiera una persona, la capacidad de aprovechar el conocimiento de:
 - ✓ Alcance y responsabilidades de la agencia
 - ✓ La cultura y la práctica de la agencia
 - ✓ La medida en que la agencia comparte un lenguaje y definiciones comunes con las aplicadas en los servicios del remitente

ANEXOS

- Capacidad de comunicar el plan de intervención actual y de poner al día a otros organismos con cualquier cambio a medida que avanza la intervención (incluidas las consecuencias de esos cambios para la labor de otros organismos)
- Capacidad de comunicar una comprensión actual de las dificultades de una persona y de asegurarse de que se actualiza cuando surge información adicional
- Capacidad de mantener un enfoque proactivo de la supervisión de la actividad de otros organismos y de desafiarlos si no cumplen las responsabilidades acordadas
- Cuando proceda, capacidad de actuar como conducto para el intercambio de información entre organismos
- La capacidad de reconocer cuándo se compromete el trabajo eficaz entre agencias y de identificar las razones de esto, por ejemplo:
 - ✓ Factores institucionales/sistémicos (tales como diferencias de poder o luchas por el dominio de una agencia sobre otra)
 - ✓ Conflictos de intereses
 - ✓ Falta de confianza entre profesionales (p. ej., cuando esto refleje el 'legado' de contactos anteriores)
- Capacidad para detectar y gestionar cualquier problema que surja como resultado de las diferentes costumbres y prácticas de los distintos organismos, en particular cuando esas diferencias tengan consecuencias para la gestión del caso
- Capacidad de identificar los obstáculos potenciales a una comunicación eficaz y, cuando sea posible, de desarrollar estrategias para superarlos
- La capacidad de identificar las transiciones que tienen implicaciones para la gama de agencias involucradas (p. ej., mudarse fuera del área) y planificar cómo se pueden manejar, para asegurar:
 - ✓ Continuidad de la atención
 - ✓ La identificación y gestión de cualquier riesgo
 - ✓ La identificación y contratación de los servicios pertinentes

Fase de descarga y seguimiento

- Capacidad de informar a todas las agencias involucradas con una persona de la intención de darlos de alta.
- Capacidad para garantizar que todas las agencias asociadas estén al tanto de los niveles de riesgo actuales y cuenten con planes de seguridad y supervisión adecuados

ANEXOS

- La capacidad para garantizar que las agencias asociadas reciban planes de seguridad actualizados (p. ej., si los planes se revisan en respuesta a nuevos episodios de autolesión o comportamiento suicida)
- Capacidad de informar a las agencias asociadas de las circunstancias en las que deben restablecerse los vínculos con el remitente
- Capacidad de adoptar una postura proactiva en relación con la supervisión del funcionamiento de una persona y de su familia o cuidadores después del alta (ya sea directamente o a través de los servicios con los que están en contacto) y de volver a conectarse con ellos si el funcionamiento se deteriora
- Capacidad para asegurar que las agencias asociadas tengan planes para monitorear el bienestar de una persona

Capacidad para involucrar a una persona de forma colaborativa el plan de intervención

- La capacidad de involucrar a una persona en una discusión colaborativa de las opciones abiertas para ellos (que pueden incluir medicamentos), informada por la evaluación, la formulación que surge de la evaluación, y los objetivos y metas de una persona
- Capacidad de transmitir información sobre las opciones de tratamiento de una manera que se adapte a las capacidades, el contexto y las circunstancias de una persona y que le ayude a plantear y debatir consultas y/o preocupaciones
- Capacidad de proporcionar a una persona información suficiente sobre las opciones de intervención de que dispone, de manera que:
 - ✓ Consciente de la gama de opciones disponibles en el servicio
 - ✓ En condiciones de hacer una elección informada de las opciones disponibles para ellos
- La capacidad de garantizar que una persona tiene una clara comprensión de las intervenciones que se le ofrecen (p. ej., su amplio contenido y la forma en que generalmente progresan)
- Manteniendo una postura positiva, la capacidad de transmitir un sentido realista de:
 - ✓ La eficacia y el alcance de cada intervención
 - ✓ Cualquier desafío asociado con cada intervención
- La capacidad de utilizar el juicio clínico para determinar si el acuerdo de una persona para llevar a cabo una intervención:
 - ✓ Se basa en una elección colaborativa
 - ✓ Parece ser un acuerdo pasivo o un acuerdo que experimentan como se les impone (y si es así, una capacidad para abordar esto)

9. Capacidad para realizar un examen del estado mental

- Las competencias para el examen del estado mental no son una descripción 'independiente' de las competencias y deben leerse como parte del marco de competencia para la prevención de la autolesión y el suicidio.

Conocimiento de los objetivos del Examen del Estado Mental (MSE)

- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que el MSE es un resumen ordenado de las observaciones del clínico de las experiencias mentales y el comportamiento de una persona en el momento de la entrevista
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el propósito del MSE es identificar evidencia a favor y en contra de un diagnóstico de enfermedad mental, y (si está presente) para registrar el tipo actual y la gravedad de los síntomas
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el EME debe registrarse y presentarse en un formato normalizado
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de la etapa de desarrollo de una persona y, por lo tanto, adaptar las preguntas a su nivel probable de comprensión
- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que las personas varían en su capacidad de introspección y para evaluar sus pensamientos, percepciones y sentimientos
- Capacidad para estructurar la entrevista haciendo preguntas generales sobre áreas problemáticas potenciales (como el estado de ánimo deprimido), antes de hacer preguntas de seguimiento específicas que pregunten sobre síntomas potenciales
- Capacidad de reaccionar de manera empática al preguntar acerca de las experiencias internas de una persona (p.e. sus emociones, pensamientos y percepciones)
- La capacidad de hacer preguntas de una manera franca, directa y sin complicaciones, sobre los síntomas que una persona puede sentir incómodo discutir
- Una capacidad de registrar la descripción de una persona de síntomas significativos en sus propias palabras
- Una capacidad para evitar la colusión con cualquier creencia delirante al dejar claro a una persona que el médico considera las creencias como un síntoma de un problema de salud mental
 - ✓ Una habilidad para evitar ser arrastrado a discusiones sobre la verdad de un engaño
- La capacidad de basarse en observaciones detalladas de una persona para informar juicios de su estado mental, incluyendo observaciones de su:
 - ✓ Apariencia (p.ej. estándar y estilo de ropa, condición física, etc.)
 - ✓ Comportamiento (p.ej. llanto, inquietud, distracción, sea o no socialmente apropiado)

ANEXOS

- ✓ Forma de hablar (p. ej., calidad, velocidad, volumen, ritmo y uso del lenguaje)

Capacidad para investigar áreas específicas de síntomas

- Capacidad para preguntar sobre los síntomas característicos de la depresión unipolar y bipolar
- La capacidad de notar y preguntar sobre cualquier discrepancia entre el informe de una persona sobre el estado de ánimo y los signos objetivos de trastorno del estado de ánimo
- La capacidad de preguntar sobre pensamientos de autolesión
- La capacidad para evaluar la ideación suicida (incluyendo indicios de desesperanza, cansancio de la vida y deseo de morir)
- Capacidad de evaluar la intención suicida
- La capacidad de preguntar sobre el comportamiento autolesivo e insta a participar en dicho comportamiento
- Capacidad de preguntar sobre los síntomas característicos de los diferentes trastornos de ansiedad
- La capacidad de preguntar acerca de la naturaleza, gravedad y precipitantes de cualquier síntoma, así como su impacto en el funcionamiento de una persona
- Capacidad de preguntar sobre percepciones anormales
- La capacidad para aclarar si cualquier percepción anormal son percepciones alteradas o percepciones falsas
- La habilidad para explorar evidencia de las diferentes formas de alucinación una habilidad para provocar creencias anormales
- Capacidad de interpretar la naturaleza de las creencias anormales en el contexto de la etapa de desarrollo de una persona y su contexto familiar, social y cultural
- Capacidad para distinguir entre delirios primarios, delirios secundarios, ideas sobrevaloradas y creencias culturalmente sancionadas
- Capacidad para evaluar el funcionamiento cognitivo
- Capacidad de evaluar el nivel de conciencia
- Capacidad para evaluar la orientación al tiempo, lugar y persona
- Capacidad de realizar pruebas básicas de memoria

ANEXOS

- La capacidad para estimar el nivel intelectual de una persona, en función de su nivel de vocabulario y nivel de comprensión en la entrevista, y sus logros educativos
- Capacidad para realizar o remitir a una evaluación cognitiva formal si hay indicios de una discapacidad de aprendizaje
- Capacidad para evaluar la percepción de una persona sobre sus dificultades
- Capacidad de evaluar la actitud ante cualquier enfermedad
- Capacidad de evaluar la actitud hacia el tratamiento

Observación de personas en riesgo de autolesión y suicidio

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el objetivo de la observación es mantener la seguridad de las personas que han sido debidamente evaluadas e identificadas como de alto riesgo de autolesiones y suicidio
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que la observación de individuos que se autolesionan o se suicidan es una intervención por derecho propio
- Capacidad de aprovechar el conocimiento de que la integridad de la observación programada continua o intermitente puede verse comprometida:
 - ✓ Cuando los llevan a cabo practicantes que no están capacitados o carecen de experiencia directa de personas que están muy angustiadas y que corren un riesgo activo de autolesionarse o de tener un comportamiento suicida
 - ✓ Cuando la llevan a cabo practicantes que no están familiarizados con la persona y su historia
 - ✓ Cuando se lleva a cabo como un ejercicio de marcación (p. ej., cuando implica un 'check in' muy breve)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la eficacia de la observación puede verse comprometida si el profesional no está claro acerca de su cometido y restringe así el alcance de la observación, por ejemplo:
 - ✓ No comprobando cuando una persona está en su dormitorio debido a preocupaciones sobre invadir un espacio 'privado'
 - ✓ Sentirse incapaz de comprobar que una persona está segura cuando está en la cama y bajo las sábanas (y la observación implicaría molestarlos)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la observación puede ser angustiada y experimentada como castigo, vergüenza o denigración para una persona (p. ej., si el seguimiento continuo significa que no tienen privacidad o que ésta es muy limitada cuando realizan actividades, en particular las relacionadas con la higiene personal)

Realización de observaciones

- Capacidad de utilizar la observación como una oportunidad constructiva para:
 - ✓ Interactuar y comprometer a una persona y ganar su confianza
 - ✓ Participar en actividades con propósito con una persona
 - ✓ Comprender las fuentes de su angustia y ayudarles a expresarse
 - ✓ Ayudar a evaluar el estado mental de una persona
- La capacidad de recurrir a una serie de habilidades clínicas para responder a la angustia con el objetivo de ayudar a una persona a expresar sus sentimientos y hacer uso de las habilidades básicas de afrontamiento
- Capacidad de adaptar la observación a las necesidades de momento a momento de una persona, por ejemplo:
 - ✓ Interactuar y/o participar en actividades, si están abiertos a esta
 - ✓ Estar en silencio o reducir la proximidad a una persona si se sienten incómodos o angustiados por el contacto
- Capacidad de detectar indicios de agresión o violencia potencial y de responder adecuadamente (p. ej., retirándose a una distancia más segura o utilizando técnicas de reducción de la tensión)

Competencias organizativas

- Capacidad de garantizar que la observación se considere responsabilidad del equipo multidisciplinario
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que, dado que existe el riesgo de que la observación refuerce (y aumente así la probabilidad de que se produzcan comportamientos de riesgo), el equipo multidisciplinario debe supervisar y revisar la forma en que se realizan las observaciones
- La capacidad de garantizar que, en la medida de lo posible, la observación sea una asociación y de informar a una persona y a su familia o cuidadores sobre:
 - ✓ Políticas y procedimientos de observación
 - ✓ Las razones del nivel de observación
 - ✓ Cualquier cambio en el nivel y la frecuencia de observación

ANEXOS

- La capacidad de confirmar que el equipo multidisciplinario cuenta con procedimientos para garantizar que:
 - ✓ La frecuencia de las observaciones se corresponde con la estimación de las observaciones de riesgo activo se llevan a cabo al ritmo que ha sido acordado por el servicio
 - ✓ La frecuencia de las observaciones se revisa continuamente, en relación con las evaluaciones de una persona, su estado mental y sus necesidades
 - ✓ La frecuencia de las observaciones se revisa periódicamente para evaluar si es eficaz para reducir los comportamientos de riesgo
 - ✓ Existe un sistema sólido que identifica quién es responsable de realizar las observaciones en cualquier momento
- Capacidad para garantizar que las observaciones sean realizadas por personas que han recibido capacitación en observación, tienen un nivel adecuado de capacitación en salud mental y que comprenden su función y responsabilidades
- Capacidad para garantizar que los profesionales que realizan observaciones reciban apoyo y supervisión, en consonancia con su nivel de experiencia
- Capacidad para garantizar que los profesionales estén informados sobre cómo responder (y a quién alertar) cuando exista una amenaza grave a la observación que pueda poner en riesgo a una persona (p. ej., abandonar una sala por sí mismos sin permiso)

10. Técnicas específicas de terapia dialéctica del comportamiento (DBT) para trabajar con personas que se autolesionan o son suicidas

Esta sección describe las técnicas de DBT específicas en adultos que se autolesionan activamente o son suicidas.

La aplicación efectiva de este enfoque depende de su integración con los conocimientos y capacidades establecidos en la descripción completa de la DBT establecida en el marco de competencias para trabajar con personas con trastornos de la personalidad y en el marco de competencias en materia de TCC.

Conocimiento de los principios que sustentan la estructura de las intervenciones del DBT*

- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que las técnicas y estrategias de DBT se desarrollaron específicamente para ayudar a las personas que se autolesionan o son suicidas
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que hay cinco elementos que caracterizan las intervenciones de DBT:
 - ✓ Mejorar las habilidades de una persona
 - ✓ Mejorar la motivación de una persona

ANEXOS

- ✓ Generalización de la clínica al entorno natural
- ✓ Mejorar la motivación del terapeuta y su adhesión al modelo
- ✓ Estructurar el entorno para reforzar un comportamiento más adaptable (hábil)
- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que estos elementos se entregan comúnmente a través de:
 - ✓ Terapia individual semanal
 - ✓ Grupos de formación profesional
 - ✓ Contacto fuera de horario (p.ej. acceso a consultas telefónicas fuera de horario)
 - ✓ Consulta semanal del equipo para el personal
 - ✓ Grupos/terapia o formación compatibles con la DBT (p. ej., grupos familiares, terapia de pareja, formación en principios de comportamiento para miembros del personal que no son miembros de la DBT)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que cada persona tendrá un terapeuta primario que supervisa todos los componentes (modos) del tratamiento
- Descrito completamente en el marco de competencias para trabajar con personas con trastorno de personalidad.

Conocimiento de cómo DBT conceptualiza la autolesión y los comportamientos suicidas

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la autolesión y el suicidio son vistos como una forma de lidiar con el sufrimiento emocional agudo cuando una persona no puede acceder a otras estrategias de afrontamiento (más constructivas)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que estos comportamientos son vistos como respuestas aprendidas al sufrimiento emocional (por lo que un patrón de escapar de situaciones internas o externas angustiantes se refuerza negativamente, y con el tiempo surge como una respuesta automática)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que tanto la autolesión como los comportamientos suicidas son vistos como una forma de 'resolución de problemas' dirigida a aliviar la intensa excitación emocional negativa:
 - ✓ Directamente, poniendo fin a la vida a través de la pérdida de la conciencia indirectamente, mediante la obtención de ayuda del medio ambiente
 - ✓ Mediante refuerzo negativo (p. ej., reducción del dolor emocional, efecto fisiológico de los analgésicos naturales del cuerpo)

ANEXOS

- ✓ Mediante el refuerzo positivo (p. ej., la obtención de ayuda del medio ambiente)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las autolesiones y los comportamientos suicidas se consideran consecuencia de una serie de factores interrelacionados:
 - ✓ Una falta de un sentido estable de identidad propia
 - ✓ Una pobre capacidad para crear y mantener relaciones estables con los demás
 - ✓ Una pobre capacidad de regulación emocional, incluyendo la tolerancia y la experiencia de angustia
 - ✓ Factores personales (como los factores demográficos e históricos pertinentes) y factores ambientales (como los cambios en la vida reciente, los contextos familiares y sociales) que inhiben el desarrollo y el despliegue de habilidades de afrontamiento del comportamiento más eficaces
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que DBT aborda directamente estas cuestiones mediante:
 - ✓ Formación en competencias que tiene por objeto mejorar la capacidad de eficacia interpersonal y de autorregulación (incluida la atención plena y la regulación de las emociones) y tolerancia de la angustia
 - ✓ Estructurar el entorno de tratamiento de manera que motive y refuerce el uso adecuado del componente de habilidades impartido
 - ✓ Identificar y 'romper' las secuencias conductuales aprendidas que preceden a los comportamientos disfuncionales de una persona, y eliminar los refuerzos para esos comportamientos mediante el uso de análisis conductuales y de solución
 - ✓ Estructurar el tratamiento para fomentar la generalización de nuevas habilidades desde la terapia hasta su aplicación en la vida cotidiana
 - ✓ Proporcionar apoyo y consultas regulares y continuas para terapeutas que tratan a personas con alto riesgo de suicidio

Uso de técnicas de DBT en el trabajo individual para abordar el riesgo de conductas potencialmente mortales

