



EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS SEGÚN EL CONOCIMIENTO MÉDICO EN CRISIS SUICIDA AGUDA

EVALUATION OF THE APPLICATION OF CLINICAL GUIDELINES ACCORDING TO MEDICAL KNOWLEDGE IN ACUTE SUICIDAL CRISIS

Mercedes Nathaly Mosquera Orozco^{1*}

E-mail: mercedes.mosquera.21@est.ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7121-0616>

Ricardo Adolfo Ganzino Rodriguez¹

E-mail: ricardo.ganzino@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1079-9990>

¹Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Mosquera Orozco, M. N., & Ganzino Rodriguez, R. A. (2026). Evaluación de la aplicación de guías clínicas según el conocimiento médico en crisis suicida aguda. *Universidad y Sociedad* 18(3). e5786.

RESUMEN:

En países en desarrollo, la brecha entre la existencia de guías clínicas y su aplicación efectiva limita la provisión de una atención segura y adecuada ante crisis suicidas. Ante esta realidad, surge el cuestionamiento sobre cómo influye el conocimiento médico del personal de salud en la aplicación de guías clínicas en situaciones de crisis suicida aguda. Por consiguiente, el objetivo del presente estudio es relacionar la aplicación de guías clínicas en la atención de crisis suicida aguda con el conocimiento médico del personal de salud en un Centro de Atención Ambulatorio Especializado de la ciudad de Quito, Ecuador. Se llevó a cabo un estudio no experimental, de tipo correlacional y diseño transversal. Los resultados evidenciaron un bajo nivel de conocimiento sobre las guías, escasa capacitación formal (42,6 %), aplicación irregular de los protocolos (12,8 % siempre; 21,3 % nunca) y barreras estructurales. Se concluye que la preparación clínica depende más del dominio técnico, la formación continua y la supervisión que de la experiencia acumulada.

Palabras clave: Suicidio, Salud mental, Médicos, Guías clínicas, Crisis suicida.

ABSTRACT:

In developing countries, the gap between the existence of clinical guidelines and their effective application limits the provision of safe and adequate care in suicide crises. Given this reality, the question arises as to how the medical knowledge of healthcare personnel influences the application of clinical guidelines in acute suicide crisis situations. Therefore, the objective of this study is to relate the application of clinical guidelines in the care of acute suicidal crises to the medical knowledge of healthcare personnel at a Specialized Outpatient Care Center in the city of Quito, Ecuador. A non-experimental, correlational, cross-sectional study was conducted. The results showed a low level of knowledge about the guidelines, limited formal training (42.6%), irregular application of protocols (12.8% always; 21.3% never), and structural barriers. It was concluded that clinical preparedness depends more on technical mastery, continuing education, and supervision than on accumulated experience.

Keywords: Suicide, Mental health, Physicians, Clinical guidelines, Suicidal crisis.



INTRODUCCIÓN

En los países en desarrollo, los sistemas de salud enfrentan limitaciones para responder de manera efectiva a las crisis psicopatológicas y a las conductas suicidas. En los entornos de atención de emergencia, la escasez de profesionales capacitados, la ausencia de protocolos estandarizados y la persistente estigmatización de los trastornos mentales amplían la brecha entre la demanda de atención y la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Estas limitaciones estructurales se agravan en escenarios de alta demanda asistencial, como los servicios de urgencias, donde las decisiones clínicas deben tomarse con rapidez y bajo presión (Moyon & Tumbaco, 2025).

Estas deficiencias evidencian fallas estructurales dentro de los sistemas de salud y, al mismo tiempo, ponen de manifiesto la brecha existente entre las directrices institucionales y su aplicación en la práctica clínica. A medida que se reconoce la urgencia de actuar frente a las crisis suicidas en situaciones de emergencia, se vuelve indispensable analizar por qué, pese a contar con instrumentos normativos y guías clínicas respaldadas por organismos internacionales, su puesta en marcha continúa siendo débil o fragmentada. Esta realidad, lejos de ser aislada, se repite en distintos países, en especial en América Latina, donde los desafíos en salud mental adquieren una gravedad particular debido a la elevada carga de enfermedad y la escasa cobertura de servicios comunitarios (Bottcher & Garay, 2021; Sander et al., 2021).

Esta situación se intensifica con el aumento de trastornos del ánimo, ansiedad e ideas suicidas, impulsadas por factores como la violencia, el desempleo juvenil y las secuelas de la pandemia (Páez et al., 2021). Fortalecer las capacidades clínicas en el primer nivel de atención resulta crucial, ya que es la puerta de entrada para los pacientes en crisis. La deficiencia de herramientas diagnósticas y la escasa formación técnica dificultan una intervención eficaz, lo que pone en riesgo tanto a los usuarios como al personal. Por esta razón, resulta urgente revisar los protocolos vigentes y garantizar procesos de capacitación continua que permitan una respuesta clínica adecuada.

En este escenario, evaluar cómo los médicos aplican las recomendaciones de las guías clínicas, en función de su nivel de conocimiento, permite identificar brechas en la práctica asistencial y diseñar estrategias de mejora adaptadas a las realidades institucionales de los países latinoamericanos. Según Moyon & Tumbaco (2025), la atención a las crisis psicopatológicas y conductas suicidas constituye una problemática prioritaria en el sistema de salud en Ecuador, en especial en los servicios de urgencias. Si bien el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha

emitido normativas como el Protocolo para la Evaluación e Intervención en Crisis Psicopatológicas y Conductas Suicidas, publicado en el año 2020, persisten notables brechas en su aplicación efectiva en la práctica clínica.

