



Resolución Directoral

Lima, 25 de agosto de 2022

VISTO:

La HETD N° 22-13702-1 y 2, conteniendo el Memorando N° 0646-2022-DEEMSC/INMP, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que adjunta el Memorando N° 0375-2022-DSC/INMP, de fecha 07 de julio de 2022, de la Jefe del Departamento de Servicios Complementarios, quien remite el Memorando N° 079 y 094-2022-SPS-INMP, de fecha 07 de julio y 10 de agosto de 2022, ambos de la Jefe del Servicio de Psicología; Memorando N° 548-2022-DEOG/INMP, de fecha 24 de junio de 2022, del Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Perinataología; Informe N° 025-OGC-INMP-2022, de fecha 19 de julio de 2022, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad; Memorando N° 1184-2022-OEPE/INMP, de fecha 17 de agosto de 2022, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que adjunta el Informe N° 038-2022-UFO-OEPE-INMP, de fecha 22 de julio de 2022, de la Unidad Funcional de Organización a su cargo.



CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad;

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la precita normativa legal, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. La atención de la salud mental considera el modelo de atención comunitaria, así como el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación, y el abordaje intercultural, que erradique la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental;

Que, de conformidad con el artículo 7° de la Ley de Salud Mental, el derecho a la salud mental en el marco de lo establecido por el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, toda persona, sin discriminación alguna, tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; así como el acceso a prestaciones de salud mental

adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 033-2015-SA, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11° de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental mismo que tiene como objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;



Que, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;



Que, de conformidad con el tercer párrafo del artículo 5° del precitado Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;



Que, asimismo el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, el Director Médico del Establecimiento de Salud deben asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, con Que, mediante Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, como finalidad mejorar el estado de salud de la población peruana, instituyendo el cuidado integral de la salud mental con protección de derechos, garantizando una oferta de servicios comunitarios suficientes y articulados en las redes de salud, para la promoción de la salud mental, así como la disminución de riesgos, daños, discapacidad y mortalidad prematura por problemas de salud mental;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01, Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante Encuesta Poblacional, con la finalidad es contribuir a la prevención y control de los problemas de salud mental, a la generación de información epidemiológica oportuna de los establecimientos de salud y de la población peruana, así como a la toma de decisiones en la planificación de servicios e intervenciones;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que tiene entre, sus objetivos específicos, la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud. En el numeral 6.1.3 del citado dispositivo legal, se precisa a la Guía Técnica, como "(...) el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades, y al desarrollo de una buena práctica. Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario. (...)";

Que, la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, aprobada con la Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, de fecha 14 de mayo de 2015, tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo

beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, la referida NTS, en su numeral 5.1. señala que Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica; por lo que los Establecimientos de Salud Categoría II-1 al III-2, pueden elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con las GPC del nivel nacional o regional, en lo que corresponda, según lo señalado en el numeral 6.7. sub numeral 6.7.1. de la indicada NTS;

Que, asimismo mediante la Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, el cual tiene como finalidad de Contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local, con el objetivo de Estandarizar la metodología para la generación de GPC en los establecimientos de salud públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de una GPC de calidad, basada en la mejor evidencia disponible;



Que, en cuanto a la conducta suicida, mediante la Resolución Ministerial N° 648-2006/MINSA, entre otras se aprobó la Guía de Práctica Clínica, en Conducta Suicida, la cual define a la conducta suicida como una condición clínica que consiste en el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto del suicidio consumado, se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos;



Que, mediante el documento de vistos el Director Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, en atención al Memorando N° 0375-2022-DSC/INMP, de fecha 07 de julio de 2022, de la Jefe del Departamento de Servicios Complementarios y el Memorando N° 079-2022-APS-INMP, de fecha 07 de julio de 2022, de la Jefe del Servicio de Psicología a través del cual remiten la Guía de Técnica para la Prevención e Intervención de la Conducta Suicida en pacientes Hospitalizadas y Atendidas por Consulta Externa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con la finalidad de contribuir en la prevención, detección y atención del comportamiento suicida durante el embarazo en el Perú, mediante una atención integral para el cuidado de las pacientes;



Que, la Oficina de Gestión de la Calidad, quien a través del Informe N° 025-OGC-INMP-2022, de fecha 19 de julio de 2022, emite opinión en relación al proyecto de la mencionada guía técnica, en el cual concluye que este documento cuenta con la estructura técnica establecida en la normativa vigente y sus contenidos han sido ajustados de acuerdo al análisis del usuario, por lo que debe ser aprobado;