- La capacidad de rastrear las autolesiones y los comportamientos suicidas mediante el uso de tarjetas de diario
- Capacidad de mantener un equilibrio dialéctico entre la validación y el cambio en las discusiones sobre autolesiones y comportamientos suicidas
- Capacidad para ayudar a una persona a desarrollar y aplicar habilidades de resolución de problemas a través de:

ANEXOS

- ✓ Capacidad de realizar un análisis del comportamiento de la autolesión o del comportamiento suicida* capacidad de realizar un análisis de la solución de la autolesión o del comportamiento suicida*
- ✓ Capacidad para abordar la autolesión o el comportamiento suicida utilizando procedimientos de cambio de DBT apropiados (p. ej., gestión de contingencias *, exposición*, modificación cognitiva*, eficacia interpersonal o entrenamiento para hacer uso de la aplicación específica de la formación de habilidades)
- Capacidad del terapeuta para hacer uso de las consultas del equipo con el fin de mantener una postura no crítica, empática y dialéctica cuando se habla de comportamientos suicidas

Consulta con personas en y entre sesiones

- Capacidad para establecer las expectativas de una persona sobre cómo y cuándo usar el entrenamiento de rutina entre sesiones
- Capacidad de responder a un acto suicida que ya ha ocurrido por:
 - ✓ Evaluar la letalidad médica del acto
 - ✓ Garantizar que la persona recibe atención médica
 - ✓ Tratando de no reforzar el comportamiento a través de la respuesta del terapeuta (p. ej., aclarando que las consultas no se realizarán inmediatamente, sino que se retrasarán 24 horas)
 - ✓ Llevar a cabo una cadena de comportamiento y análisis de soluciones en la próxima sesión presencial
- Capacidad de responder a la autolesión inminente o al comportamiento suicida:
 - ✓ Determinar el riesgo inmediato de autolesión o suicidio
 - ✓ Remover (o instruir a la persona a remover) significa
 - ✓ Reforzar empáticamente la idea de que la autolesión y el suicidio no son la solución
 - ✓ Generar declaraciones esperanzadoras y soluciones alternativas
 - ✓ Evaluar si el comportamiento es una respuesta directa a una excitación emocional negativa abrumadora o una respuesta indirecta que puede funcionar para obtener ayuda de otros
- Capacidad de responder a una crisis de manera congruente con los principios de la DBT, por ejemplo:
 - ✓ Centrándose en la emoción actual en lugar del contenido de la crisis

ANEXOS

- ✓ Identificar los factores desencadenantes de la crisis y llegar a una formulación de su desarrollo
- ✓ Ayudar a la persona a resolver problemas e identificar las habilidades que están implementando
- ✓ Reducir cualquier factor de riesgo en el medio ambiente
- ✓ Reducir cualquier comportamiento de alto riesgo
- ✓ Elaboración de un plan de acción de colaboración
- ✓ Evaluar el potencial de suicidio a lo largo y de nuevo al final de la interacción

Uso de reuniones de consulta para terapeutas para ayudar a mantener el marco terapéutico

- Capacidad para que los terapeutas establezcan una agenda para la reunión de consulta que sea consistente con la jerarquía de objetivos de DBT, y así identifique:
 - ✓ La necesidad del terapeuta de consultar sobre las crisis suicidas u otros comportamientos potencialmente mortales
 - ✓ Los comportamientos de una persona que interfieren con la terapia (incluyendo ausencias y abandonos) así como los comportamientos involuntarios del terapeuta que podrían afectar negativamente el tratamiento
 - ✓ Conductas del equipo que podrían afectar negativamente el tratamiento y el agotamiento
 - ✓ Los comportamientos de una persona que sean graves o que vayan en aumento e interfieran con su calidad de vida;
 - ✓ Áreas donde el terapeuta está trabajando eficazmente
- Una capacidad para que el terapeuta use el equipo de consulta para continuar su entrenamiento de DBT

Utilizar la consulta para ayudar a las personas a interactuar con su entorno de manera eficaz

- Capacidad para identificar aspectos problemáticos del medio ambiente que podrían aumentar el riesgo de autolesiones o comportamientos suicidas repetidos
- La capacidad de participar en una consulta con la persona para permitirle interactuar con su entorno de manera más eficaz (p. ej., aprender a comunicarse más eficazmente con los miembros de la familia, cuidadores, otras personas importantes, amigos y profesionales)
- Capacidad de utilizar el juicio clínico para decidir cuándo es más apropiado intervenir en el medio ambiente para prevenir daños sustanciales a la persona (p. ej., cuando carecen de las capacidades que necesitan para aprender y la situación es aguda y potencialmente mortal)

Terapia cognitiva conductual (TCC)¹

ANEXOS

- Esta sección identifica las competencias de TCC directamente relevantes para el trabajo terapéutico con personas en riesgo de autolesión. Asume que los profesionales están familiarizados con las técnicas de TCC aplicadas para trabajar con personas con depresión y trastornos de ansiedad y detalladas en el marco de la TCC (accedido en [atwww.ucl.ac.uk /CORE](http://atwww.ucl.ac.uk/CORE)).

Conocimiento del modelo cognitivo de los actos suicidas

- La capacidad para aprovechar el conocimiento de modelos psicológicos que enfatizan el papel de pensamientos abrumadores y sentimientos de desesperanza sobre uno mismo, el futuro y la capacidad de cambiar las circunstancias para mejor, un estado mental que tiene una serie de determinantes potenciales:
 - ✓ Factores de disposición de larga data que se vuelven más problemáticos en presencia de estrés, como:
 - ✓ Impulsividad, particularmente cuando se combina con una tendencia a responder a las dificultades con la agresión
 - ✓ Una sensación de que otros establecen altos estándares para el yo, y que el cumplimiento de estos estándares es una condición para ser aceptado
 - ✓ Una capacidad restringida para aplicar estrategias de resolución de problemas que podrían mejorar las dificultades
 - ✓ Una tendencia a emplear formas de pensar poco útiles (como la generalización excesiva, el salto a conclusiones o el pensamiento de todo o nada) que a su vez exacerban la angustia
 - ✓ Procesos asociados con problemas de salud mental
 - ✓ Formas antiguas y poco útiles de dar sentido al mundo que se activan al tratar de gestionar los desafíos, y que:
 - ✓ Tienden a dar forma a formas de pensamiento poco útiles
 - ✓ Aumentar la prominencia (y presencia) de los pensamientos negativos
 - ✓ Procesos asociados a actos suicidas en los que la persona pretende morir

Agobio combinado con una sensación de desesperanza sobre el futuro (una sensación de que la situación actual no puede cambiarse y es intolerable), lo que a su vez lleva a:

- ✓ Una capacidad de toma de decisiones 'racional', siendo inhibida por ejemplo, angustia extrema, inquietud, pensamientos acelerados y agitación.
- ✓ 'estrechamiento de la atención' - un enfoque estrecho en el presente que excluye el pensamiento 'racional' y la solución de problemas
- ✓ 'fijación atencional' en la que el suicidio parece ser la única opción, lo que a su vez refuerza una sensación de desesperanza

ANEXOS

- ✓ Una espiral descendente en la que la desesperanza y la fijación atencional interactúan con una capacidad reducida para resolver problemas, y que promueve aún más la intención suicida

Principios generales

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la TCC para la prevención del suicidio supone que durante las crisis suicidas una persona:

- ✓ Carece de estrategias adecuadas de adaptación cognitiva, conductual y afectiva
 - ✓ Encuentra difícil usar las habilidades de afrontamiento útiles previamente aprendidas
 - ✓ Puede tratar de hacer frente mediante el uso de habilidades de afrontamiento que no son útiles y exacerbar las dificultades
 - ✓ No hace uso de los recursos disponibles
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que el objetivo principal de la terapia cognitiva para la prevención del suicidio es reducir la probabilidad de futuros actos suicidas ayudando a una persona a:
 - ✓ Adquirir estrategias de afrontamiento más adaptables
 - ✓ Desarrollar 'herramientas' cognitivas para identificar razones para vivir e infundir esperanza
 - ✓ Mejorar las habilidades para resolver problemas
 - ✓ Aumentar las actividades constructivas que traen un sentido de placer y/ o logro
 - ✓ Aumentar la conexión con las redes sociales de apoyo
 - ✓ Aumentar la aceptación de las intervenciones complementarias

Determinar cuándo el tratamiento debe centrarse en la prevención del suicidio

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que un enfoque en la prevención del suicidio es apropiado cuando una persona:
 - Informa sobre aumentos sustanciales en la ideación suicida hace que un intento de suicidio durante el curso del tratamiento se toma inmediatamente después de una crisis suicida.

Establecer el marco terapéutico para el trabajo con personas en crisis suicida

- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que toda la intervención se basa en una buena alianza terapéutica, en la que la postura del terapeuta es explícitamente cálida, empática, colaborativa y sin prejuicios.
- La capacidad de aprovechar el conocimiento que el terapeuta necesitará para mantener una postura coherente y constructiva, incluso cuando una persona no responde o interactúa de una manera inútil.

ANEXOS

- Capacidad para gestionar debates sobre los límites de la confidencialidad de forma sensible y directa, teniendo en cuenta las preocupaciones particulares de este grupo de usuarios y los problemas de intercambio de información que puedan surgir.
- Capacidad para discutir el alcance de la intervención y dejar claro que el objetivo principal del tratamiento es prevenir un acto suicida futuro.
- La capacidad para explicar cómo la terapia para la prevención del suicidio se ajusta a las intervenciones a largo plazo que abordan las dificultades a largo plazo (a medida que una persona se vuelve más capaz de manejar la crisis suicida inmediata)
- La capacidad de tener en cuenta que debido a que una persona está experimentando altos niveles de angustia, le resultará difícil atender y retener información, y por lo tanto descripciones de los límites de la confidencialidad, La estructura de consentimiento y tratamiento debe completarse generalmente con materiales escritos (si es necesario, con múltiples repeticiones del contenido)
- Capacidad para reconocer la probabilidad de que una persona se sienta angustiada y para ayudarla a identificar estrategias que puedan usar para manejar la angustia durante o inmediatamente después de la sesión
- Una habilidad para infundir esperanza usando una variedad de métodos directos e indirectos, incluyendo:
 - ✓ Transmitir un sentido de esperanza sobre los beneficios potenciales del tratamiento (basado en la base de evidencia y los éxitos anteriores)
 - ✓ 'Diálogo socrático' en torno a pensamientos negativos sobre el tratamiento
 - ✓ Examinar los costos y beneficios de probar un enfoque más esperanzador (p. ej., el beneficio potencial de una solución de problemas más activa versus apatía e inacción).

Capacidad para gestionar las barreras a la participación en personas en crisis suicida

- Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que es apropiado para los médicos o los administradores de casos para ayudar activamente a una persona a llegar a (y permanecer en) terapia.
- Capacidad para abordar las preocupaciones sobre las consecuencias adversas de revelar pensamientos suicidas (p. ej., hospitalización involuntaria)
- Capacidad para aprovechar el conocimiento de los obstáculos comunes a la participación, en particular:
 - Circunstancias económicas desfavorables
 - Un estilo de vida caótico
 - Actitudes negativas hacia el tratamiento

ANEXOS

- Trastorno psiquiátrico grave
- Abuso de sustancias
- Vergüenza por las crisis suicidas
- Preocupación por el estigma
- Creencias negativas basadas en la cultura acerca de los servicios de salud mental
- Una capacidad para hacer uso de una serie de estrategias clínicas para abordar las barreras al compromiso, tales como:
 - ✓ Trabajar con una persona para identificar, y así planificar, los obstáculos para el compromiso
 - ✓ El uso de preguntas socráticas para identificar y abordar las creencias negativas que pueden interferir con el compromiso
 - ✓ Problemas prácticos, como olvidarse de los nombramientos o la falta de financiación para el transporte

Capacidad para realizar una evaluación completa del riesgo

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que en un entorno ambulatorio los objetivos de una evaluación integral del riesgo son:
 - ✓ Identificar los factores de riesgo y de protección que pueden ayudar a estimar el riesgo de suicidio de una persona
 - ✓ Identificar trastornos psiquiátricos y médicos concomitantes que puedan contribuir al comportamiento suicida;
 - ✓ Determinar el nivel de atención más adecuado (p. ej., tratamiento hospitalario o ambulatorio) identificar qué factores de riesgo son susceptibles de modificarse con el tratamiento
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que hablar de suicidio no aumenta la probabilidad de intentos de suicidio, y así adoptar una postura abierta y franca a la discusión
- La habilidad para ayudar a una persona a manejar la angustia potencial asociada con discutir temas difíciles:
 - ✓ Asegurarse de que entienden la justificación de las preguntas de evaluación
 - ✓ Discutir cómo les gustaría manejar la angustia, tanto durante como después de la entrevista (p.ej. durante la sesión: tomar un descanso o relajarse para manejar las reacciones emocionales negativas; después de la sesión: planificar actividades positivas)

ANEXOS

- Capacidad para evaluar los factores de riesgo potenciales, incluyendo:
 - ✓ Ideas y comportamientos suicidas vinculados a la intención suicida
 - ✓ Condiciones psiquiátricas y médicas (incluidos los antecedentes psiquiátricos)

 - ✓ Vulnerabilidades psicológicas (p.e. desesperanza)

 - ✓ Vulnerabilidades psicosociales (p. ej., pérdidas recientes, experiencias de discriminación)

- Capacidad de trabajar con una persona para identificar cogniciones que se enfocan en el suicidio (incluyendo el contenido, duración, frecuencia e intensidad del pensamiento suicida, y el nivel de intención de morir).

- La capacidad de trabajar con una persona para identificar comportamientos (tanto en la actualidad como en el pasado) que se relacionan con la intención suicida (p. ej., preparar un testamento, escribir una nota, despedirse de otras personas, adquirir los medios para terminar con la vida)

- Capacidad para discutir con una persona las características específicas de los intentos de suicidio (p. ej., nivel de intención de morir, función del intento, si se tomaron precauciones contra el descubrimiento), y usar esto para estimar la probabilidad de actos futuros

- Capacidad para ayudar a una persona a identificar factores de protección que pueden estar asociados con un menor riesgo de suicidio, como:
 - ✓ Actitudes o creencias (p.ej. esperanza, razones para vivir, un deseo de vivir), una creencia de que el suicidio es inmoral

 - ✓ La sensación de que es posible gestionar el área problemática asociada a la crisis suicida

 - ✓ Una red social de apoyo

 - ✓ Un sentido de su importancia para los demás

 - ✓ Miedo a la muerte, a la muerte o al suicidio

- Capacidad para juzgar el nivel de atención requerido, guiado por la presencia y fuerza de los factores de riesgo y de protección, y para evaluar la necesidad de:
 - ✓ tratamiento hospitalario versus tratamiento ambulatorio

 - ✓ reuniones de seguimiento adicionales para evaluar y gestionar los riesgos actuales

 - ✓ remisión a otros organismos

 - ✓ obtener más información de otras fuentes

 - ✓ informar a otros médicos u organismos del nivel de riesgo

ANEXOS

- ✓ informar a los miembros de la familia, los cuidadores y otras personas importantes del nivel de riesgo

Capacidad para desarrollar un plan de seguridad

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que los contratos de no suicidio (en los que una persona promete no intentar suicidarse) no han demostrado reducir el riesgo y pueden oscurecer el verdadero estado de riesgo de una persona si contribuyen a un sentido de vergüenza y retención de información.
- Capacidad de trabajar con una persona para desarrollar un plan de seguridad (una lista escrita de estrategias de afrontamiento y recursos priorizados que acuerdan aplicar o contactar durante una crisis suicida)
- Capacidad para garantizar que los elementos del plan de seguridad se desarrollen en estrecha colaboración con una persona, se formulen con sus propias palabras y se relacionen con sus circunstancias individuales
- Capacidad para garantizar que el plan de seguridad incluya:
 - ✓ Reconocer las señales de alerta que preceden a una crisis suicida;
 - ✓ Identificar estrategias de afrontamiento que se pueden usar sin contactar a otra persona
 - ✓ Ponerse en contacto con los miembros de la red social de una persona (familiares, cuidadores u otras personas significativas)
 - ✓ Ponerse en contacto con profesionales o agencias de salud mental
- Capacidad para garantizar que el plan de seguridad incluya medidas que puedan aplicarse en secuencia (avanzando al siguiente paso si el paso anterior no resuelve la crisis):
 - ✓ Reconocer señales de advertencia (incluyendo pensamientos, imágenes, estilos de pensamiento, estados de ánimo o comportamientos 'automáticos')
 - ✓ Usando estrategias de afrontamiento, revisándolas a la luz de lo que una persona ha aprendido en terapia (p. ej., usando actividades de distracción al principio del tratamiento y usando las habilidades aprendidas durante el tratamiento en etapas posteriores)
 - ✓ Ponerse en contacto con familiares, cuidadores, parejas o amigos (lo que puede incluir hacer una lista de prioridades y decidir sobre el tipo de contacto o revelaciones que una persona puede hacer a diferentes personas)
 - ✓ Ponerse en contacto con profesionales y agencias (incluidos los médicos tratantes, los médicos de guardia, los centros de tratamiento de emergencia 24 horas y otros servicios de apoyo locales o nacionales)
- Capacidad para discutir el grado de acceso a métodos letales y acordar la reducción del acceso a estos métodos

ANEXOS

- Capacidad de evaluar la probabilidad de utilizar planes de seguridad completados y de elaborar estrategias en colaboración para superar los obstáculos