Estas falencias afectan la calidad de la atención y agravan los riesgos en entornos donde la salud mental ya enfrenta barreras estructurales. El suicidio, al figurar entre las principales causas de muerte en jóvenes y adolescentes, evidencia la importancia de implementar intervenciones más eficaces, sobre todo en zonas rurales y poblaciones en situación de exclusión. Desde esta perspectiva, se vuelve indispensable examinar cómo la formación del personal incide en la aplicación de las guías clínicas. Establecer esta relación permite identificar los puntos críticos del proceso asistencial que dificultan una atención adecuada. Este análisis ofrece la oportunidad de reformular estrategias institucionales, alineándolas con las condiciones reales y capacidades locales (Moyon & Tumbaco, 2025).

La creciente incidencia de conductas suicidas entre personas jóvenes en Ecuador refuerza la necesidad de generar evidencia local que oriente respuestas contextualizadas y eficaces desde el sistema de salud. En la provincia de Tungurahua en el Ecuador, los casos afectan principalmente a personas entre 15 y 29 años, siendo los conflictos familiares y afectivos los factores predominantes (Tamayo et al., 2022). Esta tendencia se refleja también en el ámbito universitario: entre los estudiantes de Medicina de la Universidad Politécnica de Chimborazo, del Ecuador, el 18,67 % presenta un riesgo alto de suicidio, asociado a la falta de apoyo social (Rosero-Ordóñez et al., 2023).

El suicidio se entiende como la muerte provocada de forma deliberada por la propia persona, resultado de un proceso que puede incluir ideación, intención y actos dirigidos a finalizar la vida, y se reconoce como un problema de salud pública prevenible, vinculado a trastornos psiquiátricos y factores de riesgo específicos, con manifestaciones que varían en gravedad, desde intentos previos hasta la persistencia de pensamientos suicidas (García-Haro et al., 2023). Cualquier signo de ideación o conducta autolesiva aumenta el riesgo futuro de muerte por suicidio, por lo que la evaluación debe considerar severidad e intención para establecer intervenciones eficaces.

El suicidio representa una de las principales causas de muerte evitable a nivel mundial, en particular entre adolescentes y adultos jóvenes. Este fenómeno, de naturaleza multifactorial, ha motivado la implementación de estrategias preventivas de tipo universal y selectivo, orientadas a reducir su incidencia y mitigar sus consecuencias

psicosociales y sanitarias (Salvo et al., 2021). Desde una perspectiva clínica, el enfoque actual ha evolucionado hacia una comprensión más precisa de los distintos momentos del riesgo suicida, reconociendo la crisis suicida aguda como una fase que demanda atención inmediata.

En este sentido, la crisis suicida aguda se define como el periodo en el que la ideación autolítica o la conducta suicida se manifiesta con intensidad y de forma disruptiva, que exige una intervención clínica urgente (Paricio-del Castillo et al., 2024). Los autores consultados coinciden en conceptualizar el suicidio como un evento prevenible y multicausal, que requiere tanto valoración clínica como acciones terapéuticas oportunas. La diferencia entre ellos radica en el enfoque: mientras algunos abordan el fenómeno desde una perspectiva general, otros se centran en las fases agudas que implican alto riesgo y atención prioritaria.

Las guías clínicas se han convertido en herramientas fundamentales para estandarizar el abordaje de las crisis suicidas en los distintos niveles de atención. Estas permiten estructurar la detección, evaluación e intervención, que prioriza la medición del riesgo y la identificación de factores asociados, como antecedentes de intentos, trastornos del estado de ánimo y la ausencia de redes de apoyo familiar o social (García-Haro et al., 2023). Si bien se reconoce que la idea suicida no predice siempre un desenlace fatal, persiste la necesidad de mejorar la precisión diagnóstica y reforzar la implementación sistemática de estas guías, tanto en hospitales como en atención primaria (Rosero-Ordóñez et al., 2023; Salvo et al., 2021).

La integración de estas pautas clínicas en la rutina de atención implica incorporar la detección activa en controles generales, capacitar al personal de salud, fortalecer los recursos disponibles y establecer rutas claras de derivación a salud mental. A la par, resulta prioritario mejorar los sistemas de información en los sectores público y privado para respaldar con evidencia la toma de decisiones preventivas y la investigación epidemiológica. La actualización periódica de las guías es esencial, dada la evolución constante del perfil clínico y social de los pacientes en riesgo.

En el caso de América Latina, diversos estudios han abordado la prevalencia del suicidio, los factores asociados y el impacto de las crisis humanitarias en su incremento. La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2021) reconoce al suicidio como un problema grave y prevenible, que exige estrategias integrales y multisectoriales. En la región, hay evidencia de un aumento del riesgo asociado a variables estructurales como el acceso limitado a servicios de salud, enfermedades

crónicas no tratadas, aislamiento, violencia, pérdidas familiares, trastornos psiquiátricos no diagnosticados y dificultades económicas persistentes (Salvo et al., 2021). Más del 80 % de los casos se relacionan con cuadros de depresión, ansiedad o trastorno bipolar, esto requiere intervenciones específicas y diferenciadas (García-Haro et al., 2023).

Existen dos modelos de abordaje identificados en la literatura. El modelo biomédico, centrado en el diagnóstico clínico, el tratamiento farmacológico y la hospitalización, y el modelo existencial-contextual, que incorpora la historia de vida del paciente, su entorno afectivo y el rol de la comunidad como red de protección (García-Haro et al., 2023). Ambos enfoques no son excluyentes y su integración resulta esencial para un abordaje integral.

En atención primaria, las guías clínicas recomiendan un protocolo estructurado que incluya la detección activa de ideación suicida, la evaluación clínica del riesgo, la estabilización médica inicial, la derivación oportuna a psiquiatría, la elaboración de planes de seguridad, la restricción del acceso a medios letales, el seguimiento continuo y la coordinación entre niveles de atención (Salvo et al., 2021). Esta estructura permite actuar de manera proactiva ante señales tempranas, pues se considera que muchas personas que fallecen por suicidio tuvieron contacto previo con servicios de salud, en particular con atención primaria.