Que, asimismo, la mencionada guía ha sido revisada por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico quien a través del documento de vistos informa que la referida guía se ajusta a la normativa vigente, por lo que recomienda su aprobación, en tal sentido es conveniente emitir la presente Resolución;

Con la opinión favorable del Director Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación de la Oficina de Asesoría Jurídica y en armonía de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Ministerial N°006-2022/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la **“Guía Para la Prevención e Intervención de la Conducta Suicida en Pacientes Hospitalizadas y Atendidas por Consulta Externa”** del Departamento de Servicios Complementarios de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios del Instituto Nacional Materno Perinatal, la misma que cuenta con ocho (08) numerales lo que hace un total de treinta y cuatro (34) páginas y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: La Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, conjuntamente con la Jefatura del Departamento de Servicios Complementarios y el Servicio de Psicología, garantizarán el cumplimiento de las referida Guía del Procedimiento Médico, aprobado artículo precedente de acuerdo a lo establecido en la normativa mencionada en la presente resolución y demás normativa al respecto.

ARTÍCULO TERCERO: Dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la presente resolución

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



FDAP/CHR/RNVC
C.C.

- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría jurídica
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología
- Departamento de Servicios Complementarios
- Oficina de Estadística e Informática (Púb. Pág. Web)
- Archivo.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta
C.M.P. 19726 - R.N.E. 9170
DIRECTOR DE INSTITUTO





PERÚ Ministerio
de Salud



**GUÍA PARA LA PREVENCIÓN E
INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA
SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS
Y ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA**

SERVICIO DE PSICOLOGIA

LIMA, 2021

Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía para la prevención e intervención de la conducta suicida en pacientes hospitalizadas y atendidas por consulta externa. Ministerio de Salud del Perú, 2021

SERVICIO DE PSICOLOGIA

Autores

Lic. Esp. Ana Maria Mejía Muñoz

Lic. Esp. Ermes Manco Ávila

Lic. Esp. Gloria Barba Aymar

Lic. Esp. David Palacios Monteagudo

Mg. Jimmy Orihuela Salazar

Mg. Juan Artica Martínez

Lic. Luisa Moreno Valles

Lic. Daniel Silva Dominguez

Lic. Isabel Huaranca Berrocal

Lic. Cynthia Torrejon Fernández



Jr. Santa Rosa Nro: 941 - Cercado de Lima
Telf.: (51) 1-328-1370 / 328-1012 / 328-1510 / 328-1003 / 328-1380
Lima 1 - Perú
mesadepartevirtual@iemp.gob.pe

PRESENTACION

Datos de la Organización mundial de la Salud (OMS, 2021) reportan la existencia de casi 703 mil casos de suicidio, consumados, por año; siendo la población entre los 15 y 19 años aquellos quienes presentan mayor riesgo de realizar comportamientos o intentos suicidas, más aún aquellos que proviene de países de bajos y medianos ingresos (77%). La gran mayoría de estos casos se encuentran relacionados a la presencia de un trastorno mental, agudo, como la depresión, abuso de alcohol, entre otros; no obstante cifras actuales indican que la crisis producida por la pandemia, agravo diversos problemas sociales y económicos generando un impacto negativo en la salud, y percepción de vulnerabilidad en las personas, aumentando significativamente la presencia de otros factores de riesgo como conflictos en los hogares, violencia, perdida del empleo, etc.

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSa, 2021) reporto solo en los cuatro meses iniciales del año más de 200 casos de suicidio, indicando que, si bien la cantidad de casos anuales aumentan continuamente respecto al anterior, debido a la pandemia existe un aumento en la incidencia y prevalencia de casos. Estos datos se reflejan en los casi 313 500 casos de depresión diagnosticados durante la pandemia, incrementando en 12% la tasa de depresión, a causa de los cambios y restricciones producidas desde el inicio del estado de emergencia.

Hoy en día no existen datos claros y específicos referentes a la frecuencia de conducta suicida durante la gestación y maternidad, sin embargo, durante las funciones de evaluación, diagnóstico y tratamiento a las pacientes, hospitalizadas o atendidas por consultorios externos, por el servicio de psicología se han reportado casos con antecedentes de tratamientos previos a causa de la conducta suicida, o momentos críticos donde la paciente presenta deseos de terminar con su vida durante la atención. Ante lo cual es necesario la elaboración de guías de atención a esta problemática, basado en las experiencias y avance propuesto por la comunidad científica, para el desarrollo de una mejor eficiencia en el tratamiento multidisciplinario y generar reportes claros respecto a su dimensión.