Capacidad para construir una formulación cognitiva del comportamiento de una crisis suicida reciente

- Capacidad para obtener una descripción detallada de la crisis
- La capacidad de construir una línea de tiempo que incorpora el evento de activación, cogniciones, emociones y respuestas conductuales
- Capacidad para identificar las creencias fundamentales e intermedias asociadas con la crisis suicida
- Capacidad para identificar factores de vulnerabilidad de la disposición (como impulsividad, déficit en la resolución de problemas, sesgos en el procesamiento de la información)
- Capacidad para evaluar los procesos cognitivos relevantes para el suicidio, como la fijación atencional, los pensamientos automáticos y las señales ambientales relevantes para el suicidio
- Capacidad de desarrollar una formulación individualizada basada en el modelo cognitivo de los actos suicidas
- La capacidad de crear un plan de tratamiento individualizado basado en la evaluación y formulación, centrándose en los déficits de habilidades específicas y creencias disfuncionales que deberán modificarse para evitar una nueva crisis suicida

Habilidades de intervención

Establecimiento de las prioridades de intervención

- Capacidad para establecer la justificación de un enfoque primario en la prevención del suicidio sobre otras cuestiones que pueden ser más crónicas pero menos relacionadas con los desencadenantes inmediatos del suicidio
- Capacidad de trabajar con una persona para establecer objetivos de tratamiento pertinentes a la crisis suicida, incluido el trabajo sobre problemas específicos de la vida, creencias negativas y déficit de habilidades
- Capacidad de vincular a una persona con otros servicios pertinentes, si es necesario abordar cuestiones conexas (p. ej., para atender necesidades psiquiátricas o médicas)
- Capacidad de utilizar los objetivos de formulación y tratamiento para identificar las intervenciones cognitivas y conductuales específicas con mayor probabilidad de prevenir un acto suicida futuro

Adaptación de la estructura estándar de las sesiones

ANEXOS

- Capacidad de adaptar la estructura de las sesiones para satisfacer las necesidades de las personas en crisis suicida, como:
 - ✓ Asegurar que el establecimiento de la agenda priorice los temas que tanto el terapeuta como la persona están de acuerdo en que son los más peligrosos para la vida
 - ✓ Ayudar a una persona que puede tener dificultades para establecer un enfoque (debido a la angustia o dificultad para organizar los pensamientos) tomando una iniciativa más activa para hacer sugerencias informadas por la conceptualización del caso
 - ✓ Usando un 'control del estado de ánimo' para identificar cambios en los síntomas relevantes para el suicidio (como ideación suicida, alteración del sueño, fatiga, adherencia a otros tratamientos relevantes (p.ej. para el abuso de sustancias)
 - ✓ Ayudar a los pacientes visiblemente agitados mediante la práctica de una estrategia de regulación emocional (como la respiración controlada o la relajación muscular progresiva) al comienzo de la sesión
 - ✓ Enfocar las tareas asignadas en una tarea concreta y manejable que una persona puede realizar (y evitar tareas complejas que pueden ser difíciles de implementar en situaciones difíciles)
 - ✓ Asegurar que al final de cada sesión haya tiempo para discutir las reacciones de una persona al contenido de la sesión, reconocer y responder a cualquier cognición negativa, y establecer planes para actividades específicas de auto-alivio o arreglos de seguimiento si el riesgo ha aumentado

Aplicación de técnicas de comportamiento

- Una capacidad para ayudar a una persona a generar y planificar actividades para el placer y/ o la maestría que se puede lograr fácilmente (como una tarea independiente, en lugar de como parte de la programación de actividades)
- Una capacidad para ayudar a una persona a desafiar las creencias negativas sobre otros mediante experimentos de comportamiento interpersonal
- Una capacidad para ayudar a una persona a hacer un uso más eficaz de sus redes de apoyo social o desarrollar nuevas relaciones
- Capacidad para ayudar a una persona a mejorar sus habilidades sociales y de comunicación
- La capacidad de ayudar a una persona a acceder a los servicios adjuntos pertinentes, trabajando con ella para identificar las dificultades con el compromiso y desarrollar estrategias que los aborden

Aplicación de técnicas de regulación emocional

ANEXOS

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las razones para el uso de estrategias auto-calmantes (destinadas a prevenir el inicio de la fijación atencional y la excitación fisiológica aumentada o disminuir su intensidad de una manera no perjudicial)

Capacidad de ayudar a una persona a aplicar estrategias individualizadas para ayudarse a tranquilizarse según sus propias preferencias, como:

- ✓ Estrategias físicas que ayudan a disminuir la excitación fisiológica, por ejemplo:
 - Actividad vigorosa
 - Relajación muscular progresiva
 - Respiración controlada
- ✓ Estrategias cognitivas que cambian la atención y disminuyen la intensidad de las emociones aflitivas (y por lo tanto hacen que sea más fácil manejar situaciones que una persona necesita enfrentar), tales como:
 - Técnicas de distracción (p. ej., recordar recuerdos positivos, centrarse en estímulos ambientales neutros o positivos, participar en una actividad absorbente).
- ✓ Estrategias sensoriales que podrían inducir una respuesta calmada, tales como: Olor (p. ej., velas, granos de café, aceites de aromaterapia), sonido (p. ej., música), tacto (p. ej., baño caliente, ducha caliente, masaje automático)

Capacidad de aplicar técnicas cognitivas centradas en el manejo agudo de los impulsos suicidas y el comportamiento

Conocimiento

- Capacidad para aprovechar el conocimiento de que el trabajo cognitivo para la prevención del suicidio se centra en disminuir el riesgo de futuros actos suicidas (dejando otros objetivos para la continuación del trabajo de fase)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que el trabajo cognitivo en la prevención del suicidio debe ser congruente con el nivel de sufrimiento y la etapa en el tratamiento. Como tal, puede ser:
 - ✓ Más preocupados por ayudar a una persona a desenfocar los pensamientos cuando están muy angustiados y/ o antes en el trabajo, utilizando técnicas que son más fáciles de entender (p. ej., la empatía impulsa a retroceder del pensamiento extremo como un 'veredicto final', el diálogo socrático para ayudar a identificar respuestas alternativas)
 - ✓ Usando técnicas cognitivas cuando una persona está más calmada/más tarde en el trabajo (ej. abordando sesgos de pensamiento, usando registros de pensamiento)
 - ✓ Menos preocupado al principio con el cambio de creencia (que podría ser difícil de lograr cuando una persona está muy angustiada)

ANEXOS

- ✓ Más preocupado al principio con el compromiso empático y el uso de la relación terapéutica para ayudar a una persona a permanecer en el tratamiento y considerar alternativas
- ✓ Adaptado cuando el nivel de angustia es menor, para incluir técnicas más complejas (p.ej. continua, registros de datos positivos, experimentos de comportamiento)
- La capacidad de aprovechar el conocimiento de que el objetivo de las técnicas cognitivas en la fase de prevención del suicidio agudo es:
 - ✓ Identificar las creencias de una persona y entender la manera en que influyen en los pensamientos automáticos, las reacciones emocionales y las respuestas de comportamiento
 - ✓ Ayudar a una persona a evaluar regularmente la fuerza de estas creencias y modificarlas según sea necesario

Aplicación de técnicas cognitivas

Capacidad para ayudar a una persona a desafiar las creencias fundamentales

relacionadas con el suicidio, particularmente en torno a temas de desesperanza e 'insostenibilidad', mediante el uso de:

Diálogo socrático

técnicas de imágenes (p.ej. crear imágenes positivas del futuro)

experimentos de comportamiento (p. ej., usar el auto-calmante para desafiar ideas de que la angustia es insostenible)

Capacidad para ayudar a una persona a identificar y aprovechar las 'razones para vivir' en tiempos de crisis mediante la creación de una lista escrita o recordatorios alternativos (como un 'kit de esperanza' físico o electrónico que contiene elementos que sirven como recordatorios de objetivos de vida, familia, cuidadores, amigos, etc).

Una habilidad para ayudar a una persona a construir 'cartas de afrontamiento' para ayudarla a manejar cogniciones relevantes para el suicidio y que incluyen:

alternativas al suicidio-pensamientos y creencias automáticas negativas relevantes

evidencia que refuta una creencia central

estrategias personalizadas para hacer frente a las crisis suicidas

declaraciones que los motivan a tomar medidas para alcanzar metas o practicar habilidades de adaptación

Capacidad para adaptar la resolución de problemas a las personas en riesgo de suicidio ayudándolas a: seleccionar problemas clave relevantes para las crisis suicidas
desafiar las cogniciones negativas que pueden interferir con la generación de soluciones alternativas

ANEXOS

considerar tanto las consecuencias a corto como a largo plazo de las posibles soluciones, y la manera en que sus acciones podrían afectar la vida de otros, así como a sí mismos

utilizar ensayo cognitivo para imaginar una serie de soluciones propuestas y sus efectos

prever y planificar posibles obstáculos

evaluar lo bien que fue la solución de problemas y modificar las soluciones si es necesario

Capacidad para identificar cuando una persona está lista para pasar de un enfoque en la prevención del suicidio

- Capacidad de trabajar con una persona para identificar cuándo está lista para pasar de un enfoque en la prevención del suicidio, como se indica (por ejemplo) cuando:
 - ✓ Ya no reportan ningún deseo de morir por suicidio (todavía pueden tener pensamientos, pero sin la intención)
 - ✓ La mayoría de los problemas que desencadenaron su reciente crisis suicida se han abordado
 - ✓ La gravedad aguda de los síntomas ha disminuido (p. ej., como muestran las reducciones en las medidas de resultados)
 - ✓ Han demostrado que han adquirido aptitudes para hacer frente a futuras dificultades o crisis

Capacidad para implementar un protocolo de prevención de recaídas basado en imágenes guiadas

- La capacidad de preparar a una persona para los ejercicios de imágenes guiadas por: Discutir las razones para usar imágenes guiadas como el vehículo para la prevención de recaídas:
 - ✓ Que puede ayudar a las personas a experimentar el material de una manera más inmediata e impactante, por lo que es un indicador más preciso de su progreso
 - ✓ Revisar el plan de tratamiento y el plan de seguridad resultante de la intervención
 - ✓ Discutir cómo las reacciones emocionales negativas a la tarea de las imágenes pueden ser manejadas (ej. tomar un descanso, usando una 'palabra de parada' para discontinuar la tarea (ej. 'suficiente'), empatizando con los pensamientos y sentimientos que fueron experimentados)
 - ✓ Proporcionar oportunidades para la discusión de cualquier preocupación que los pacientes puedan tener y cómo pueden ser tratados (p. ej., ansiedad por experimentar emociones dolorosas, deterioro del estado de ánimo si revisan los detalles de la crisis);
- Capacidad de utilizar técnicas de imágenes guiadas para:

ANEXOS

- Revisar la reciente crisis suicida ayudando a una persona a:
 - Generar una imagen vívida de la situación relevante
 - Describir (en tiempo presente) la secuencia de eventos que llevaron a la crisis suicida
 - Identificar los pensamientos, emociones, comportamientos y circunstancias clave que fueron más relevantes para la crisis suicida
- Ensayar el uso de las habilidades de afrontamiento en la reciente crisis mediante:
 - ✓ Incitar a una persona a generar una imagen vívida de la situación relevante
 - ✓ Ayudar a una persona a describir (en tiempo presente) la secuencia de eventos que llevaron a la crisis suicida
 - ✓ Incitar a una persona a describir la aplicación de las estrategias de afrontamiento y las respuestas adaptativas que ha aprendido en el tratamiento a los eventos clave de activación
 - ✓ Pedir a una persona que califique el grado resultante de pensamientos suicidas para determinar si la estrategia de afrontamiento ayudó a disminuir los pensamientos e impulsos suicidas
 - ✓ Obtener retroalimentación de una persona sobre su confianza en la implementación de estas estrategias en una futura crisis suicida
 - ✓ Ensayar el uso de las habilidades de afrontamiento en una futura crisis suicida ayudando a una persona a:
 - ✓ Describir (en tiempo presente) la secuencia de eventos que pueden llevar a una futura crisis suicida
 - ✓ Identificar los pensamientos, emociones, comportamientos y circunstancias clave que fueron más relevantes para la crisis suicida
 - ✓ Describir posibles estrategias de afrontamiento y respuestas adaptativas a los eventos clave de activación
- Capacidad para ayudar a una persona a identificar los cambios específicos que ha hecho en el curso de la intervención y planificar las formas en que puede hacer uso de las estrategias de afrontamiento pertinentes en el futuro
- Capacidad para revisar la ideación suicida actual en una persona después de la finalización del protocolo de prevención de recaídas, y para ayudarles a utilizar el plan de seguridad para generar estrategias de gestión específicas que implementarán después de la sesión
- La capacidad para ayudar a una persona a identificar posibles reveses después del final de la intervención y considerar respuestas adaptativas a potenciales pensamientos automáticos negativos sobre estos

ANEXOS

- Capacidad de hacer uso de sesiones de seguimiento programadas, cuando proceda, para ayudar a una persona a identificar pensamientos automáticos en respuesta al ejercicio de imágenes y ayudarla a generar respuestas adaptativas

Planificación de tratamiento adicional

- La capacidad para juzgar si la continuación de la terapia es apropiada y para discutir con una persona cómo se hará esto, por ejemplo, si la terapia continuará:
 - ✓ Con el mismo terapeuta, negociando un nuevo contrato de tratamiento para separar un enfoque en el suicidio de un nuevo enfoque en cuestiones de larga data
 - ✓ Si con una nueva agencia o terapeuta, apoyar esta transición mediante la identificación de cómo y cuándo se hará esto

Intervention de (en) crisis.

Conocimiento.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que una crisis suicida surge cuando una persona experimenta pensamientos intensos sobre el suicidio, combinados con un sentimiento poderoso:

- De malestar e insatisfacción con la vida.
- De estar abrumado por sus emociones.
- Que puedan actuar sobre sus pensamientos suicidas.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que una intervención de crisis tiene el objetivo inmediato de reducir la intensidad y la frecuencia de las autolesiones y los pensamientos y comportamientos suicidas y/o aumentar la capacidad de una persona para hacerles frente a corto plazo (para que su deseo actuar se supera).

La capacidad para aprovechar el conocimiento en el que una intervención de crisis debe centrarse:

- Reconocer y validar la angustia.
- Ayudar a una persona a comenzar a comprender (y así pensar sobre) pensamientos y sentimientos en relación con las dificultades que les han llevado a su forma actual de pensar.
- Ayudar a una persona a actuar de manera que pueda reducir en lugar de potenciar sus sentimientos negativos.
- Obtener una comprensión de qué apoyo está disponible aquí y ahora.

Si las estrategias sugeridas son ineficaces, la capacidad de acceder a un nivel de apoyo apropiado para las necesidades inmediatas de una persona, tales como:

- Servicios de salud mental especializados que pueden ofrecer apoyo intensivo en la comunidad o ambiente hogareño.
- Servicios para pacientes hospitalizados, si el apoyo en la comunidad es insostenible (por ejemplo, porque se requiere monitoreo y no está disponible).

La capacidad de basarse en el conocimiento de la necesidad de organizar la atención de seguimiento dirigida a abordar los problemas y vulnerabilidades que llevaron a la crisis suicida, incluso si una persona ya no tiene la intención activa de actuar siguiendo sus pensamientos suicidas.

Intervención.

Habilidad para discutir problemas con empatía, pero también para hacer avanzar la situación trabajando

ANEXOS

con una persona para desarrollar un plan concreto que apunte a calmar y contener la crisis actual.

La capacidad de hacer coincidir el alcance y la intensidad de una intervención de crisis con el grado de riesgo y necesidad representada por una persona, y así introducir estrategias que sean apropiadamente sensibles a la necesidad de contener la crisis, tales como:

- Estrategias de baja contención, como la dirección a las agencias que ofrecen apoyo relevante (p. ej. Atención al Ciudadano), discusión de temas que afectan la persona y la discusión de las 'razones para vivir'.
- Estrategias de contención más activas (como alertar a la red de apoyo social de una persona, organización del seguimiento, enlace con la atención primaria, planificación de la señalización y seguridad).
- Estrategias de alta contención (como llevar a una persona a un departamento de emergencias) para una mayor evaluación e intervención, la organización de apoyo intensivo de equipos de salud mentales, considerando, de manera coexistente intervenciones farmacológicas para la salud mental si es apropiado).

La capacidad de basarse en que la prioridad de una intervención de crisis básica es ayudar a una persona en riesgo de suicidio a que acceda a la atención adecuada y facilitar una mayor intervención, a través de un enfoque en dos etapas:

- Establecer una relación de escucha activa y usando comunicación empática como:
 - a) Preguntar su nombre (si no se sabe) y compartir su propio nombre con la persona.
 - b) Relacionarse con la persona como individuo, de manera abierta y directa.
 - c) Mostrar disposición a discutir el suicidio directamente (y hacerlo).
 - d) Reconocer y validar directamente su dolor y angustia.
 - e) Tomarse el tiempo para escuchar a la persona atentamente y mostrar comprensión (p. ofrecer resúmenes de lo que ha dicho).
 - g) Retrasar cualquier intento de convencimiento de que cambie de opinión (ya que esto puede aumentar su resistencia hasta que se haya establecido el suficiente rapport).
- Únicamente cuando se establezca la relación, se pasará a abogar para retrasar el suicidio, por ejemplo:
 - a) De manera cuidadosa cuestionando la idea y explorando que personas estarían mejor con su muerte (cuidando de no dar a entender que debe desistir del suicidio, o culpar la reacción de otros a su muerte).
 - b) Abogar por retrasar el suicidio debido a su finalidad.
 - c) Considerar posibilidades de contacto continuo con servicios o redes de apoyo, adaptando a las necesidades y circunstancias (como una forma de infundir esperanza en el futuro).
 - d) Considerar la posibilidad de medicación de apoyo y/o para tratar diagnósticos como depresión, por ejemplo.