La aplicación de estas guías mejora la detección temprana, y potencia la efectividad de intervenciones breves con seguimiento estructurado, que han demostrado reducir la ideación e incluso los intentos suicidas (Salvo et al., 2021). Asimismo, fomentan la capacitación continua del personal, promueven una visión multidisciplinaria del problema e impulsan una respuesta coordinada entre salud mental, medicina general, trabajo social y redes comunitarias.

No obstante, persisten retos: la ideación suicida continúa siendo poco referida de forma espontánea; no existen biomarcadores clínicos confiables para su diagnóstico; los grupos de riesgo requieren intervenciones focalizadas, y las derivaciones a psiquiatría no siempre se garantizan a tiempo. Por tanto, el éxito de cualquier estrategia preventiva depende de superar estas barreras mediante la asignación adecuada de recursos, la consolidación de redes de atención, la formación continua del personal sanitario y la integración efectiva de políticas de salud mental en todos los niveles del sistema (Corrêa et al., 2024).

En este sentido, la efectividad de las intervenciones para la prevención del suicidio depende de la existencia de guías clínicas y protocolos claros, además de un marco

legal y normativo robusto que garantice la implementación coordinada de políticas públicas. En Ecuador, este marco se ha estructurado a través de políticas integrales que forman parte de planes de salud mental más amplios, orientados a abordar factores de riesgo como el consumo nocivo de alcohol, la limitación del acceso a medios letales y la promoción de una comunicación responsable en los medios masivos.

A su vez, la experiencia de otros países de la región, como Chile, ha mostrado la importancia de contar con programas nacionales específicos que guíen y sistematicen las acciones de prevención a nivel país, respaldados por protocolos clínicos basados en evidencia y adaptados a los niveles de atención primaria. Este enfoque integral que combina políticas nacionales, lineamientos ministeriales y protocolos clínicos es fundamental para responder a la complejidad del fenómeno suicida, considerando tanto los aspectos clínicos como sociales y culturales que inciden en su manifestación y prevención (Salvo et al., 2021).

Así, se reconoce la importancia de implementar políticas de protección desde la primera infancia, donde se involucra a múltiples sectores y se fortalece servicios como la atención pediátrica y la psiquiatría infantil, en línea con los estándares internacionales de derechos humanos. De igual manera, se evidencia la necesidad de regular los contenidos donde los menores acceden en medios y plataformas digitales, dado que la exposición a mensajes nocivos puede exacerbar conductas impulsivas propias de la infancia y adolescencia.

Este panorama exige un abordaje interdisciplinario que supere el modelo biomédico tradicional, integrando dimensiones sociales, culturales y psicológicas para una comprensión y respuesta más completa y efectiva ante las problemáticas de salud mental, en particular las relacionadas con el suicidio (García-Haro et al., 2023).

El conocimiento médico es un componente central de la práctica clínica y se construye a partir de un conjunto de saberes teóricos, habilidades prácticas, actitudes éticas y fundamentos científicos que permiten brindar una atención segura, eficaz y centrada en el paciente. Este conocimiento abarca desde las ciencias clínicas que estudian enfermedades específicas, signos, síntomas, herramientas diagnósticas, opciones terapéuticas y pronóstico hasta la investigación científica, que aporta evidencia para sustentar las decisiones clínicas. Al mismo tiempo, integra competencias prácticas como la realización de exámenes físicos, interpretación de pruebas, ejecución de procedimientos, y la comunicación efectiva entre profesionales y pacientes. A la vez, incorpora principios éticos y de salud pública que promueven la justicia, la equidad

y la prevención de enfermedades. Así entendido, el conocimiento médico no es un ente aislado, sino una construcción dinámica que articula ciencia, técnica y humanismo, y que debe responder a los contextos cambiantes de salud individual y colectiva (Melzer et al., 2024).

La ética y el humanismo integran principios esenciales como la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia, junto con la consideración de los aspectos sociales, culturales y psicológicos que influyen en la enfermedad y su atención. Por otro lado, la salud pública y la prevención comprenden la comprensión de la salud poblacional, la epidemiología de las enfermedades, las estrategias preventivas, la promoción de hábitos saludables y la organización de los sistemas de salud. En conjunto, el conocimiento médico es un campo en constante evolución que une ciencia, arte y ética para responder a los retos de la salud humana y mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades.

Este conocimiento constituye la base de la práctica clínica, que proporciona a los profesionales las herramientas necesarias para identificar, diagnosticar y tratar enfermedades de manera precisa y segura. Sin embargo, limitar la atención exclusivamente a un enfoque biomédico puede restringir la comprensión de la complejidad inherente a muchos problemas de salud, en particular aquellos relacionados con la salud mental, donde intervienen múltiples dimensiones que trascienden lo biológico.

Un abordaje integral debe incorporar, junto con los aspectos fisiopatológicos, los determinantes psicosociales, culturales, familiares y ambientales que inciden en el proceso salud-enfermedad. Esto implica valorar condiciones de vida, redes de apoyo, experiencias traumáticas, contexto socioeconómico e historia personal del paciente, que integra estos factores en la evaluación clínica y el plan terapéutico (Paricio-del Castillo et al., 2024). Este enfoque holístico fomenta una práctica más humana, centrada en la persona y no solo en la enfermedad, que fortalece la relación médico-paciente, promueve la comunicación empática y reconoce la autonomía y preferencias individuales. Desde la perspectiva de la salud pública, contribuye a diseñar intervenciones preventivas más efectivas, al considerar la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la génesis y evolución de las enfermedades.

Por tanto, el conocimiento médico, combinado con la comprensión de factores psicosociales y contextuales, permite desarrollar estrategias de atención más completas, personalizadas y sostenibles, que buscan la curación o control de la enfermedad, y el bienestar integral y la mejora de la calidad de vida (Aguilar & Zegarra, 2022).

Los factores que determinan el conocimiento médico del personal de salud van más allá de la formación y experiencia inicial; responden a un entramado complejo de elementos interrelacionados que influyen en su adquisición, actualización y aplicación. La formación académica inicial provee las bases teóricas y científicas para comprender los procesos de salud y enfermedad, mientras que el aprendizaje continuo a través de cursos, especializaciones, residencias y educación médica permanente permite incorporar avances científicos, nuevas tecnologías y enfoques terapéuticos (García-Haro et al., 2023).

La experiencia clínica, a su vez, consolida y matiza este conocimiento, pues el contacto directo con pacientes en contextos variados enriquece las habilidades diagnósticas, la toma de decisiones y la capacidad de adaptación ante situaciones complejas. Esta experiencia se ve influenciada por la exposición a diversos entornos de atención hospitalarios, comunitarios, rurales, especializados que aportan perspectivas diversas y fortalecen la capacidad de respuesta en escenarios con distintos niveles de recursos.

Factores estructurales y culturales también inciden en la forma en que el conocimiento médico se adquiere y se aplica. Las políticas de salud vigentes establecen las prioridades asistenciales, condicionan la disponibilidad de recursos y definen las guías clínicas utilizadas en la práctica. Al mismo tiempo, las creencias sociales y las percepciones culturales sobre la salud y la enfermedad influyen tanto en la demanda de atención como en la manera en que los profesionales interpretan y emplean su conocimiento en contextos específicos (Moya et al., 2024).

MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente estudio se trabajó con un diseño de investigación no experimental, puesto que no se manipularon de forma deliberada las variables de interés y se observaron los fenómenos en su contexto natural (Hernández et al., 2014). El enfoque fue cuantitativo, lo que permitió medir y analizar de manera objetiva la relación entre la aplicación de guías clínicas en crisis suicida aguda y el nivel de conocimiento médico del personal de salud.

El alcance correspondió a un estudio correlacional, su propósito fue identificar el grado de asociación entre la aplicación de guías clínicas y el conocimiento del personal sanitario (Hernández et al., 2014).

La finalidad fue transversal, puesto que los datos se recolectaron en un solo momento, lo que permitió describir la relación entre las variables en un tiempo único (Hernández et al., 2014). Se emplearon distintos métodos

de análisis, el método analítico-sintético se aplicó en la construcción del marco teórico y en el análisis de los resultados, con la descomposición del fenómeno en partes y luego integrándolas para una visión global. El método inductivo-deductivo se utilizó en el abordaje de la problemática y el marco teórico, se parte de hechos particulares hacia conclusiones generales y, a la vez, con la aplicación de principios generales en el análisis de los hallazgos (Rodríguez & Pérez, 2017).

La investigación adoptó la modalidad de estudio de caso, realizada en un Centro de Atención Ambulatoria Especializado de la ciudad de Quito- Ecuador. Este enfoque permitió examinar el fenómeno en su contexto real, que considera que los límites entre las variables y el entorno no siempre fueron claros, lo que requirió integrar diferentes fuentes de información.

La población estuvo conformada por 47 profesionales de salud: médicos generales (2), médicos psiquiatras (6), médico internista (1), médicos en formación de posgrado (4), psicólogos clínicos (5), terapeuta ocupacional (1), personal de enfermería (3), odontólogo (1), tecnólogos médicos (2) y auxiliares de enfermería (16). Se incluyó a los trabajadores que participaron en la atención de pacientes con crisis suicida aguda.

La técnica aplicada en este estudio fue la encuesta, una herramienta eficaz para la recolección de datos cuantitativos de forma sistemática. Esta técnica permitió obtener información relevante sobre la percepción y aplicación de guías clínicas por parte de los profesionales participantes.

El instrumento utilizado fue la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), adaptado para evaluar específicamente la aplicación de guías clínicas. El cuestionario estuvo compuesto por cuatro apartados: A) información sociodemográfica, B) conocimiento de guías clínicas, C) aplicación en la práctica profesional y D) percepción de necesidades de capacitación. Las respuestas se recogieron mediante una escala tipo Likert, con un rango de 0 a 6, que permite valorar con mayor precisión los niveles de acuerdo o frecuencia según cada ítem.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de la plataforma *Google Forms*, lo que facilitó el acceso remoto y la participación voluntaria de los encuestados. Previo al levantamiento de información, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, para asegurar que comprendieran los objetivos del estudio y su derecho a participar de manera libre y voluntaria. Se garantizó además la anonimización y confidencialidad de los datos, así cumplir con los principios éticos fundamentales en la investigación científica.

Los datos recopilados fueron ingresados y procesados en el software estadístico JASP, ello permitió realizar el análisis correlacional propuesto, en función del objetivo y la hipótesis previamente definidos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, los hallazgos presentados permiten comprender la relación entre el conocimiento médico del personal de salud y la aplicación de guías clínicas en la atención de crisis suicida aguda, se destaca los aspectos más relevantes que contribuyen al análisis de la problemática abordada.

Los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk aplicada a 47 participantes evidencian que todas las variables presentan valores de significancia menores a 0,001, lo que confirma la ausencia de distribución normal. Los coeficientes, que fluctúan entre 0,206 y 0,886, evidencia desviaciones en aspectos sociodemográficos, conocimientos y prácticas sobre las guías clínicas en crisis suicidas.