La capacidad de asesorar sobre la restricción y eliminación del acceso a medios letales:

- Dar una razón clara de la importancia de limitar el acceso a los medios
- Dar los medios al profesional, o acordar la entrega de los medios a otros.
 - Obtener el consentimiento de una persona para hacer contacto directo con la persona con quien acordaron asegurar los medios letales.

a.1) La capacidad de juzgar cuándo el riesgo de daño a una persona justifica el incumplimiento de la confidencialidad.

ANEXOS

La capacidad de ayudar a una persona a movilizar sus redes de apoyo social mediante:

- Involucrándolos empáticamente en discusiones sobre el apoyo social disponible para ellos y su uso.
- Ayudándolos a discutir (e idealmente a superar) su aprehensión acerca de la falta de interés o disposición de quienes los rodean a intervenir para evitar que actúen pensamientos suicidas.
- Ayudándolos a generar ideas sobre los tipos de solicitudes que podrían hacer (p. poder monitorear regularmente por teléfono, mensaje de texto o en persona, haciendo planes para participar en actividades significativas).
- (con su permiso) ponerse en contacto con familiares, cuidadores y amigos para asesorar sobre como apoyar y proporcionar información sobre las señales de advertencia, y para comprobar si ellos mismos necesitan apoyo.

Una capacidad para identificar y administrar actividades en línea que pueden estar promoviendo pensamientos suicidas e intención, por:

- Discutir el uso de sitios web de una persona que muestran medios para completar el suicidio, o que promueven el suicidio directamente.
- Dirigir a una persona a sitios web o foros apropiados para la prevención del suicidio (es decir, aquellos que han sido aprobados por agencias nacionales o locales).

La capacidad de trabajar con una persona para desarrollar un plan de crisis por escrito que tiene como objetivo gestionar la ideación suicida ayudándola a:

- Identificar y aprovechar los momentos en que han logrado hacer frente a las dificultades en el pasado.
- Identificar metas a corto plazo que puedan ser alcanzadas de manera realista por alguien en una situación de estado de disforia o desesperanza (y tomar registros de manera que puedan seguirlos).
- Generar o elegir de una lista de actividades que pueden ayudar a reducir los sentimientos negativos y distraer de pensamientos suicidas (especialmente actividades que fomenten un sentido de conexión con otros).
- Tomar decisiones sobre cuándo acceder a la atención de emergencia.
- Redactar una declaración escrita que especifique explícitamente un plan de seguridad (estrategias y actividades en las que una persona accede a participar para tratar de manejar su angustia, con instrucciones específicas para tener acceso a una línea de crisis o atención de emergencia si esto no alivia la crisis).

Gestión clínica.

La gestión clínica tiene como objetivo identificar las necesidades de las personas de las personas y promover un contacto activo y significativo con los servicios pertinentes.

No es (en sí mismo) una intervención terapéutica, pero representa una buena clínica práctica, y está destinado a aumentar la probabilidad de que las personas reciban atención y apoyo apropiados (haciéndolo un paso inicial y posteriormente parte del proceso, en lugar de una intervención independiente).

Conocimiento.

ANEXOS

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de los problemas de salud mental y su relevancia para las autolesiones y el suicidio*.

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de la autolesión y el suicidio*

La capacidad de aprovechar los conocimientos que la gestión clínica suele implicar:

- Evaluación (incluida la evaluación de la seguridad y el riesgo) y planificación de la atención*
- Alcance activo.
- Apoyo para hacer el mejor uso de los servicios disponibles.
- Continuidad del contacto del personal.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la gestión clínica generalmente implica un enlace dentro y entre servicios y equipos.

* Las competencias relevantes para estas áreas se identifican en las secciones correspondientes de esta propuesta.

Una habilidad para aprovechar el conocimiento que, debido a que la divulgación eficaz implica la construcción de una relación de confianza con una persona durante un período de tiempo:

- Es deseable la continuidad del personal responsable del cuidado de la persona.
- Los cambios en el personal responsable del cuidado de la persona deben señalarse abiertamente y su impacto potencial discutido con la persona.

Alcance activo.

La capacidad de promover activamente el compromiso de una persona con el servicio (y el servicio con la persona), por ejemplo por:

- Construir buenas relaciones.
- Adaptar el contacto a ellos, en función de una comprensión de sus necesidades y preferencias, estilo de comunicación.
- Dando una respuesta rápida a sus necesidades.
- Ser flexible en cuanto a los canales de comunicación (por ejemplo, correo electrónico, texto, teléfono).
- Ser flexible con respecto a los lugares de reunión (cuando sea posible).

Habilidad para ayudar a una persona a identificar y superar obstáculos para acceder al apoyo (tanto dentro del servicio, con otros equipos y en su red de apoyo), por ejemplo:

- Trabajar con ellos para identificar cualquier obstáculo práctico, psicológico o social.
- Ayudándolos a resolver problemas de posibles formas de sortear cualquier obstáculo.
- Discutiendo sus preocupaciones o percepciones negativas de las fuentes de apoyo de una manera colaborativa que valida su experiencia, pero también fomenta la reflexión (en lugar de actuar automáticamente sobre estas percepciones).

Abogando por la persona,

La capacidad de actuar como administrador de casos y abogar en nombre de una persona al:

- Trabajar para brindar atención coordinada (por ejemplo, dentro o entre equipos multidisciplinarios).
- Facilitar referencias dentro y entre equipos para servicios relevantes.

ANEXOS

- Trabajar directamente con la persona para comprender y ayudarla a superar las barreras que le impiden comprometerse con el apoyo psiquiátrico, psicológico y práctico ofrecido (p. ej., en ansiedades o experiencias adversas).
- Ayudarlos en sus contactos con las organizaciones con las que están involucrados (p. los servicios de salud y asistencia social, los servicios de vivienda y el sistema de beneficios).
- Ayudarlos a programar citas con otros servicios y ayudarlos a prepararse para y asistir a reuniones con estos servicios.
- Coordinarse con otras personas involucradas en el apoyo (por ejemplo, familiares, cuidadores, otros y amigos) para asegurarse de que se comparte el nivel correcto de información con las personas correctas.

Planificación de la seguridad.

Principios básicos de la planificación de la seguridad.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que un plan de seguridad es:

- Una secuencia "escalonada" de posibles estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo que una persona puede usar durante o antes de una crisis suicida o un episodio de autolesión.
- Destinado a ser trabajado paso a paso hasta la crisis suicida o episodio de autolesión ha sido resuelto, o cuando una persona ha accedido a ayuda urgente.

La capacidad de aprovechar el conocimiento y la dirección del plan de seguridad con "propiedad", y que este se debe desarrollar en conjunto.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que un plan de seguridad debe expresarse en palabras de la propia persona.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que se debe desarrollar un plan de seguridad en el contexto de la comprensión compartida del riesgo que surge de una evaluación integral.

Construyendo un plan de seguridad.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que los planes de seguridad deben abordar los siguientes pasos:

- Señales de advertencia y desencadenantes externos de una crisis suicida o un episodio inminente de autolesiones que son específicas de la persona.
- Estrategias de afrontamiento que una persona puede emplear para distraerse (o reducir) la crisis suicida o impulsos de autolesionarse.
- Personas a las que se puede contactar para ayudar a distraer a una persona de (o reducir) las tendencias suicidas, ansias o impulsos de autolesionarse.
- Contactos de apoyo (tanto profesionales como no profesionales) que pueden ayudar a resolver la crisis.
- Profesionales que pueden ayudar a resolver la crisis.
- Reducir el acceso a los medios de daño antes de las crisis suicidas o episodios de autolesión.

La capacidad de ayudar a una persona a comprender la naturaleza paso a paso del plan de seguridad.

ANEXOS

La capacidad de ayudar a una persona a describir/escribir cada paso con sus propias palabras.

La capacidad de ayudar a una persona a identificar un número limitado de entradas por paso (generalmente no más de tres) para mantener las estrategias enfocadas y específicas.

La capacidad de acordar una estrategia para garantizar que el plan de seguridad se pueda ubicar o se le pueda tener acceso y compartir (por ejemplo, con familiares, cuidadores y otras personas importantes).

La capacidad de ayudar a una persona a revisar y modificar el plan de seguridad (para que sea más probable que se utilice y sea efectivo en tiempos de crisis).

Señales de advertencia.

Habilidad para ayudar a una persona a identificar señales de advertencia de una crisis suicida y/o un episodio de autolesión:

- Situaciones o circunstancias que pueden actuar como "desencadenantes".
- Pensamientos.
- Imágenes.
- Estilos de pensamiento (p. ej., rumiación, sesgos de pensamiento (como catastrofismo, o "todo o nada" pensando).
- Ánimo.
- Experiencia de vergüenza o culpa.
- Cambios en los hábitos o comportamientos (por ejemplo, dormir mal o discutir más con la familia).
- Aumento de la frecuencia y/o severidad de los impulsos de autolesionarse.

La capacidad de ayudar a una persona a reconocer el significado de sus señales de advertencia para que pueda usarlas como indicadores de la necesidad de iniciar el plan de seguridad.

Construyendo los pasos de un plan de seguridad.

Habilidad para llevar a cabo la planificación de la seguridad en colaboración, y de una manera que apunte a involucrar la resiliencia y los recursos de la persona.

Estrategias de afrontamiento que las personas pueden emplear.

La habilidad de conocer aquellas estrategias efectivas que una persona que puede implementar sola (incluso por períodos breves) ya que la ayuda puede no siempre puede ser inmediata, o no estar disponible o una persona puede no ser capaz de buscar apoyo de otros.

La capacidad de ayudar a una persona a identificar actividades que puede usar para distraerse de su pensamientos de autolesión y/o suicidio, tales como:

- Técnicas de regulación emocional o auto-calmantes aprendidas a través de anteriores o concurrentes intervenciones terapéuticas.
- Salir a caminar, escuchar música, hacer ejercicio, tener un pasatiempo, leer, orar (si es religioso).
- Usar estrategias de reducción de daños (sustitutos del comportamiento de autolesión).

La capacidad de ayudar a una persona a identificar las posibles barreras para participar en una actividad planificada o en una actividad de distracción.

ANEXOS

Ponerse en contacto con otros como una distracción de los impulsos suicidas.

Habilidad para aprovechar el conocimiento que el contacto con miembros de la familia, cuidadores, otras personas significativas o amigos (sin informarles explícitamente de su comportamiento suicida/autolesión) puede ayudar a distraer a una persona de sus problemas y/o sus pensamientos sobre autolesión o suicidio.

La capacidad de ayudar a una persona a identificar entornos sociales clave y personas en su entorno social natural que pueden ayudar a reenfocar su atención y así distraerlos de autolesionarse o de pensamientos e impulsos suicidas.

La capacidad de garantizar que la información relevante contenida en el plan de seguridad incluya:

- Detalles específicos del servicio o de las personas a las que se puede contactar, incluidas las direcciones y números de teléfono.
- Consideración de cualquier factor que pueda poner a una persona en mayor riesgo (por ejemplo, acceso al alcohol y las drogas).

Buscar el apoyo de otros para ayudar a resolver la crisis.

La habilidad de aprovechar el conocimiento de contactar a otros que actúen como una distracción en el momento de que la persona identifique explícitamente que está en una crisis suicida o está en riesgo de autolesionarse y necesitan apoyo y ayuda.

La capacidad de ayudar a una persona a identificar y relacionarse con personas que la apoyan y que:

- Se sienten capaces de decir que están experimentando pensamientos de autolesión o suicidio.
- Es probable que respondan de una manera compasiva y servicial.
- Son capaces de participar explícitamente en el proceso de planificación de la seguridad.

La capacidad de la persona de indicar qué ayuda le gustaría recibir de las personas de red de apoyo que conforman sus contactos y cómo deberían ayudar cuando se les contacte.

Buscar apoyo de profesionales para ayudar a resolver una crisis suicida.

La capacidad de ayudar a una persona a identificar la asistencia sanitaria o social u otros profesionales que proporcionar ayuda profesional adecuada y accesible en una crisis suicida.

La capacidad para garantizar que la información relevante esté contenida dentro del plan de seguridad e incluye:

- Detalles específicos del servicio o de las personas a las que se puede contactar, incluidas las direcciones y números de teléfono.
- Consideración adecuada del alcance del servicio y los horarios de apertura, con la finalidad de garantizar que los contactos manejen ambas informaciones tanto en el horario de atención durante el día como para fuera del horario oficial.

Aumentar la seguridad al reducir el acceso a los medios de daño.

ANEXOS

La capacidad de basarse en el conocimiento de que, debido a que la mayoría de los actos suicidas son impulsivos, un plan para reducir el acceso a medios de daño potencialmente letales puede reducir el riesgo de suicidio.

La capacidad de ayudar a una persona a identificar medios letales de daño a los que tendría acceso en una crisis suicida, y ayudarla a colocar esos medios fuera de su alcance (posiblemente involucrando a uno de las personas nombradas en el plan de seguridad).

Evaluación y manejo inicial de las autolesiones.

Las personas que se autolesionan pueden presentarse inicialmente en contextos (como departamentos de emergencias) donde la respuesta habitual será una evaluación rápida y remisión o señalización posterior. Esta evaluación puede ser realizada por un no especialista; de ser así, se debería realizar una evaluación e intervención más exhaustivas por parte de un trabajador de salud mental especialista.

En esta sección se identifican las competencias asociadas a ambos enfoques (en algunos entornos pueden ser realizados por la misma persona).

Realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato.

Promoción del compromiso.

Habilidad para aprovechar el conocimiento de la importancia de la experiencia del cuidado en el primer punto de contacto, dada la:

- Alta proporción de personas que se autolesionan y no buscan ayuda.
- Mayor riesgo de muerte por suicidio en este grupo.
- Estrecha asociación entre experiencias negativas de estigma y discriminación y desvinculación posterior de los servicios que conduce a resultados deficientes para este grupo.

La capacidad de garantizar que las necesidades de salud física de una persona se evalúen completamente y se conozcan antes de iniciar una evaluación psicológica, y que:

- existen medidas efectivas para minimizar el dolor y la incomodidad
- El tratamiento médico para las autolesiones o autointoxicaciones se debe realizar de manera respetuosa y oportuna (independientemente de la causa de la autolesión y/o la voluntad de la persona para una evaluación psicológica completa).

La capacidad de promover una atmósfera de respeto, comprensión y elección mediante:

- Proporcionar privacidad.
- Hablar con una persona de una manera consistentemente empática, tranquila, compasiva y sin prejuicios.
- Darse tiempo para escuchar a la persona, incluso si el contacto es breve.
- Tener en cuenta la angustia probable de la persona, incluso si esta no es evidente de inmediato.
- Invitar a una persona a explicar en sus propias palabras sus sentimientos y su comprensión de la necesidad de autolesionarse.
- Involucrar a la persona en todas las discusiones y toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidados posteriores,

ANEXOS

La capacidad de involucrar a la familia, los cuidadores o las personas importantes de la persona siempre que sea posible y apropiado, por ejemplo:

- Reconocer, en ese punto, que pueden estar enojados o molestos y juzgar si son los mejores para ofrecer apoyo a la persona.
- Involucrarlos en las decisiones sobre el tratamiento y la atención, con el acuerdo de la persona.
- Brindarles información relevante y apoyo.

Triaje.

Habilidad para hacer una evaluación rápida de la función cognitiva y la capacidad mental en el desde el principio, para establecer si es posible una evaluación fiable

- Basarse en el conocimiento de que una evaluación no debe llevarse a cabo si una persona está intoxicada o bajo la influencia de drogas ilícitas.

Cuando las evaluaciones se llevan a cabo en entornos como un departamento de emergencias (donde el triaje inicial puede ser seguido por largas demoras), garantizar la voluntad de espera e identificar estrategias para lograrlo.

La capacidad de considerar la angustia probable de la persona, incluso si esta no es aparentemente inmediata (por ejemplo, hablando de una manera empática, sin prejuicios, o discutiéndolo en un espacio privado).

La habilidad para establecer si la persona está dispuesta o es capaz de asistir a una evaluación adicional y posible tratamiento.

Habilidad para proporcionar información clara sobre el proceso de evaluación y tratamiento para las autolesiones y otras opciones de tratamiento médico o psicológico disponible.

Ofrecer consejos sobre las autolesiones.