La moda en la variable edad corresponde a 25 años, lo que indica que esta fue la edad más frecuente dentro del grupo. En cuanto al sexo, la categoría predominante fue el femenino, ello evidencia mayor participación de mujeres en el estudio. Respecto a la profesión, la categoría más frecuente registrada fue otro, indica la presencia de participantes con formaciones distintas a las categorías principales establecidas. En cuanto a la experiencia en salud mental, predominó un año (1,011).

Los resultados muestran que el 59,6% de los participantes afirma conocer la existencia de guías clínicas oficiales para la atención de crisis suicida aguda, mientras que el 40,4% manifiesta desconocerlas. Esto evidencia que más de la mitad del personal encuestado está al tanto de la existencia de dichos lineamientos, aún persiste una proporción considerable que carece de este conocimiento, ello representa una limitación para la aplicación estandarizada de protocolos en la atención de emergencias relacionadas con conductas suicidas.

Los hallazgos evidencian que solo el 42,6% de los encuestados ha recibido capacitación formal sobre el manejo de crisis suicida, mientras que la mayoría, equivalente al 57,4%, no cuenta con dicha formación. Esta situación representa una brecha en la preparación profesional, lo que puede limitar la adecuada aplicación de protocolos y estrategias en la atención de estas emergencias de salud mental.

El 29,8% de los participantes conoce los pasos recomendados en la guía clínica para la evaluación de riesgo suicida, mientras que un 31,9% los conoce de manera parcial y un 38,3% los desconoce por completo. Esta distribución evidencia un nivel de conocimiento limitado e incompleto sobre un aspecto esencial del abordaje clínico, lo que podría afectar la identificación temprana y adecuada del riesgo suicida en la práctica profesional (Figura 1).

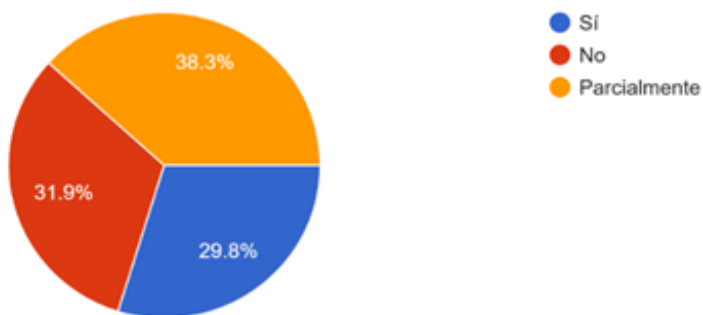


Fig 1: Conocimiento de los pasos recomendados en la guía clínica para la evaluación de riesgo suicida.

El 21,3% de los encuestados está familiarizado con las intervenciones de seguridad inmediatas según las guías clínicas, mientras que un 34% manifiesta conocerlas de manera parcial y un 44,7% reconoce no estar familiarizado. Se evidencia una brecha entre el conocimiento y aplicación de medidas críticas para la seguridad del paciente.

Los hallazgos muestran que solo el 31,9% de los encuestados conoce los criterios de derivación a niveles de atención superiores según las guías clínicas, otro 31,9% indica conocerlos de forma incompleta y un 36,2% reconoce que los desconoce en su totalidad (ver tabla 1). La mayoría del personal de salud no posee un dominio pleno de estos criterios, situación que puede limitar la capacidad de garantizar una derivación oportuna y adecuada en casos de crisis suicida.

Tabla 1: Conocimiento sobre criterios de derivación a niveles superiores según las guías.

¿Conoce los criterios de derivación a niveles de atención superiores según las guías?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	31,9	31,9	31,9
Parcialmente	15	31,9	31,9	63,8
No	17	36,2	36,2	100
Total	47	100		

El 31,9% de los participantes conoce las recomendaciones sobre seguimiento y monitoreo posterior a una crisis suicida, mientras que otro 31,9% las conoce de forma incompleta y un 36,2% las desconoce en su totalidad. La falta de conocimiento pleno en este aspecto esencial por parte de más de dos tercios del personal de salud podría dificultar la continuidad del cuidado y aumentar el riesgo de recurrencia en pacientes vulnerables.

Los resultados demuestran que solo un 12,8% de los encuestados aplica siempre las guías clínicas al atender una crisis suicida aguda y un 25,5% lo hace con frecuencia, mientras que la mayoría las utiliza de manera esporádica (40,4%) o nunca (21,3%) (ver tabla 2). Esta distribución evidencia una aplicación irregular y limitada de los protocolos, ello resalta la importancia de fortalecer la capacitación, supervisión y condiciones de trabajo para garantizar una atención estandarizada y oportuna en situaciones de alto riesgo.

Tabla 2: Aplicación regular de guías clínicas en la atención de crisis suicidas agudas.

Aplica regularmente las guías clínicas al atender una crisis suicida aguda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	6	12,8	12,8	12,8
Frecuentemente	12	25,5	25,5	38,3
A veces	19	40,4	40,4	78,7
Nunca	10	21,3	21,3	100
Total	47	100		

El 57,4% de los encuestados considera que las guías clínicas facilitan de forma total la toma de decisiones durante una crisis suicida, mientras que un 6,4% percibe esta utilidad solo de manera parcial y un 36,2% no las considera un apoyo efectivo.

Los resultados muestran que solo el 10,6% de los encuestados cuenta con el tiempo suficiente para aplicar con exactitud los pasos de la guía clínica, mientras que el 40,4% lo logra de manera parcial y el 48,9% manifiesta no disponer de tiempo. Esto evidencia que las limitaciones de carga laboral y presión asistencial representan una barrera para la implementación adecuada de las guías.

El 61,7% considera que las guías no son claras ni comprensibles, frente a un 29,8% que las entiende por completo y un 8,5% parcialmente. Una amplia mayoría (76,6%) reporta haber enfrentado dificultades al aplicar las guías clínicas en la atención real, en contraste con un 23,4% que no ha tenido inconvenientes. Esto indica que las guías que se encuentran diseñadas para estandarizar procesos encuentran obstáculos prácticos en su ejecución.

Entre las dificultades reportadas, la más frecuente fue la falta de tiempo (34%), seguida por la poca capacitación (23,4%), la opción otros (23,4%), la falta de recursos (10,6%) y la resistencia del paciente (8,5%). Estos factores evidencian que las limitaciones son tanto organizativas como formativas y relacionadas con el entorno.

El 72,3% considera que la aplicación de las guías mejora la seguridad del paciente durante una crisis suicida, mientras que un 21,3% no lo percibe así y un 6,4% lo reconoce parcialmente. Este dato evidencia la confianza general en las guías como herramienta para garantizar la atención segura, a pesar de que no de manera unánime. Los hallazgos muestran que el 76,6% no recibe retroalimentación ni supervisión sobre la correcta aplicación de las guías clínicas, frente a un 23,4% que sí la obtiene. Esto denota la ausencia de mecanismos de evaluación y acompañamiento institucional, que limita la mejora continua de la práctica profesional.

El 57,4% de los participantes no se siente preparado para atender de forma adecuada una crisis suicida, un 25,5% lo que se evidencia de forma parcial y apenas el 17% se considera preparado en su totalidad. Esto denota una necesidad urgente de fortalecer las competencias clínicas del personal de salud. La mayoría casi absoluta (95,7%) considera necesario recibir capacitaciones adicionales sobre guías clínicas en crisis suicida, frente a un reducido 4,3% que no lo cree necesario. Este hallazgo confirma la alta demanda de formación continua para mejorar la atención en salud mental y el uso efectivo de protocolos clínicos.

Evaluación de la aplicación de guías clínicas en la atención de crisis suicida aguda, en función del conocimiento médico del personal de salud

Los resultados muestran que la experiencia en salud mental presenta una correlación negativa con el conocimiento de recomendaciones de seguimiento ($\rho=-0,319$; $p=0,029$) y con las dificultades reportadas ($\rho=-0,355$; $p=0,014$), lo que revela que los profesionales con más trayectoria enfrentan menos barreras y pueden presentar una menor actualización en aspectos de seguimiento. La aplicación de guías clínicas se relaciona de forma sólida con el conocimiento de su existencia ($\rho=0,507$; $p<0,001$), la formación recibida ($\rho=0,525$; $p<0,001$) y el dominio de los pasos de evaluación de riesgo ($\rho=0,411$; $p=0,004$). La formación estructurada y el acceso a protocolos oficiales constituyen pilares para el uso efectivo de las guías.

Las competencias técnicas presentan un patrón de interconexión: la familiaridad con intervenciones de seguridad se asocia tanto al conocimiento de los pasos de evaluación ($\rho=0,491$; $p<0,001$) como a los criterios de derivación ($\rho=0,472$; $p<0,001$), mientras que el dominio de la evaluación de riesgo se vincula al conocimiento de seguimiento posterior ($\rho=0,299$; $p=0,041$). La claridad de las guías clínicas se asocia con el conocimiento de derivación ($\rho=0,319$; $p=0,029$) y de seguimiento ($\rho=0,394$; $p=0,006$), lo que confirma que la percepción de claridad favorece la comprensión y aplicación en escenarios reales.

Por otra parte, la retroalimentación y supervisión mantienen relaciones significativas con el conocimiento de guías ($\rho=0,455$; $p=0,001$), el seguimiento ($\rho=0,326$; $p=0,025$), la aplicación regular ($\rho=0,416$; $p=0,004$) y la percepción de claridad ($\rho=0,453$; $p=0,001$).

Estos resultados evidencian la importancia de implementar sistemas de evaluación continua que fortalezcan la adherencia a los protocolos clínicos. En particular, los indicadores de preparación para la atención de crisis suicidas agudas presentan las correlaciones más elevadas: evaluación del riesgo ($\rho = 0,514$; $p < 0,001$), intervenciones de seguridad ($\rho = 0,466$; $p < 0,001$), criterios de derivación ($\rho = 0,422$; $p = 0,003$) y seguimiento posterior ($\rho = 0,468$; $p < 0,001$) (véase Tabla 3). En conjunto, los hallazgos infieren que la preparación percibida se sustenta en el dominio técnico y en la práctica supervisada, más que en los años de experiencia acumulados, esto resalta la necesidad de fortalecer los procesos de formación continua y el acompañamiento clínico en el personal de salud.

Tabla 3: Correlaciones de Spearman entre variables sociodemográficas, capacitación y aplicación de guías clínicas en crisis suicida aguda.

Variables relacionadas	Rho de Spearman	Valor p
Años de experiencia en salud mental ↔ Conoce recomendaciones sobre seguimiento	-0,319	0,029
Profesión ↔ Conoce pasos de evaluación de riesgo	0,292	0,047
Familiaridad con intervenciones de seguridad ↔ Conoce pasos de evaluación de riesgo	0,491	<0,001
Familiaridad con intervenciones de seguridad ↔ Conoce criterios de derivación	0,472	<0,001
Conoce pasos de evaluación de riesgo ↔ Conoce seguimiento posterior	0,299	0,041
Aplica regularmente guías ↔ Conoce existencia de guías oficiales	0,507	<0,001