La capacidad de ofrecer consejos sin prejuicios a la persona (y, cuando corresponda, a su familia) o cuidadores) sobre los riesgos de autolesión, incluyendo:

- Que no existe una forma segura de autoenvenenarse.
- Discutir estrategias dirigidas a la reducción de daños (por ejemplo, reforzar las estrategias útiles de afrontamiento y el desarrollar nuevas estrategias que puedan actuar como una alternativa a las autolesiones).
- Donde, a corto plazo, no es factible detener la autolesión, discutir temas menos destructivos o métodos dañinos de autolesión con la persona (y su familia o cuidadores cuando esto se ha acordado) tales como:
 - a) Usar medios menos invasivos o más seguros que imiten las funciones asociadas con las autolesiones (por ejemplo, congelar la piel con cubitos de hielo para sentir dolor sin dañar el tejido).
 - b) Retirar la medicación o almacenarla de forma segura (para reducir la impulsividad).
 - c) Tener un botiquín de primeros auxilios disponible para manejar las lesiones de manera más segura.
 - d) Identificar formas de retrasar la autolesión.
 - e) Reconocer cuándo la atención médica es esencial.

ANEXOS

Señalización.

La capacidad de "señalar" a las personas cómo obtener más información y apoyo de organizaciones.

Documentación.

La capacidad de documentar la evaluación en las notas de una persona, incluida la toma de notas de información que será relevante para mantener su seguridad.

La capacidad de garantizar que los resultados de la evaluación se difundan y estén disponibles para otro personal y otros servicios que están (o estarán) involucrados en el cuidado de la persona.

Evaluación integral e intervención inicial para autolesiones.

La capacidad para aprovechar el conocimiento de que una persona puede tener muchas motivaciones para autolesionarse además del suicidio, incluido el alivio de la angustia y la preservación de la vida.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que una persona que se autolesiona repetidamente no siempre puede hacerlo por las mismas razones.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las listas de verificación estandarizadas se pueden usar junto con una entrevista 'narrativa' pero no como el único medio de evaluación de riesgos (porque pueden oscurecer las razones específicas de las autolesiones y son malos predictores del suicidio).

La capacidad de evaluar cada acto de autolesión por separado y en su totalidad, con el objetivo de entender la intención de una persona, incluyendo, por ejemplo:

- Métodos y frecuencia de autolesiones actuales y pasadas.
- Intención suicida actual y pasada.
- Dificultades psicológicas actuales y su relación con las autolesiones.
- Funcionamiento personal, social y ocupacional.
- Factores que precedieron inmediatamente a la autoagresión (por ejemplo, estados afectivos extremos o emociones y ruptura de relaciones).
- Consecuencias inmediatas de la autolesión.
- Estrategias de afrontamiento que han utilizado para limitar o evitar la autolesión o para contener el impacto de los factores que han precedido a los episodios de autoagresión.
- Eventos vitales adversos significativos (por ejemplo, dificultades financieras agudas).
- Influencia de las relaciones significativas en el nivel de riesgo (es decir, si son de apoyo o si contribuyen al riesgo).
- Conductas de riesgo o autodestructivas coexistentes (como el consumo excesivo de alcohol o uso indebido de drogas o exposición a riesgos físicos innecesarios).

La capacidad de reunir información de la evaluación en una formulación que:

- Describe los antecedentes del episodio de autolesión que incluyen:
 - a) Factores de vulnerabilidad a largo plazo (como un historial de abuso o dificultades psicológicas).
 - b) Factores de vulnerabilidad a corto plazo (como dificultades en las relaciones o drogas o abuso de alcohol).

ANEXOS

- c) Factores precipitantes (que probablemente sean factores estresantes experimentados inmediatamente antes de la autolesión), como crisis financieras, problemas de relación, muertes u otras pérdidas).
- Identifica las principales motivaciones para autolesionarse.

Desarrollo de un plan de cuidado colaborativo.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que un plan de atención debe incluir tanto una gestión de riesgos o plan de seguridad y un plan a más largo plazo que aborde problemas subyacentes o de larga data los problemas que conducen a la autolesión.

La capacidad de trabajar con una persona para desarrollar un plan de atención colaborativo por escrito que identifique:

- Objetivos realistas (y optimistas) y los pasos para alcanzarlos.
- Las funciones y responsabilidades de los profesionales y la persona.
- Los servicios que estarán involucrados.
- Un plan de gestión de riesgos que sea colaborativo y congruente a largo plazo con la estrategia de tratamiento, y que:
 - a) Aborde los riesgos identificados en la evaluación.
 - b) Aborde los factores específicos (psicológicos, farmacológicos, sociales y relacionales) que están asociados con un mayor riesgo (con el objetivo de reducir el riesgo de repetición de autolesiones y/o intentos de suicidio).
 - c) Incluya un plan de seguridad que identifique las estrategias de autogestión y los procedimientos para tener acceso a los servicios si fallan las estrategias de autogestión.

La capacidad de identificar cualquier inquietud que tenga una persona acerca de compartir el plan de atención con individuos y servicios, y discutir la justificación del intercambio de información, así como los límites de la confidencialidad.

- La capacidad de indicar a quién se difundirá el plan de atención.
- La capacidad de compartir información de manera oportuna.

Referencia para una evaluación o tratamiento adicional.

Sobre la base de la evaluación de las necesidades y el riesgo, la capacidad de identificar si se requiere una intervención o si una persona puede ser dada de alta de manera segura.

- Cuando hay una decisión de no seguir a una persona, la capacidad de garantizar que esto sea basado en una valoración holística de su situación y no únicamente en el juicio de que es de “bajo riesgo” o no tiene un problema de salud mental (dado que las condiciones sociales y los problemas personales pueden aumentar el riesgo con el tiempo y son susceptibles de una variedad de intervenciones).

Habilidad para discutir las decisiones sobre futuras intervenciones con la persona y documentar cualquier caso en los que esto no es posible (p. ej., como resultado de la presencia de una capacidad reducida).

ANEXOS

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que la admisión temporal puede ser útil después de un acto de autolesión, especialmente para:

- Gente que está muy angustiada.
- Personas para quienes la evaluación psicosocial resulta demasiado difícil como resultado de las drogas y/o intoxicación por alcohol.
- Personas que pueden regresar a un entorno inseguro o potencialmente dañino (haciendo que el tratamiento en la comunidad sea una opción inapropiada).

La capacidad de basarse en el conocimiento de que el tratamiento posterior debe basarse en la evaluación combinada de necesidades y riesgo, y no solo el hecho de que una persona se haya autolesionado.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que cualquier tratamiento tendrá como objetivo abordar las necesidades de una persona y los problemas subyacentes en lugar de simplemente tratar el comportamiento de autolesión.

Trabajando con adultos mayores.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que la autolesión en adultos mayores de 65 años está asociada con tasas mucho más altas de intento de suicidio y suicidio posterior que en otras poblaciones, y por lo que este grupo puede requerir la evaluación especializada de profesionales con experiencia en reconocer la depresión en adultos mayores.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que cualquier evaluación de autolesiones en adultos mayores de edad de 65 años debe incluir:

- Especial atención a la posible presencia de depresión, deterioro cognitivo y mala salud física.
- Una evaluación completa de la situación familiar, social y del hogar de una persona, incluido cualquier rol tienen como cuidador.
- Una evaluación del riesgo de suicidio.

Apoyo al personal.

Una capacidad para que las organizaciones reconozcan que brindar atención a las personas que se han autolesionado puede ser emocionalmente exigente, y que el personal que realiza este trabajo debe tener acceso a apoyo y supervisión regulares en los que:

- El impacto emocional en los miembros del personal puede ser reconocido, discutido y comprendido.
- Se pueden discutir los sentimientos personales sobre el trabajo (para asegurarse de que no interfirieran con la calidad de la atención).

Intervenciones para las autolesiones.

La capacidad de implementar una intervención breve individualizada para una persona que se ha autolesionado, basada en estrategias terapéuticas de eficacia conocida (p. ej., terapia motivacional, entrevistas, terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal, resolución de problemas).

ANEXOS

La capacidad de basarse en la formulación de las necesidades de una persona para determinar el componente apropiado de una intervención breve, que normalmente incluiría:

- Involucrarla y explorar su motivación y disposición para hablar sobre el cambio, por ejemplo:
 - a) Discutir temas de una manera que no asuma la disposición al cambio.
 - b) Explorar la ambivalencia sobre la autolesión y otros comportamientos preocupantes (p. uso de drogas y alcohol).
 - c) Ayudarla a tener acceso a razones personalmente relevantes para el cambio.
 - d) Ser consciente de las formas en que sus experiencias y expectativas previas pueden afectarle, a las dificultades en la interacción (por ejemplo, parecer desinteresado o enojado) debido a experiencias negativas de buscar ayuda).
- Proporcionar información sobre las autolesiones de una manera que no resulte estigmatizado.
- Desarrollar una formulación compartida de los factores relevantes para el incidente desencadenante, basado en:
 - a) Identificar y comprender los desencadenantes de la autolesión (empezando por el incidente más reciente).
 - b) Centrarse en detalles muy específicos sobre pensamientos, emociones, comportamientos, interacciones y las consecuencias de cada una de ellas en la cadena de eventos.
 - Identificar objetivos potenciales para el cambio.
 - a) Usar la formulación para identificar los eslabones clave en la cadena de eventos que conducen a un episodio de autolesión, que podría ser:
 - 1.- Identificar comportamientos relevantes (por ejemplo, beber, tomar drogas, evitar personas o situaciones, búsqueda en Internet de sitios pro-suicidio).
 - 2.- Identificar cogniciones relevantes (por ejemplo, pensamientos negativos en espiral sobre uno mismo/otros/el futuro).
 - 3.- Identificar patrones de interacción negativos (por ejemplo, confrontaciones o dificultades en la comunicación de necesidades y angustia).
 - Ayudarlos (y a sus familiares o cuidadores) a explorar diferentes perspectivas sobre cómo desencadenar problemas (en lugar de reaccionar impulsivamente) e identificar formas alternativas de afrontarlos a través de:
 - a) Estrategias cognitivas (por ejemplo, diferenciar entre situaciones, emociones y pensamientos, explorando la evidencia a favor y en contra de una interpretación, reconociendo los sesgos de pensamiento).
 - b) Estrategias interpersonales (por ejemplo, el desarrollo de la conciencia de sus propios sentimientos, reconocer cómo los sentimientos afectan la comunicación y las respuestas, explorar otros puntos de vista).
 - Ayudar a una persona (y a su familia o cuidadores) a utilizar una variedad de estrategias terapéuticas para identificar y planificar acciones alternativas que podrían tomar cuando encuentren un problema o situaciones en el futuro, tales como:

ANEXOS

- a) Identificar respuestas conductuales alternativas a las emociones angustiosas (p. ej., usar técnicas de distracción y auto-calmantes).
- b) Implementar estrategias de resolución de problemas.
- c) Desafiar los pensamientos negativos.
- d) Identificar e implementar habilidades de comunicación más efectivas.
- e) Práctica en sesión de nuevas habilidades.
 - Planificar la práctica entre sesiones de estrategias de afrontamiento alternativas, que incluyen:
 - a) Discutiendo las dificultades que anticipan que pueden surgir al probar estrategias alternativas de afrontamiento.
 - b) Planificar cómo se podrían manejar los posibles obstáculos
 - c) Revisar sistemáticamente la práctica entre sesiones en la próxima sesión para identificar puntos de aprendizaje y cualquier área de dificultad que haya encontrado una persona.
 - Mejorar su toma de conciencia (y la de sus familiares o cuidadores) sobre sus fortalezas y recursos (por ejemplo, identificando momentos en los que han demostrado un afrontamiento eficaz, identificando cualidades positivas que poseen en áreas no relacionadas con sus dificultades).
 - Desarrollar un relato escrito (co-construido) de la intervención que repase los eventos que conducen a la autolesión, identifica lo que se ha aprendido y especifica las estrategias que se pueden utilizar para hacer frente a situaciones similares en el futuro.

Evaluación y gestión colaborativa de las tendencias suicidas (CAMS)1

1 Source: Jobes DA. Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach. Second Edition. New York: Guilford Press; 2016.

Knowledge of basic principles and rationale for CAMS.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que el marco CAMS es un marco estructurado pero flexible como herramienta de apoyo clínico destinada a trabajadores de una variedad de antecedentes profesionales y niveles de habilidad destinados a ser utilizados tanto para evaluar como para manejar el riesgo de suicidio.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que las sesiones de CAMS están guiadas por un formulario estructurado de estado "suicidio".

La capacidad de aprovechar el conocimiento que cada sesión debe incluir tanto la evaluación como la intervención junto con una actualización del plan de tratamiento.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que CAMS se basa en una filosofía central de atención, que incluye:

ANEXOS

- Demostrando explícitamente empatía por el alto nivel de angustia experimentado por las personas que son potencialmente suicidas.
- Un estilo altamente interactivo de colaboración en el proceso de evaluación y tratamiento.
- Honestidad y transparencia en todos los aspectos de la comunicación.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que el enfoque principal de CAMS es la prevención de la conducta suicida (en lugar de abordar la tendencia suicida como un síntoma de otro trastorno mental o problema de salud y, por lo tanto, hacer de este último el foco principal).

Una capacidad para aprovechar el conocimiento de que una persona en un marco CAMS está involucrada como compañero clave en la terapia centrándose en los problemas definidos por la persona ("impulsores suicidas") que conducen a pensamientos, sentimientos y conductas suicidas.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que CAMS está orientado a mantener a una persona suicida que fuera de un entorno hospitalario (siempre que sea posible y apropiado).

Habilidad para mantener un enfoque colaborativo.

La capacidad de mantener un enfoque altamente colaborativo a lo largo del tratamiento mediante:

- Establecer el papel del profesional como entrenador, guía o colaborador en el proceso.
- Construir una comprensión compartida del riesgo de suicidio según lo definido por ambas partes.
- Priorizar la discusión del punto de vista de la persona (en términos de impulsores clave del estado suicida).
- Co-construir planes que aborden el riesgo con, en lugar de para, la persona.
- Establecer un lugar en la habitación, que permite físicamente a la persona y terapeuta para trabajar juntos al co-construir resúmenes escritos durante la evaluación y planificación del tratamiento.

Capacidad para realizar una evaluación de riesgos utilizando CAMS.

La capacidad de establecer el ritmo y estructurar una evaluación de forma adecuada (p. ej., introducir el tema de riesgo de suicidio al principio de la sesión mientras se involucra a la persona con sensibilidad).

La capacidad de ayudar a una persona a identificar, analizar y calificar los principales factores de riesgo y advertencia que pueden tener relación con su tendencia suicida, tales como:

- Estados agudos como dolor, angustia o miseria.
- Sentimientos de estar presionado o abrumado.
- Agitación (una sensación de urgencia emocional o necesidad de tomar medidas).
- Pensamientos como la desesperanza o el odio a uno mismo.
- Culpa o vergüenza.

La capacidad de ayudar a una persona a evaluar el grado en que el suicidio se relaciona con los pensamientos y sentimientos acerca de sí mismos o de otras personas.

Una capacidad para ayudar a una persona a calificar su probabilidad general de actuar sobre pensamientos suicidas.

ANEXOS

Una habilidad para ayudar a una persona a identificar "razones para vivir" y "razones para morir".

Habilidad para ayudar a una persona a identificar la relación relativa entre su deseo de vivir y su deseo de morir.

La capacidad de ayudar a una persona a comenzar a priorizar los problemas clave que contribuyen a su comportamiento suicida.

Habilidad para evaluar empíricamente factores de riesgo y señales de advertencia en colaboración con la persona referentes a un asunto sin prejuicios, que incluye:

- Ideación suicida (su frecuencia y duración).
- Planificación, preparación y ensayo del suicidio.
- Antecedentes de conductas suicidas (intentos únicos o múltiples).
- Un historial de impulsividad (según lo indicado por las percepciones de la persona de su propia comportamiento).
- Consumo de sustancias.
- Pérdidas significativas que pueden estar actuando como precipitantes (ya sea únicas o acumulativas).
- Problemas de pareja.
- Un fuerte sentido de ser una carga para los demás.
- Problemas de salud significativos y/o duraderos.
- Problemas para dormir.
- Principales problemas legales/financieros.
- Lástima.

Capacidad para co-construir un plan de tratamiento.

Orientación.

Habilidad para fomentar la colaboración y la elección individual a través de la discusión de los intereses de la persona opciones, incluida la elección de poner fin a su vida, manteniendo una orientación hacia la ayuda a comprometerse con el tratamiento.

La capacidad de crear un "plan de estabilización" que ayude a la persona a identificar las acciones que puede tomar (como reducir el acceso a medios letales, comportamientos de afrontamiento alternativos y fuentes de apoyo social al que pueden recurrir) cuando se presenten sentimientos suicidas.

La capacidad de usar técnicas de motivación para sacar provecho de la ambivalencia de las personas acerca de suicidio y crear una intención de elegir vivir, al menos por un período de tiempo finito.

La capacidad de lograr un equilibrio entre comunicar empatía por el deseo suicida de una persona y ayudarlos a considerar otras formas más efectivas de satisfacer sus necesidades.

La capacidad de negociar por un período de tiempo mutuamente acordado durante el cual la persona se compromete a dejar de lado la opción de terminar con su vida y seguir su plan de tratamiento específico para el suicidio.

ANEXOS

- Asegurarse de que este es un período de tiempo adecuado para que la intervención sea efectiva (típicamente alrededor de 3 meses/6 a 8 sesiones).
- Dejando en claro que esta es una condición crítica para embarcarse en el tratamiento.

Habilidad para transmitir de una manera honesta y directa el deber del médico y responsabilidad de actuar según el juicio clínico si la persona está en peligro claro e inminente, para organizar la hospitalización o el tratamiento intensivo en el hogar si es necesario.