Aplica regularmente guías ↔ Ha recibido capacitación	0,525	<0,001
Aplica regularmente guías ↔ Conoce pasos de evaluación de riesgo	0,411	0,004
Aplica regularmente guías ↔ Profesión	0,36	0,013
Guías clínicas claras ↔ Conoce criterios de derivación	0,319	0,029
Guías clínicas claras ↔ Seguimiento posterior	0,394	0,006
Dificultades ↔ Profesión	0,366	0,011
Dificultades ↔ Años de experiencia	-0,355	0,014
Dificultades ↔ Aplicación regular de guías	0,358	0,013
Principales dificultades ↔ Años de experiencia	-0,365	0,012
Principales dificultades ↔ Ha recibido capacitación	0,332	0,023
Principales dificultades ↔ Aplicación regular de guías	0,463	0,001
Seguridad del paciente ↔ Conoce existencia de guías oficiales	0,335	0,021
Seguridad del paciente ↔ Aplica regularmente guías	0,396	0,006
Retroalimentación ↔ Conoce existencia de guías oficiales	0,455	0,001
Retroalimentación ↔ Conoce seguimiento posterior	0,326	0,025
Retroalimentación ↔ Aplica regularmente guías	0,416	0,004
Retroalimentación ↔ Guías clínicas claras	0,453	0,001
Preparación para crisis ↔ Conoce pasos de evaluación de riesgo	0,514	<0,001
Preparación ↔ Familiaridad con intervenciones de seguridad	0,466	<0,001
Preparación ↔ Conoce criterios de derivación	0,422	0,003
Preparación ↔ Conoce seguimiento posterior	0,468	<0,001

Comprobación de la hipótesis: los hallazgos del presente estudio confirman que el conocimiento médico del personal de salud se relaciona de manera significativa y positiva con la aplicación de guías clínicas en la atención de crisis suicida aguda. La evidencia empírica demuestra que la existencia de protocolos es determinante, al igual que el grado de familiaridad, formación técnica y supervisión clínica que el personal ha recibido. Las correlaciones encontradas entre el conocimiento de componentes como la evaluación del riesgo, las intervenciones de seguridad, los criterios de derivación y el seguimiento posterior y su aplicación efectiva reflejan una preparación clínica sustentada en competencias técnicas más que en la experiencia acumulada.

DISCUSIÓN

El análisis comparativo de la guía de práctica clínica colombiana (Restrepo et al., 2024) y el presente estudio desarrollado en un Centro de Atención Ambulatoria en la ciudad de Quito, permite observar coincidencias y divergencias relevantes que enriquecen la comprensión sobre la aplicación de guías clínicas en crisis suicida. Ambos estudios coinciden en señalar que la sola existencia de protocolos no garantiza su impacto en la práctica clínica, pues este depende en gran medida del nivel de capacitación del personal de salud, la claridad de las recomendaciones, la disponibilidad de recursos y la existencia de mecanismos de supervisión y retroalimentación. En la experiencia colombiana, evaluada con herramientas internacionales como AGREE-II y AGREE-REX, se identifican fortalezas en dominios como claridad y aplicabilidad, así como también debilidades en la participación de pacientes, la inclusión de perspectivas diversas y la revisión externa de expertos, aspectos que limitan la credibilidad y adaptabilidad de la guía. En contraste, el estudio ecuatoriano, con un enfoque empírico y correlacional, evidencia brechas más operativas y contextuales: más del 57% del personal no ha recibido capacitación formal en crisis suicida, el 61,7% considera las guías poco claras, el 76,6% no recibe retroalimentación sobre su desempeño y la mayoría reporta dificultades ligadas al tiempo insuficiente, la sobrecarga asistencial y la ausencia de supervisión institucional.

Una diferencia esencial es que en Colombia la guía fue considerada recomendable con modificaciones, lo que establece la necesidad de ajustes metodológicos, mientras que en el estudio desarrollado en el Centro Ambulatorio Especializado de la ciudad de Quito, Ecuador, se demuestra, mediante análisis estadísticos como la prueba de

chi-cuadrado y correlaciones de Spearman, que la capacitación y el conocimiento técnico guardan una relación significativa con la aplicación efectiva de las guías, lo que aporta evidencia cuantitativa sobre la importancia de invertir en formación continua. En los dos estudios, se reconoce la centralidad de cuatro ejes clínicos: evaluación del riesgo, intervenciones de seguridad inmediata, criterios de derivación y seguimiento posterior, como pilares del abordaje integral de la crisis suicida, pese a que en Ecuador persiste un déficit de conocimiento en derivación y seguimiento en más de un tercio de los profesionales, lo que representa un riesgo para la continuidad del cuidado y la prevención de recurrencias.

En contraste, entre el estudio de Corrêa et al. (2024) y la investigación desarrollada en Centro Ambulatorio Especializado de la ciudad de Quito, ofrece una visión amplia sobre los desafíos y oportunidades en la prevención y el manejo de la conducta suicida. Ambas investigaciones coinciden en señalar que la capacitación del personal de salud es un eje fundamental para fortalecer la respuesta clínica, y que se requiere la disponibilidad de guías claras procesos de retroalimentación y estrategias pedagógicas que aseguren el desarrollo de competencias técnicas y actitudinales en escenarios de alta complejidad.

En el caso de Brasil (Corrêa et al., 2024), la elaboración y validación de un guion de simulación clínica en entorno virtual alcanza niveles de aceptación superiores al 80%, lo que demuestra su potencial como recurso innovador y adaptable para la enseñanza, con un enfoque que integra aspectos tecnológicos, pedagógicos y clínicos para la identificación temprana de señales de riesgo y la comunicación segura en redes sociales virtuales. El estudio realizado en el Centro de Atención Ambulatorio de la ciudad de Quito de carácter correlacional y transversal revela limitaciones en la práctica cotidiana, más de la mitad no recibe capacitación formal, la mayoría percibe las guías como poco claras, tres cuartas partes no cuentan con retroalimentación y menos de una quinta parte aplica de manera sistemática los protocolos. Además de evidenciar que la preparación clínica depende más del dominio técnico que de los años de experiencia acumulados. Las pruebas estadísticas confirmaron asociaciones significativas entre formación, claridad de las guías, retroalimentación y aplicación efectiva.