Intervención.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de que un plan de tratamiento CAMS no debe contener más de tres problemas (uno de los cuales debe centrarse en el potencial de autolesión de una persona), y también incluir los objetivos de cualquier intervención y los métodos que se utilizarán.

La capacidad de garantizar que el primer paso en la planificación de la estabilización sea una discusión empática que se enfoca en eliminar el acceso de una persona a medios letales para hacerse daño a sí misma.

Una capacidad para construir una "jerarquía de afrontamiento" con la persona que consiste en una serie de pasos que pueden usar para controlar los pensamientos y sentimientos suicidas, redirigir el comportamiento y alejar la atención de un enfoque cada vez más estrecho sobre el suicidio, que incluye:

- Restricción de acceso a los medios.
- Actividades auto calmantes.
- Actividades que distraen.
- Actividades placenteras o absorbentes.
- Usar su red social de manera efectiva.

Habilidad para ayudar a la persona a superar obstáculos en la construcción de la jerarquía, como la falta de ideas y/o desesperanza.

La capacidad de ayudar a la persona a identificar a las personas a las que puede contactar en caso de emergencia, incluidas familiares, cuidadores y amigos, profesionales y líneas de crisis, si las estrategias de afrontamiento no funcionan.

La capacidad de ayudar a la persona a comenzar a priorizar los problemas clave que impulsan las tendencias suicidas al identificar dos problemas focales para la parte restante de la intervención.

Una capacidad para identificar y tratar los problemas que impulsan las tendencias suicidas, que pueden ser:

- Directos (aquellos problemas que hacen que una persona quiera acabar con su vida de forma urgente y de modo apremiante).
- Indirectos (aquellos temas, problemas o preocupaciones que hacen que una persona sea vulnerable a estados suicidas, pero no causan directamente que se vuelvan agudamente suicidas, por ejemplo, falta de vivienda, aislamiento, insomnio, antecedentes de trauma).

ANEXOS

La capacidad de hacer uso de estrategias de tratamiento adecuadas o referencias posteriores para ayudar a la persona en el abordaje de sus impulsores suicidas, con el objetivo de llegar a la raíz de por qué estos problemas obligan a que consideren el suicidio.

Habilidad para hacer uso del enfoque CAMS de manera flexible en sesiones posteriores, pasar de un enfoque en la evaluación a un énfasis en aumentar las habilidades de afrontamiento de una persona y enfocarse en los problemas focales identificados por la evaluación.

Terminando la terapia.

La capacidad de identificar cuándo es seguro y apropiado finalizar la intervención CAMS, por lo general sobre la base de comentarios constantes de la persona (durante un período de 3 a 4 semanas) que indican que tienen un riesgo general muy bajo de terminar con su vida, por ejemplo:

- Han sido capaces de manejar sus pensamientos y sentimientos.
- No se han autolesionado ni han hecho preparativos conductuales para el suicidio.
- Han aumentado su conocimiento y uso de una variedad de estrategias de afrontamiento.

Hacia el final de la atención guiada por CAMS exitosa, la capacidad de concentrarse en las razones para vivir y una vida que valga la pena vivir con propósito y significado.

Habilidad para juzgar si la continuación de la terapia es apropiada y discutir las opciones abiertas a la persona, por ejemplo:

- Si la terapia continúa con el mismo terapeuta, negociar un nuevo contrato de tratamiento para que el trabajo pueda cambiar hacia abordar los impulsores directos e indirectos en curso identificados en la evaluación inicial
- Si la terapia continuará con una nueva agencia o terapeuta, apoyando esta transición identificar cómo y cuándo se hará esto.

Cuando el final del tratamiento se haya acordado mutuamente como el curso más apropiado de acción, la capacidad de apoyar a la persona ofreciendo sesiones ocasionales de "refuerzo".

Conocimiento de las intervenciones farmacológicas.

Conocimiento de las intervenciones farmacológicas requeridas por todos los trabajadores de la salud.

La capacidad de aprovechar los conocimientos sobre el uso de intervenciones farmacológicas en la coexistencia de problemas de salud mental en personas que se autolesionan y/o son suicidas.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que no hay evidencia clara para el beneficio de intervenciones farmacológicas específicas para las autolesiones y la conducta suicida en ausencia de un problema de salud mental coexistente.

La capacidad de identificar, derivar o comunicarse con un psiquiatra u otro médico cuando existen preocupaciones relacionadas con los medicamentos psicotrópicos que actualmente están recetados o considerados para el manejo de autolesiones o conductas suicidas.

La capacidad de basarse en el conocimiento de que todos los medicamentos tienen beneficios y riesgos.

ANEXOS

Conocimientos de psicofarmacología para el personal con derecho a prescribir.

Habilidad para basarse en el conocimiento de la guía nacional para el tratamiento de las personas que autolesiones y/o son suicidas que incluyen recomendaciones sobre el papel de medicación (p. ej., directrices NICE o SIGN).

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las condiciones presentes donde la medicación potencialmente forma parte de la intervención.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de las interacciones entre medicamentos prescritos y no prescritos.

La capacidad de aprovechar el conocimiento de los posibles efectos adversos de los antidepresivos (posible aumento de pensamientos y comportamientos suicidas), especialmente cuando se inicia el tratamiento.

Una capacidad para que el prescriptor siga la guía sobre la prescripción segura de medicamentos y cuando no se sigue la guía, para dar una razón clara de por qué.

Trabajar con personas que se autolesionan y/o son suicidas.

Habilidad para hablar con las personas y (cuando corresponda) con sus familias, cuidadores u otros significativos:

- El papel potencial de la medicación en su régimen de tratamiento.
- Los posibles efectos secundarios de los medicamentos y sus riesgos y beneficios.
- Su comprensión y cualquier inquietud sobre el medicamento.

La capacidad de reconocer los efectos secundarios significativos y tomar las medidas apropiadas.

Habilidades de especialista.

Una capacidad (para profesionales debidamente calificados) para proporcionar una evaluación especializada, que incluya la detección y diagnóstico de aquellas condiciones y circunstancias donde puede estar indicada la medicación.

Habilidad para prescribir (o discontinuar) medicamentos, empleando el conocimiento y las habilidades identificado como base de esta actividad por el organismo profesional pertinente.

La capacidad de revisar los planes de medicación a intervalos apropiados.

Una habilidad para médicos de cabecera, psiquiatras y profesionales debidamente calificados dentro de un equipo a actuar como un recurso para sus colegas (por ejemplo, brindando asesoramiento o consulta, o, ofreciendo formación pertinente en psicofarmacología).

Habilidad para reconocer que los profesionales involucrados en la prescripción de psicotrópicos los medicamentos requieren capacitación continua, desarrollo profesional y supervisión.

Anexo 2

Acuerdos de confidencialidad



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Aixa Gabriela López Campos, titular de la cédula de identidad N° V-25.985.784 identificada como aparece al pie de mi firma, me comprometo a guardar la reserva sobre la información confidencial que conozca o a la que tenga acceso en virtud de mi participación del trabajo especial de grado denominado *Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del Comportamiento Suicida*, de las autoras Dubraska Amaru Ramos Corvo, titular de la cédula de identidad N° V-24.636.770 y Taniuska Yeliceht Tovar Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-25.573.867, tuteladas por la Profa. Purificación Prieto Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-13.737.237.

Así mismo, me obligo a no facilitar o suministrar a terceros la información reservada, salvo con la autorización previa y escrita de las autoras del trabajo. Dejo constancia de que no reclamaré derechos sobre la información reservada.

En virtud de ello, se expide la presente en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los **18** días de mayo de 2023.

Dubraska Ramos Corvo
 C.I. N° V-24.636.770

Taniuska Tovar Rodríguez
 C.I. N° V-25.573.867

Aixa Gabriela López

C.I.: 25.985.784

Fecha: 18/05/2023

Purificación Prieto R.
 Purificación Prieto
 Rodríguez
 C.I. N° V-13.737.237

ANEXOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Aarón Jonatan Espinoza Alvarez, titular de la cédula de identidad N° V-5.655.415, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, me comprometo a guardar la reserva sobre la información confidencial que conozca o a la que tenga acceso en virtud de mi participación del trabajo especial de grado denominado *Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del Comportamiento Suicida*, de las autoras Dubraska Amaru Ramos Corvo, titular de la cédula de identidad N° V-24.636.770 y Taniuska Yeliceht Tovar Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-25.573.867, tuteladas por la Profa. Purificación Prieto Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-13.737.237.

Así mismo, me obligo a no facilitar o suministrar a terceros la información reservada, salvo con la autorización previa y escrita de las autoras del trabajo. Dejo constancia de que no reclamaré derechos sobre la información reservada.

En virtud de ello, se expide la presente en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los 16 días de Mayo de 2023.

Dubraska Ramos Corvo
 C.I. N° V-24.636.770

Taniuska Tovar Rodríguez
 C.I. N° V-25.573.867

Aarón Espinoza Alvarez
 C.I.: N V-5.655415
 Fecha:16/05/2023

Purificación Prieto R.
 Purificación Prieto
 Rodríguez
 C.I. N° V-13.737.237

ANEXOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Kenduar Eduardo Galviz Ormaza, titular de la cédula de identidad N° V-20.609.768, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, me comprometo a guardar la reserva sobre la información confidencial que conozca o a la que tenga acceso en virtud de mi participación del trabajo especial de grado denominado *Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del Comportamiento Suicida*, de las autoras Dubraska Amaru Ramos Corvo, titular de la cédula de identidad N° V-24.636.770 y Taniuska Yeliceht Tovar Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-25.573.867, tuteladas por la Profa. Purificación Prieto Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-13.737.237.

Así mismo, me obligo a no facilitar o suministrar a terceros la información reservada, salvo con la autorización previa y escrita de las autoras del trabajo. Dejo constancia de que no reclamaré derechos sobre la información reservada.

En virtud de ello, se expide la presente en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los 17 días de Mayo de 2023.

Dubraska Ramos Corvo
 C.I. N° V-24.636.770

Taniuska Tovar Rodríguez
 C.I. N° V-25.573.867

Nombre, apellido,
 C.I.: 20.609.768
 Fecha: 17/mayo/2023

Purificación Prieto R.
 Purificación Prieto
 Rodríguez
 C.I. N° V-13.737.237

ANEXOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, ALEJANDRO RÉTALI, titular de la cédula de identidad N° V-5073632, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, me comprometo a guardar la reserva sobre la información confidencial que conozca o a la que tenga acceso en virtud de mi participación del trabajo especial de grado denominado ***Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del Comportamiento Suicida***, de las autoras Dubraska Amaru Ramos Corvo, titular de la cédula de identidad N° V-24.636.770 y Taniuska Yeliceht Tovar Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-25.573.867, tuteladas por la Profa. Purificación Prieto Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-13.737.237.

Así mismo, me obligo a no facilitar o suministrar a terceros la información reservada, salvo con la autorización previa y escrita de las autoras del trabajo. Dejo constancia de que no reclamaré derechos sobre la información reservada.

En virtud de ello, se expide la presente en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los 16 días de mayo de 2023.

Dubraska Ramos Corvo
 C. I. N° V-24 636 770

Taniuska Tovar Rodríguez
 C.I. N° V-25.573.867

Alejandro Réтали
 C.I.N° V-5073632
 Fecha: 16-05-23

Purificación Prieto R.
 Purificación Prieto
 Rodríguez
 C.I. N° V-13.737.237



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Susan G. Martínez C., titular de la cédula de identidad N° V-23.644.336, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, me comprometo a guardar la reserva sobre la información confidencial que conozca o a la que tenga acceso en virtud de mi participación del trabajo especial de grado denominado **Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del Comportamiento Suicida**, de las autoras Dubraska Amaru Ramos Corvo, titular de la cédula de identidad N° V-24.636.770 y Taniuska Yeliceht Tovar Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-25.573.867, tuteladas por la Profa. Purificación Prieto Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° V-13.737.237.

Así mismo, me obligo a no facilitar o suministrar a terceros la información reservada, salvo con la autorización previa y escrita de las autoras del trabajo. Dejo constancia de que no reclamaré derechos sobre la información reservada.

En virtud de ello, se expide la presente en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los 29 días del mayo de 2023.

Dubraska Ramos Corvo
C.I. N° V-24.636.770

Taniuska Tovar Rodríguez
C.I. N° V-25.573.867

Nombre y apellido: Susan Martínez

C.I.: V-23644336

Fecha: 29/05/2023

Purificación Prieto R.
Purificación Prieto Rodríguez
C.I. N° V-13.737.237

Anexo 3

Formato de valoración de expertos



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Formulario para la Valoración de Expertos

Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del Comportamiento Suicida

Dubraska Ramos y Taniuska Tovar
Tutora: Profa. Purificación Prieto

Nos dirigimos a Ud. para solicitar su aporte como experto en la valoración de los ítems que compondrán el cuestionario que permitirá conocer y describir las competencias terapéuticas para el abordaje del comportamiento suicida que poseen los psicólogos clínicos. Con la presente iniciativa se persiguen tres objetivos: 1) conocer su opinión en torno a la calidad de la redacción de cada reactivo; 2) precisar si existe correspondencia entre lo que parece que miden los ítems y la dimensión a partir de la cual se generaron y 3) Establecer cuan relevante o significativo es el ítem en el caso de la problemática estudiada.

En la misma línea de ideas, al hacer referencia a comportamiento suicida asumimos que comprende ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados. Las ideas se refieren a pensamientos intrusivos acerca de la muerte y el deseo de morir (Roselló y Berríos, 2004); el intento suicida es un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008); por su parte, la amenaza suicida, es cuando la persona a pesar de tener los medios no alcanza su objetivo. Al estudiar el comportamiento suicida se debe partir de tres supuestos básicos: es un acto voluntario, el individuo desea morir y percibe su situación como intolerable e irremediable (Roselló y Berríos, 2004; Pérez y cols, 2008; Ortega, 2018).

El cuestionario abordará las competencias requeridas para el abordaje del comportamiento suicida desde 12 dimensiones o grupos de competencias que se presentan a continuación: *Conocimiento de temas*

ANEXOS

relacionados con las autolesiones y el suicidio; competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones; habilidades generales de comunicación; diseño de propuestas de entrenamiento; postvención (abordaje del proceso de duelo que se observa en las víctimas secundarias del acto suicida); enlace con otros; competencias terapéuticas generales; competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación; evaluaciones de especialistas, intervenciones específicas; atención e intervención estructurada y metacompetencias.

En las siguientes páginas usted encontrará la definición de cada una de las dimensiones que componen el grupo de competencias, así como una serie de ítems que se han propuesto para esa dimensión.

Instrucciones

Por favor, valore cada uno de los reactivos que se le presentarán en las siguientes páginas atendiendo a:

- 1. Redacción. (Red)** Asigne el número uno (1) si considera que es adecuada y cero (0) si es inadecuada. Si asignó cero, por favor proponga una redacción alternativa en el espacio en blanco después del ítem.
- 2. Congruencia. (Cong)** Juzgue cada reactivo indicando si pertenece o no a la dimensión para la cual fue desarrollado. Asigne el número uno (1) si considera que el contenido se corresponde con la dimensión (es Congruente) o cero (0) si no se corresponde con la dimensión (no Congruente).
- 3. Relevancia. (Relv)** Valore la relevancia de cada reactivo, colocando en la columna correspondiente el grado de importancia para la dimensión, asignando valores entre 1 y 4, donde: 1= nada relevante (el ítem debe ser eliminado); 2=poco relevante (el ítem debe ser mejorado para su inclusión); 3=relevante (el ítem puede incluirse con pocas modificaciones) y 4=muy relevante (el ítem necesariamente debe ser incluido).

Conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio

ANEXOS

Enunciados tentativos de Conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio	Congr	Relev	Red
Maneja información teórica respecto al comportamiento suicida. Esto incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia del comportamiento suicida, d) conocimiento del impacto del comportamiento suicida en los demás.			
Conoce cifras de incidencias del comportamiento suicida.			
Posee marcos de conocimientos para comprender el comportamiento suicida.			
Conoce el impacto de las desigualdades sociales en el comportamiento suicida.			

Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones

Enunciados tentativos de Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones	Congr	Relev	Red
Maneja la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida. Esto incluye mostrar en el abordaje clínico la capacidad de manejar el marco legal con respecto a las personas con comportamiento suicida.			
Conoce y puede realizar actividades siguiendo políticas legales, consentimiento informado, contratos conductuales, comunicación con redes de apoyo y entes de legislación.			
Conoce las implicaciones necesarias para llevar a cabo una intervención en casos con comportamiento suicida.			
Es capaz de identificar la capacidad de una persona para la toma de decisiones y para seguir un tratamiento			
Conoce y puede evaluar la capacidad para: a) toma de decisiones, b) comunicación de decisiones, c) comprensión de decisiones y d) retención mantenimiento de la información de decisiones			
Posee la habilidad para consultar con otros especialistas			
Posee habilidad para incorporar los criterios de supervisores y/o asesores			

Habilidades generales de comunicación

ANEXOS

Enunciados tentativos de Habilidades de comunicación genéricas	Congr	Relev	Red
Posee habilidades básicas de comunicación para brindar apoyo a otra persona			
Posee capacidad de desprofesionalizar el lenguaje técnico para involucrar a la otra persona			
Posee habilidades de comunicación no verbal (escribir, dibujar, jugar)			
Posee habilidades para comunicarse con personas neurodivergentes			
Tiene la capacidad de brindar información sobre otras fuentes de apoyo que pueden ser de ayuda			

Diseño de Propuestas de Entrenamiento

Enunciados tentativos de Capacitación	Congr	Relev	Red
Capacidad de generar contenido que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida.			
Capacidad de transmitir información que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida			
Capacidad de promover la prevención y concientización a mediante el empleo de programas de formación psicoeducativa través de formaciones			
Capacidad para planificar y realizar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida			

Postvención

Enunciados tentativos de Postvención	Congr	Relev	Red
Tiene conocimiento sobre la postvención			
Maneja la terminología referente a postvención y sus implicaciones			
Posee conocimientos acerca del duelo por suicidio			
Es capaz de abordar casos de victimas indirectas/secundarias de suicidio			
Puede dirigir intervención grupal después de un suicidio			
Puede comunicar información sobre la muerte asertivamente			

Enlace con otros

ANEXOS

Enunciados tentativos de Enlace con otros	Congr	Relev	Red
Muestra la capacidad de referir a especialistas de otras áreas			
Posee conocimiento relevante para las transiciones entre especialistas			
Es capaz de crear enlaces con otros especialistas			
Es capaz de gestionar los inconvenientes que pueden presentarse en las transferencias de atención			

Competencias terapéuticas generales

Enunciados tentativos de Competencias terapéuticas genéricas	Congr	Relev	Red
Tiene conocimientos sobre problemas de salud mental			
Posee conocimientos profesionales acerca de los diversos problemas de salud mental			
Es capaz de aprovechar el conocimiento sobre los problemas de salud mental			
Puede involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento			
Es capaz de desarrollar la alianza terapéutica			
Puede mantener la alianza terapéutica			
Es capaz de reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica			
Es capaz de anticiparse en el manejo de los finales planeados y no planeados			
Utiliza registros sistemáticos en el proceso de evaluación e intervención			

Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación:

Enunciados tentativos de Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación	Congr	Relev	Red
Es capaz de evaluar riesgos, necesidades y fortalezas, en cuanto a: a) conocimiento b) compromiso c) evaluación de los factores cognitivos asociados al comportamiento suicida d) evaluación de los factores interpersonales asociados al comportamiento suicida e) evaluación del uso de Internet y la vida en línea f) desarrollo de un plan de gestión de riesgos relacionados al comportamiento suicida.			
Capacidad para evaluar factores de riesgos relacionados al comportamiento suicida.			

ANEXOS

Capacidad para discutir con la persona afectada el resultado de la evaluación			
Capacidad para evaluar el contexto de la persona afectada			
Es capaz de formular un plan de intervención de la persona afectada			
Capacidad de involucrar a las redes de apoyo en el plan de intervención			
Capacidad de recibir referencias de otros profesionales			

Evaluaciones de especialistas

Enunciados tentativos de Evaluaciones de especialistas	Congr	Relev	Red
Es capaz de realizar el examen mental			
Maneja las bases teóricas del examen mental			
Maneja las bases practicas del examen mental			
Puede analizar resultados del examen mental			
Es capaz de tomar decisiones para garantizar el bienestar de la persona a partir de los resultados del examen mental			

Intervenciones específicas

Enunciados tentativos de Intervenciones específicas	Congr	Relev	Red
Posee conocimientos sobre la implementación de intervenciones específicas en personas con comportamiento suicida			
Conoce, concretamente, los principios que sustentas la estructura de la intervención de la terapia dialéctico conductual			
Puede hacer de la consulta un espacio terapéutico que se constituya en un lugar en el que las personas puedan interactuar con su entorno de manera efectiva			
Tiene conocimientos teóricos referentes al modelo cognitivo del comportamiento suicida			
Puede establecer un marco terapéutico para el abordaje de personas en crisis suicidas			
Puede gestionar los obstáculos que se presentan en el abordaje terapéutico de las crisis suicidas			
Puede establecer estrategias para un plan de seguridad (factores de protección)			
Puede jerarquizar los problemas de acuerdo al nivel de riesgo			
Posee conocimientos teórico sobre el modelo conductual			
Puede manejar la desregulación emocional con estrategias y técnicas sustentadas por la psicología basada en la evidencia. (diga cuales:)			

ANEXOS

Atención e intervención estructurada

Enunciados tentativos de Atención e intervención estructurada	Congr	Relev	Red
Posee conocimiento de intervención en crisis			
Es capaz de proporcionar estrategias de afrontamiento y redes de apoyo a las personas en riesgo			
Puede gestionar factores de riesgo y construir un plan de seguridad			
Puede realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato para personas en riesgo de suicidio			
Posee conocimientos básicos que le permita desarrollar un abordaje terapéutico a partir del manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS)			
Es capaz de mantener un enfoque colaborativo de la tendencia suicida			
Posee conocimiento sobre las intervenciones farmacológicas para personas con comportamiento suicida			

Metacompetencias

Enunciados tentativos de Metacompetencias	Congr	Relev	Red
Ejerce la psicología siguiendo los parámetros éticos de la profesión			
Puede darse cuenta cuando sus limitaciones o sus prejuicios interfieren en el abordaje terapéutico			
Es capaz de realizar intervenciones de manera flexible pero coherente			
Es capaz de trabajar en equipo con otros practicantes y profesionales			

Anexo 4.**Formato de soporte teórico**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Soporte teórico para la valoración de los ítems**

A continuación se presenta una descripción del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios realizado por The National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH] (2018). Se elaboró a partir del conocimiento de expertos profesionales y voluntarios que trabajaban en la salud mental, quienes señalan una serie de habilidades y conocimientos para los profesionales en el abordaje del comportamiento suicida requeridos en Gran Bretaña. Afirman que las competencias son la integración de conocimientos, habilidades y actitudes; dichos factores son relevantes para su práctica, la cual requiere la capacidad para aplicar el conocimiento adquirido, así como la de utilizar-habilidades en diversas situaciones con una actitud apropiada. En síntesis, El Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018) reúne un conjunto de competencias consideradas significativas para trabajar de forma efectiva en el área específica, los profesionales de la psicología requieren de una base sólida previa de conocimientos para su práctica, esta le ayuda a comprender el marco del manejo total del comportamiento suicida. Valdría la pena destacar que se respetó la terminología presente en la propuesta original, de allí que es conveniente señalar que los términos Competencia, Capacidad y Habilidad, tal como lo sugiere la Metodología Tunning (González y Wagenaar, 2003) utilizada en el Espacio Educativo Europeo y Latinoamérica para el diseño de las propuestas formativas basadas en las competencias, son utilizados como sinónimos, aspecto que puede ser cuestionado por otros enfoques en el área de la formación por competencias.

Además de factores importantes que resaltan en la investigación como: conocimiento, actitudes, valores y el estilo de interacción; también destacan que el abordaje a personas con comportamiento suicida debe privilegiar la compasión y el respeto; el profesional debe ser capaz de validar y comprender empáticamente las dificultades que experimenta la persona, así como brindar ayuda estableciendo y manteniendo una relación de colaboración con el individuo (directamente afectado o víctima primaria), con su familia/cuidadores (indirectamente afectados o víctimas secundarias), y garantizar que se

ANEXOS

involucren en las decisiones de cuidado en ambos sentidos, hacía la víctima primaria y hacía ellos mismos.

Aparte, se detallan las competencias propuestas en este marco:

- **Conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio:** esta categoría incluye las competencias correspondientes al conocimiento de los temas relacionados al comportamiento suicida, esto implica los temas relacionados desde el conocimiento básico de la salud mental hasta el impacto de las desigualdades sociales respecto al comportamiento suicida, a continuación, se presentan las competencias que abarca esta categoría:
 - Conocimientos básicos de asistencia en salud mental: esta incluye a) conocimientos básicos sobre salud mental y b) criterios de búsqueda de ayuda y tratamiento.
 - Conocimiento de autolesiones y suicidio: incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia de las autolesiones y del suicidio d) conocimiento específico sobre salud mental, autolesiones y suicidio, e) vulnerabilidad y f) conocimiento del impacto de las autolesiones y suicidio en los demás (víctimas secundarias).
 - Comprensión de la autolesión, la ideación y el comportamiento suicida: este incluye parámetros para la comprensión de las autolesiones y el suicidio.
 - Conocimiento del impacto de las desigualdades sociales en el marco de las autolesiones y el suicidio.

- **Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los profesionales de la salud y para las organizaciones:** esta categoría incluye competencias específicas para profesionales de otras áreas, profesionales de la salud mental en general y las organizaciones; para efectos del presente trabajo se presentan las competencias que abarcan únicamente a los profesionales de la salud mental:
 - Conocimiento de los marcos legales relacionados con el trabajo con personas que se autolesionan o son suicidas: incluye la capacidad de aprovechar el respaldo legal del trabajo clínico con personas que se autolesionan o son suicidas en potencia.
 - Conocimiento y capacidad para trabajar con aspectos vinculados con la confidencialidad y el consentimiento, que este incluye: a) conocimiento de políticas y

ANEXOS

legislación b) conocimiento de las definiciones legales de consentimiento para una intervención, c) conocimiento sobre el establecimiento de la capacidad para dar su consentimiento para una intervención, d) conocimiento de los derechos y responsabilidades de los padres, e) capacidad para obtener el consentimiento informado para una intervención, f) capacidad para aprovechar el conocimiento de la confidencialidad g) compartir información para mantener la seguridad, h) capacidad para informar a todas las partes sobre cuestiones de confidencialidad y el intercambio de información, i) habilidad para evaluar la capacidad de dar consentimiento para compartir información y j) capacidad para compartir información de forma adecuada y segura.

- Conocimiento y capacidad para evaluar la capacidad del afectado: la evaluación de la capacidad del afectado se refiere a dado un problema específico en un determinado momento, se puede considerar que una persona carece de capacidad si cumplen uno o más de los siguientes criterios: incapacidad demostrada para la toma de decisiones, para comunicar las decisiones acordadas, evidencias de comprender las decisiones y mantenerlas.
- Habilidad para trabajar con las diferencias: se vincula con la capacidad de valorar la diversidad social y al mismo tiempo mantener un interés activo en comprender las diversas formas en que las personas, que utilizan los servicios, pueden demostrar creencias, prácticas sociales y estilos de vida específicos, y, por tanto, es relevante considerar las sus implicaciones en cuanto a la manera en que se va a llevar a cabo una intervención. Por tanto, esta se incluyen: a) postura personal con respecto al tema, b) conocimiento de la importancia de las creencias, prácticas sociales y estilos de vida, c) conocimiento de los factores sociales y culturales que pueden impactar en el acceso al servicio, d) habilidad para comunicar respeto y valoración a las personas, e) habilidad para obtener una comprensión de la experiencia de creencias, prácticas sociales específicas y estilos de vida, f) capacidad de adaptar la comunicación, g) habilidad para usar e interpretar evaluaciones/medidas estandarizadas, h) capacidad para adaptar las intervenciones psicológicas e i) habilidad para identificar y afrontar la desigualdad.
- Habilidad para hacer uso de supervisión: a) habilidad para trabajar en colaboración con el supervisor, b) capacidad de autovaloración y reflexión, c) capacidad de aprendizaje activo, d) habilidad para usar la supervisión para reflexionar sobre el desarrollo personal y profesional y e) capacidad para reflexionar sobre la calidad de la supervisión.

ANEXOS

- **Habilidades generales de comunicación:** detalla sobre la capacidad de tomar decisiones a partir del conocimiento sobre la comunicación, específicamente, cuando la comunicación verbal sea un desafío considerar las otras formas de comunicación (como dibujar, escribir o jugar). También es importante destacar la capacidad de indagar y hablar sobre el suicidio. Va a comprender:
 - Habilidades de comunicación, incluye: a) *conocimiento*, sobre como la capacidad de aprovechar el valor de las habilidades básicas de comunicación como una forma de ayudar a sentirse apoyada a una persona que se autolesiona o tiene tendencias suicidas y b) *solicitud*, entendida como la capacidad para desplegar habilidades de comunicación que ayuden a involucrar a una persona que se autolesiona o tiene tendencias suicidas en una discusión colaborativa de sus circunstancias y necesidades inmediatas.
 - Habilidad para comunicarse con personas con trastornos del neurodesarrollo: se refiere a los problemas de comunicación presentes en personas con condiciones particulares vinculadas con el neurodesarrollo, incluye comunicarse con: a) personas con problemas de aprendizaje, b) personas con trastorno del espectro autista (TEA) y c) personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
 - Señalización: se refiere a la capacidad de informar sobre las diversas formas de acceso a fuentes de apoyo que son relevantes para una persona en riesgo suicida y sus cuidadores.

- **Diseño de propuestas de entrenamiento:** comprende las competencias referentes a la planificación de la psicoeducación, la identificación de los grupos específicos a los que se puede transmitir y la manera apropiada de impartirla. Esta comprende:
 - Capacitación en prevención y concientización sobre autolesiones y suicidio, va a incluir: a) planificación de la formación, b) Maneras de impartirla, c) competencias organizacionales.

- **Postvención:** esta categoría se centra en el apoyo a las personas en duelo por suicidio con el propósito de reducir los posibles efectos negativos del mismo, específicamente pretende: reducir la incidencia del suicidio y mejorar la salud mental de quienes han sufrido un duelo, disminuir el estigma y el aislamiento experimentado por aquellos que han sido afligidos, ofrecer apoyo apropiado, brindar los indicadores (señalización) de las fuentes de apoyo adecuadas y garantizar

ANEXOS

la reducción del riesgo de la presencia de nuevas víctimas primarias o la aparición de grupos suicidas. Comprende las siguientes competencias:

- Apoyo a personas en duelo por suicidio, incluye: a) conocimiento del duelo, b) conocimiento sobre la naturaleza del duelo tras una muerte por suicidio, c) apoyo psicológico a personas en duelo por suicidio, d) grupos de apoyo de pares y e) competencias organizativas relevantes para la postvención.
 - Apoyo a personas dentro de una organización después de un suicidio: incluye a) conocimiento de la postvención, b) instituir la posvención, c) comunicar información sobre la muerte, d) intervenciones concretas y e) juzgar cuándo terminar la postvención.
- **Enlace con otros:** las competencias descritas en este apartado se centran en el desenvolvimiento del psicólogo dentro y entre organizaciones. Esta comprende:
 - Gestionar las transiciones en la atención dentro y entre los servicios: incluye a) conocimiento relevante para las transiciones en el cuidado, b) identificar transiciones en la atención dentro y entre organizaciones, c) conocimiento sobre la transferencia dentro y entre servicios de atención, d) ayudar a una persona a prepararse para una transferencia de atención, e) transferencia de cuidado, f) comunicación dentro y entre los servicios a los que se transfiere a una persona y g) reconocer y gestionar los desafíos de las transferencias de atención.
 - **Competencias terapéuticas generales:** abarca las competencias referentes al conocimiento y manejo de la salud mental, el establecimiento y consolidación de la alianza terapéutica, la capacidad de preparar a la persona para el alta y realizar el respectivo seguimiento. Esta comprende:
 - Conocimiento específico de los problemas de salud mental: la capacidad para aprovechar el conocimiento de la gama de problemas de salud mental y condiciones del neurodesarrollo que generalmente se ven en los servicios clínicos, las formas en que surgen y se presentan.
 - Capacidad para involucrar de manera colaborativa a las personas que ofrecen diferentes opciones de tratamiento disponibles: es la capacidad de involucrar a todos los actores

ANEXOS

en una discusión colaborativa sobre las opciones de tratamiento disponibles (incluyendo los medicamentos), a partir de la información recopilada durante la evaluación, la formulación que surge de la evaluación y sus objetivos y metas.

- Habilidad para fomentar y mantener una buena alianza terapéutica: esta incluye a) comprender el concepto de alianza terapéutica, b) conocimiento, por parte del terapeuta, de todos los factores asociados con la alianza, c) conocimiento de los factores propios del individuo asociados con la alianza, d) capacidad para desarrollar la alianza, e) capacidad para captar la perspectiva y la "visión del mundo" de la persona y e) capacidad para reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica.
 - Capacidad para comprender y responder al contenido emocional de las sesiones: incluye a) provocar emociones que faciliten el cambio, b) manejo de emociones fuertes que interfieren con el cambio efectivo y c) capacidad para reflexionar sobre la expresión de comportamientos y emociones.
 - Habilidad para manejar los finales: incluye a) trabajar con finales planeados y b) trabajar con finales prematuros o no planeados.
 - Capacidad para hacer uso de las medidas o estrategias asumidas como parte del abordaje (comprende, además, el seguimiento de los resultados), incluye: a) conocimiento de medidas comúnmente utilizadas, b) capacidad para administrar medidas, c) la capacidad de seleccionar y hacer uso de las medidas de resultado y d) capacidad para utilizar registros diarios sistemáticos en la evaluación e intervención.
- **Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación:** abarca competencias con respecto a la evaluación, formulación, devolución y acuerdos con respecto a un plan de intervención que se adapte a las características del caso. Comprende:
 - Habilidad para emprender una evaluación colaborativa de riesgos, necesidades y fortalezas, va a incluir a) conocimiento, b) compromiso, c) evaluación de los factores cognitivos asociados con las autolesiones y/o el suicidio, d) evaluación de los factores interpersonales asociados con las autolesiones y/o el suicidio, e) evaluación del uso de Internet y la vida en línea y f) desarrollo de un plan de gestión de riesgos.
 - Habilidad para evaluar de la manera más amplia posible las circunstancias de una persona, incluye: a) conocimiento del proceso de evaluación, b) involucrar a la persona en su proceso de evaluación, c) capacidad para evaluar el riesgo de daño, d) habilidad para identificar dificultades coexistentes, d) evaluar el contexto cultural y social de la persona y e) habilidad para discutir el resultado de la evaluación.

ANEXOS

- Habilidad para evaluar el funcionamiento de una persona a través de contextos: incluye a) conocimiento de la relevancia de los contextos en los que se ubica una persona y b) evaluación de los múltiples contextos en los que se encuentra una persona.
- Habilidad para desarrollar la propuesta, incluye: a) conocimiento y b) habilidad para construir una propuesta.
- Capacidad para retroalimentar los resultados de la evaluación, la propuesta y acordar un plan de intervención, incluye: a) capacidad para proporcionar información sobre la evaluación y la propuesta, b) capacidad para identificar cuándo es apropiada una evaluación adicional, c) capacidad para adaptar la retroalimentación, d) habilidad para buscar las opiniones de las personas, sus familias y cuidadores, e) capacidad para trabajar y negociar una propuesta acordada, f) capacidad para planificar una intervención que se base en la propuesta acordada y g) capacidad para promover la elección acordada y convenir un plan de intervención.
- Capacidad para coordinar el trabajo de casos entre diferentes agencias y/o individuos, incluye: a) recibir referencias de otros profesionales/agencias, b) involucrar tanto a las personas afectadas y como a sus familias y cuidadores y c) fase de alta y seguimiento.
- Capacidad para involucrar a la persona afectada como colaboradora con el plan de intervención.
- **Evaluaciones de especialistas:** comprende competencias en cuanto al conocimiento técnico referente al examen mental, así como en cuanto a la detección de factores de riesgo. Además, saber hacer la observación a personas en riesgo de autolesión y suicidio. Esta abarca:
 - Capacidad para realizar un examen mental: incluye a) conocimiento de los objetivos del Examen del Estado Mental (MSE) y b) capacidad para indagar en áreas específicas de síntomas.
 - Observación de personas en riesgo de autolesión y suicidio, incluye: a) realización de observaciones y b) competencias organizacionales.
- **Intervenciones específicas:** esta categoría describe las competencias específicas en cuanto a la intervención con personas que se autolesionan activamente o son suicidas. Comprende:

ANEXOS

- Terapia Dialéctica Conductual (TDC), que incluye: a) conocimiento de los principios que sustentan la estructura de las intervenciones de la TDC, b) conocimiento de cómo la TDC conceptualiza las autolesiones y las conductas suicidas, c) uso de técnicas de TDC en el trabajo individual para abordar el riesgo de muerte, d) consulta con personas en y entre sesiones, e) uso de reuniones de consulta para terapeutas para ayudar a mantener el marco terapéutico y f) usar la consulta para ayudar a las personas a interactuar con su entorno de manera efectiva.
- Terapia Cognitiva Conductual (TCC), incluye: a) conocimiento del modelo cognitivo, b) identificar cuándo el enfoque del tratamiento debe estar en la prevención del suicidio, c) establecimiento del marco terapéutico para el trabajo con personas en crisis suicida, d) capacidad para gestionar las barreras a la participación en personas en crisis suicida, e) capacidad para realizar una evaluación integral de riesgos, f) habilidad para desarrollar un plan de seguridad, g) capacidad para construir una formulación cognitivo-conductual de una crisis suicida reciente, h) habilidades de intervención, i) establecimiento de las prioridades de intervención, j) adaptación de la estructura de sesión estándar, k) aplicación de técnicas conductuales, l) aplicación de técnicas de regulación emocional, m) capacidad para aplicar técnicas cognitivas enfocadas al manejo agudo del suicidio, impulsos y conducta, n) aplicación de técnicas cognitivas, ñ) habilidad para identificar cuándo una persona está lista para dejar de enfocarse en la prevención del suicidio, o) capacidad para implementar un protocolo de prevención de recaídas basado en imágenes guiadas y p) planificación de tratamientos adicionales.
- **Atención e intervención estructurada:** abarca las competencias en cuanto a evaluación del comportamiento suicida y la intervención en crisis.
 - Intervención de crisis, incluye: a) conocimiento de factores de riesgo intensos y b) intervención en crisis con el nivel de riesgo.
 - Gestión clínica, incluye: a) conocimiento de los problemas de salud mental y su relevancia para las autolesiones y el suicidio, b) alcance activo y c) mediar con la persona en riesgo y sus redes de apoyo.
 - Planificación de la seguridad, incluye: a) principios básicos de la planificación de la seguridad, b) construir un plan de seguridad, c) señales de advertencia, d) construir los pasos de un plan de seguridad, e) estrategias de afrontamiento que las personas pueden emplear, f) ponerse en contacto con otros como una distracción de los impulsos

ANEXOS

- suicidas, g) buscar el apoyo de otros para ayudar a resolver la crisis, h) buscar apoyo de profesionales para ayudar a resolver una crisis suicida e i) aumentar la seguridad al reducir el acceso a los medios de daño.
- Evaluación y manejo inicial de las autolesiones, incluye: a) realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato, b) promoción del compromiso de atención del psicólogo a la persona, c) triaje, d) ofrecer información acerca de las autolesiones, e) documentación, f) desarrollo de un plan de cuidado colaborativo, g) referencia para una evaluación o tratamiento adicional, h) trabajando con adultos mayores e i) apoyo al personal.
 - Intervenciones para las autolesiones: incluye la capacidad de implementar una intervención breve individualizada para una persona que se ha autolesionado, basada en estrategias terapéuticas de eficacia conocida.
 - Evaluación y Manejo colaborativo de la Tendencia Suicida (CAMS por sus siglas en inglés), incluye: a) conocimiento de los principios básicos y la justificación de CAMS, b) habilidad para mantener un enfoque colaborativo, c) capacidad para realizar una evaluación de riesgos utilizando CAMS, d) capacidad para co-construir un plan de tratamiento orientado a cumplir los objetivos de la intervención de CAMS y d) finalización de la intervención de CAMS.
 - Conocimiento de las intervenciones farmacológicas, incluye: a) conocimiento de las intervenciones farmacológicas requeridas por todos los trabajadores de la salud, b) conocimientos de psicofarmacología para el personal con derecho a prescribir y c) trabajar con personas que se autolesionan y/o son suicidas.
- **Metacompetencias:** se refieren al uso del juicio al realizar una actividad o intervención. Estos son relevantes para todos los aspectos de la práctica, y los profesionales a menudo necesitan tomar decisiones sobre si, cuándo o cómo llevar a cabo una actividad, así como su respectiva adaptación. Este incluye: a) actitudes, valores y estilo de interacción, b) confidencialidad y capacidad, c) trabajar con personas de una variedad de orígenes, d) compromiso, e) evaluación, f) evaluación del riesgo, g) implementar intervenciones de manera flexible pero coherente, h) adaptar evaluaciones e intervenciones en respuesta a la retroalimentación, i) reconocer límites, j) usar la supervisión y el apoyo y k) trabajo en equipo con otros practicantes y profesionales.

A continuación, se presenta una tabla resumen de los ítems de cada grupo de competencia que se presentarán en el formulario de evaluación.

ANEXOS

Tabla 1. Compilado de ítems según la competencia que evalúan.

N. o.	Competencias	ITEAMS
1.	Conocimiento de temas relacionados con las autolesiones y el suicidio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maneja información teórica respecto al comportamiento suicida. Esto incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia del comportamiento suicida, d) conocimiento del impacto de las autolesiones y suicidio en los demás. 2. Conoce cifras de incidencias del comportamiento suicida 3. Posee marcos de conocimientos para comprender el comportamiento suicida. 4. Conoce el impacto de las desigualdades sociales en el comportamiento suicida
2.	Competencias profesionales para todos los trabajadores, para los trabajadores de salud y para las organizaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maneja la información legal en lo que respecta al abordaje de pacientes que presentan comportamiento suicida. Esto incluye mostrar en el abordaje clínico la capacidad de manejar el marco legal con respecto a las personas con comportamiento suicida. 2. Conoce y puede realizar actividades siguiendo políticas legales, consentimiento informado, contratos conductuales, comunicación con redes de apoyo y entes de legislación. 3. Conoce las implicaciones necesarias para llevar a cabo una intervención en casos con comportamiento suicida. 4. Es capaz de identificar la capacidad de una persona para la toma de decisiones y para seguir un tratamiento 5. Conoce y puede evaluar la capacidad para: a) toma de decisiones, b) comunicación de decisiones, c) comprensión de decisiones y d) retención mantenimiento de la información de decisiones 6. Posee la habilidad para consultar con otros especialistas 7. Posee habilidad para incorporar los criterios de supervisores y/o asesores
3.	Habilidades generales de comunicación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posee habilidades básicas de comunicación para brindar apoyo a otra persona 2. Posee capacidad de desprofesionalizar el lenguaje técnico para involucrar a la otra persona 3. Posee habilidades de comunicación no verbal (escribir, dibujar, jugar) 4. Posee habilidades para comunicarse con personas neurodivergentes 5. Tiene la capacidad de brindar información sobre otras fuentes de apoyo que pueden ser de ayuda
4.	Diseño de Propuestas de Entrenamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de generar contenido que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida. 2. Capacidad de transmitir información que promuevan la prevención y concientización sobre el comportamiento suicida

ANEXOS

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Capacidad de promover la prevención y concientización a mediante el empleo de programas de formación psicoeducativa través de formaciones 4. Capacidad para planificar y realizar programas de formación psicoeducativa que apunten a la prevención del comportamiento suicida
5.	Postvención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene conocimiento sobre la postvención 2. Maneja la terminología referente a postvención y sus implicaciones 3. Posee conocimientos acerca del duelo por suicidio 4. Es capaz de abordar casos de victimas indirectas/secundarias de suicidio 5. Puede dirigir intervención grupal después de un suicidio 6. Puede comunicar información sobre la muerte asertivamente <p>https://conecta.tec.mx/es/noticias/monterrey/salud/especialista-explica-la-postvencion-del-suicidio#:~:text=La%20postvenci%C3%B3n%20es%20la%20intervenci%C3%B3n,por%20una%20muerte%20por%20suicidio.</p>
6.	Enlace con otros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra la capacidad de referir a especialistas de otras áreas 2. Posee conocimiento relevante para las transiciones entre especialistas. 3. Es capaz de crear enlaces con otros especialistas 4. Es capaz de gestionar los inconvenientes que pueden presentarse en las transferencias de atención
7.	Competencias terapéuticas generales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene conocimientos sobre problemas de salud mental 2. Posee conocimientos profesionales acerca de los diversos problemas de salud mental 3. Es capaz de aprovechar el conocimiento sobre los problemas de salud mental 4. Puede involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento 5. Es capaz de desarrollar la alianza terapéutica 6. Puede mantener la alianza terapéutica 7. Es capaz de reconocer y abordar las amenazas a la alianza terapéutica 8. Es capaz de anticiparse en el manejo de los finales planeados y no planeados 9. Utiliza registros sistemáticos en el proceso de evaluación e intervención
8.	Competencias de evaluación, formulación, compromiso y planificación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es capaz de evaluar riesgos, necesidades y fortalezas, en cuanto a: <ol style="list-style-type: none"> a) conocimiento b) compromiso c) evaluación de los factores cognitivos asociados al comportamiento suicida d) evaluación de los factores interpersonales asociados al comportamiento suicida e) evaluación del uso de Internet y la vida en línea

ANEXOS

		<p>f) desarrollo de un plan de gestión de riesgos relacionados al comportamiento suicida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Capacidad para evaluar factores de riesgos relacionados al comportamiento suicida. 3. Capacidad para discutir con la persona afectada el resultado de la evaluación 4. Capacidad para evaluar el contexto de la persona afectada 5. Es capaz de formular un plan de intervención de la persona afectada 6. Capacidad de involucrar a las redes de apoyo en el plan de intervención 7. Capacidad de recibir referencias de otros profesionales
9.	Evaluaciones de especialistas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es capaz de realizar el examen mental 2. Maneja las bases teóricas del examen mental 3. Maneja las bases practicas del examen mental 4. Puede analizar resultados del examen mental 5. Es capaz de tomar decisiones para garantizar el bienestar de la persona a partir de los resultados del examen mental
10.	Intervenciones específicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posee conocimientos sobre la implementación de intervenciones específicas en personas con comportamiento suicida 2. Conoce, concretamente, los principios que sustentas la estructura de la intervención de la terapia dialéctico conductual 3. Puede hacer de la consulta un espacio terapéutico que se constituya en un lugar en el que las personas puedan interactuar con su entorno de manera efectiva 4. Tiene conocimientos teóricos referentes al modelo cognitivo del comportamiento suicida 5. Puede establecer un marco terapéutico para el abordaje de personas en crisis suicida 6. Puede gestionar los obstáculos que se presentan en el abordaje terapéutico de las crisis suicidas 7. Puede establecer estrategias para un plan de seguridad (factores de protección) 8. Puede jerarquizar los problemas de acuerdo al nivel de riesgo 9. Posee conocimientos teórico sobre el modelo conductual 10. Puede manejar la desregulación emocional con estrategias y técnicas sustentada por la psicología basada en la evidencia. (diga cuales)
11.	Atención e intervención estructurada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posee conocimiento de intervención en crisis 2. Es capaz de proporcionar estrategias de afrontamiento y redes de apoyo a las personas en riesgo 3. Puede gestionar factores de riesgo y construir un plan de seguridad 4. Puede realizar una evaluación rápida e identificar un plan de acción inmediato para personas en riesgo de suicidio 5. Posee conocimientos básicos que le permita desarrollar un abordaje terapéutico a partir del manejo colaborativo de la tendencia suicida (CAMS)

ANEXOS

		6. Es capaz de mantener un enfoque colaborativo de la tendencia suicida 7. Posee conocimiento sobre las intervenciones farmacológicas para personas con comportamiento suicida
12.	Metacompetencias	1. Ejerce la psicología siguiendo los parámetros éticos de la profesión 2. Puede darse cuenta cuando sus limitaciones o sus prejuicios interfieren en el abordaje terapéutico 3. Es capaz de realizar intervenciones de manera flexible pero coherente 4. Es capaz de trabajar en equipo con otros practicantes y profesionales

Referencias:

González, J. y Wagenaar, R. (2003): Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final - Proyecto Piloto, Fase 1, Bilbao, Universidad de Deusto.

****https://www.google.com/search?q=proyecto+tuning+europa&rlz=1C1GCEJ_enVE1047VE1047&oq=tuning+europa&aqs=chrome.3.69i57j0i13i30l2j0i10i22i30j0i10i15i22i30j0i5i13i30j0i5i10i13i30j0i5i13i30j0i8i13i30l2.9091j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Gonzalez, J.; Wagenaar, R. y Beneitone, P. (2004). Tuning-América Latina: un proyecto de las universidades. *Revista Iberoamericana de educación*, 35, p. 151-164.

****<https://rieoei.org/historico/documentos/rie35a08.htm#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20implica%20Tuning%2DAm%C3%A9rica%20Latina,la%20efectividad%20y%20la%20transparencia.>

Anexo 5

Cuestionario (extracto del cuestionario)



Competencias terapéuticas en psicólogos para el abordaje del comportamiento suicida

El presente cuestionario busca identificar las competencias terapéuticas para abordar el comportamiento suicida, en psicólogos clínicos de Miranda y Distrito Capital.

Teóricamente se contempla que el comportamiento suicida comprende ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados.



1. ¿Maneja información teórica respecto al comportamiento suicida?. Esto incluye: a) terminología, b) conocimiento de posibles intervenciones, c) incidencia del comportamiento suicida, d) conocimiento del impacto del comportamiento suicida en los demás. *

Sí

No

2. ¿Conoce cifras de incidencias del comportamiento suicida? *

Sí

No

3. ¿Posee marcos de conocimientos que permiten comprender el comportamiento suicida? *

Sí

No

ANEXO 6**Comunicación con los autores del Marco de Competencias para la Prevención de Autolesiones y Suicidios (NCCMH, 2018).**

Dear Profesor Steve Pilling:
Head of Department.
Clinical, Educational and Health Psychology (CEHP)
UCL.

It's a pleasure to greet you, we establish contact with you from the Department of Clinical Psychology, attached to the School of Psychology, of the Central University of Venezuela, in order to inform you that the Framework Program of Competencies for the Prevention of Suicide and Self-harm (Self-harm and Suicide Prevention Competence Framework, https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health_psychology/research-groups/core/competence-frameworks/self) is part of the research corresponding to the Special Degree Work (TEG) of two students of the Pre-specialization in Clinical Psychology attached to the training in psychology (undergraduate), Dubraska Ramos and Taniuska Tovar.

The objective of the TEG is to evaluate the training in the area of suicidal behavior management received by graduate psychologists who currently practice, based on the indicators derived from the proposal suggested by you.

It is important to us that you are informed both of the purposes of the research and of certifying that the copyright of the Framework Program designed by you is being respected, clearly and precisely indicating its origin and content in the original language.

We remain at your service and we promise to inform you of the progress and results of the TEG.

Sincerely,

Prof. Purificacion Prieto Rodríguez.
Tutor.

PD: A communication was sent on 04/26/23 from the institutional email purificacion.prieto@ucv.ve, no response was received.