CONCLUSIONES

Las crisis suicidas en países en desarrollo ponen en manifiesto una brecha entre la existencia de guías clínicas y su aplicación efectiva, condicionada por la falta de capacitación, recursos y supervisión. En América Latina, y en particular en Ecuador, esta limitación impacta de manera

crítica en adolescentes y jóvenes, quienes enfrentan un riesgo elevado de suicidio.

Las guías clínicas para el manejo de la crisis suicida aguda constituyen un eje fundamental para estandarizar la detección, evaluación y atención integral del riesgo suicida. La evidencia señala que el suicidio es prevenible y multicausal, persisten limitaciones en la detección activa de ideación, en la derivación oportuna y en la formación del personal de salud.

El conocimiento médico es un pilar esencial de la práctica clínica, cuya efectividad depende de integrar la formación académica, la experiencia profesional y los determinantes psicosociales, culturales y estructurales que influyen en el proceso salud-enfermedad. Un enfoque de carácter biomédico resulta insuficiente, en particular en salud mental, donde factores sociales y emocionales son decisivos.

La combinación de ciencia, ética y humanismo permite una atención integral y centrada en la persona, esto favorece intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas. La actualización continua, la práctica en contextos diversos y el respaldo de políticas sanitarias fortalecen la aplicación del conocimiento médico, para asegurar mayor equidad, calidad y sostenibilidad en la atención.

Los hallazgos evidencian que la aplicación efectiva de guías clínicas en la atención de crisis suicida aguda depende más del dominio técnico, la capacitación y la práctica supervisada que de los años de experiencia acumulados. La formación estructurada, el conocimiento de protocolos oficiales y la retroalimentación continua se consolidan como factores determinantes para garantizar una intervención oportuna y segura. En este contexto, se confirma que la estandarización de procesos y el acompañamiento institucional son pilares indispensables para mejorar la seguridad del paciente y reducir la variabilidad en la atención frente a conductas suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, L., & Zegarra, D. (2022). An explanatory model of suicidal ideation based on family functionality and mental health. *Revista de Psicología*, 8. <https://doi.org/10.24016/2022.v8.260>
- Bottcher, R., & Garay, C. (2021). Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio. *Pensamiento Psicológico*, 21(1), 61–78. <https://doi.org/10.18682/pd.v21i1.4199>

- Corrêa Matias Pereira, C., Silva, A. C., Silva Pedrollo, L. F., & Giacchero Vedana, K. (2024). Suicide prevention in a virtual environment: A roadmap for simulation-based education. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4158. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TPG/P87pWywBY9n4MY775XVR/?lang=en>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., Blanco de Tena-Dávila, E., Aranguren Rico, P., Martínez Sallent, M., Barrio-Martínez, S., & Sánchez Pérez, M. T. (2023). Suicidio más allá del diagnóstico: Un enfoque centrado en la persona y su circunstancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 47–71. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352023000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Melzer, L., Forkmann, T., & Teismann, T. (2024). Suicide crisis syndrome: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(3), 556–574. <https://doi.org/10.1111/sltb.13065>
- Moya, P., Toro, C., Vidal, C., & Sierra, S. (2024). Atención de urgencia por ideación suicida en Chile, periodo 2020 al 2022 [Emergency care for suicidal ideation in Chile, period 2020 to 2022]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 35(5–6), 520–527. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.08.006>
- Moyon Ureta, J. S., & Tumbaco Constante, L. F. (2025). Atención en crisis psiquiátricas: Evaluación y manejo en el área de emergencias del Hospital General “Dr. Verdi Cevallos Balda”. *Código Científico Revista De Investigación*, 6(E1), 1134–1154. <https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v6/nE1/741>
- Páez Silva, G. A., Trejo, Y., Rondón, K., & Gulfo, N. (2021). Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. URVIO. *Revista Latinoamericana De Estudios De Seguridad* (31), 90–108. <https://doi.org/10.17141/urvio.31.2021.4649>
- Paricio-del Castillo, R., del Sol-Calderón, P., García-Murillo, L., Mallo-Castaño, L., Pascual-Aranda, A., & Palanca-Maresca, I. (2024). Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19: Análisis de un fenómeno trágico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 19–45. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352024000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Restrepo, D., Zapata, A., Escobar, J., Mejía, D., Rodríguez, D., Vargas, O., & Vélez, L. (2024). Valoración crítica de la guía de práctica clínica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.008>
- Rodríguez Jiménez, A., & Pérez Jacinto, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Ean*, (82), 175–195. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
- Rosero-Ordóñez, S. F., Reinoso-Guadalupe, D. R., & Flores-Brito, P. R. (2023). Evaluación de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(13), 15–27. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2297>
- Salvo, L., Florenzano, R., & Gómez, A. (2021). Initial assessment and management of suicidal ideation and suicide attempts in primary care. *Revista Médica de Chile*, 149(6), 913–919. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000400913>
- Sander, L. B., Lemor, M.-L., Van der Sloot, R. J. A., De Jaegere, E., Büscher, R., Messner, E.-M., Baumeister, H., & Terhorst, Y. (2021). A systematic evaluation of mobile health applications for the prevention of suicidal behavior or non-suicidal self-injury. *Frontiers in Digital Health*, 3, 689692. <https://doi.org/10.3389/fd-gth.2021.689692>
- Tamayo Viera, J. O., Pérez Yauli, V. L., Molina Arcos, I. A., & Arroba Freire, E. M. (2022). Caracterización del suicidio y su incidencia en la provincia de Tunurahua: Estudio descriptivo y análisis estadístico. *Revista Científica UISRAEL*, 9(1), 81–99. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n1.2022.467>
- World Health Organization. (2019). Suicide worldwide in 2019. WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3bd4ac79-4347-420e-b675-948d36ab3d90/content>