INDICE

1.FINALIDAD	05
2. OBJETIVO	05
3. AMBITO DE APLICACIÓN	05
4. BASE LEGAL	05
5. DISPOSICIONES GENERALES	06
5.1. Definiciones operativas	06
5.2. Etiologia	06
5.3. Aspectos Epidemiologicos	07
5.4. Factores de riesgo	09
5.5. Salud materno perinatal y suicidio	09
6. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS	11
6.1. Cuadro clinico	11
6.1.1 Signos y Sintomas	11
6.2. Diagnostico	12
6.2.1 Criterios Diagnosticos	14
6.2.2. Diagnostico Diferencial	15
6.3. Instrumentos de Evaluacion	16
6.4. Manejo según el nivel de complejidad	16
6.5. Complicaciones	24
6.6. Criterios de referencia y contrareferencia	24
6.7. Fluxograma	25
7. ANEXOS	26
10. Bibliografia	29

1. FINALIDAD

La presente guía tiene como finalidad contribuir en la prevención, detección y atención del comportamiento suicida en el Perú, mediante una atención integral para el cuidado de las pacientes.

2. OBJETIVO

Desarrollar estrategias operativas para la prevención, evaluación y tratamiento en pacientes con intención y/o conducta suicida en pacientes atendidas por hospitalización y consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía aplicación se dará en establecimientos de salud, materno perinatal, en el ámbito nacional con el fin de garantizar un cuidado integral a las personas que presenten comportamiento suicida.

4. BASE LEGAL

- Resolución Ministerial N°648-206/MINSA, que aprueba la Guía de Práctica clínica en conducta suicida. Disponible en : <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>
- Resolución Ministerial N°496-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°071-MINSA/CDC "Directiva para la vigilancia de problemas de Salud Mental Priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta población. Disponible en <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/08/RM-496-2016-MINSA-Directiva-Sanitaria-071-MINSA-CDC-Vigilancia-Salud-Mental.pdf>
- Resolución Ministerial N°753-20121/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Orientaciones Técnicas para el cuidado integral de la Salud Mental de la Población adolescente. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1944836/Documento%20T%C3%A9cnico%20-Orientaciones%20T%C3%A9cnicas%20para%20el%20Cuidado%20integral%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20adolescente.pdf>

[20de%20la%20Salud%20Mental%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adolescente.pdf](#)

- Ley 30947 ,Ley de salud mental, artículo 113 del estatuto penal peruano
- Ley 30895, Ley que fortalece la función rectora del MINSA.
- Ley 26842, Ley general de salud establece que la protección de la salud es de interés público.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002, boletín oficial del estado, N°274 (15 de noviembre del 2002)
- Ley general de sanidad , Ley 14/1986, boletín oficial del estado , N°102 (29 de abril 1986)
- Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo por la que se modifica la ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del código penal.
- Ley de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, Ley orgánica 5/1992, boletín oficial del estado, N°262 (31 de octubre 1992)

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

Aquí presentamos algunos conceptos que serán utilizadas durante el desarrollo de la presente guía:

- Suicidio: Acto suicida con consecuencia de muerte.
- Ideación suicida: Deseos y pensamientos suicidas
- Intención suicida: Determinación, en grado variable, de cometer un acto suicida
- Intento suicida o intento auto lítico: Acto suicida sin resultado de muerte
- Plan suicida: Planificación de un método suicida
- Riego suicida: Grado variable de cometer un acto suicida
- Comportamiento/Conducta suicida: Ideación, comunicación y actos suicidas

5.2. Etiología

Es necesario entender que el comportamiento suicida presenta múltiples factores y causas psicológicas, biológicas y sociales; por lo que esta conducta no solo es un problema presente a nivel de un trastorno del comportamiento, sino un problema que afecta la salud publica debido a su incidencia a nivel mundial. Existen diferentes teorías que explican la

conducta suicida, por lo que en esta guía tomaremos puntos a nivel biológicos, genéticos y psicológicos.

A nivel biológico Terriza y Meza (2009) refieren que un factor de vulnerabilidad en las personas que presenta un comportamiento suicida, indicando un descenso en los niveles de serotonina en el líquido encéfalo raquídeo, lo cual está asociado a un potencial alto de riesgo suicida. Así mismo otros estudios refieren que el comportamiento suicida está ligado a la excesiva actividad del sistema noraadrenergico, altos niveles de cortisol, entre otros factores comunes con el comportamiento depresivo.

A nivel genético el riesgo suicida se encuentra relacionado a variantes en múltiples genes, que hacen a la persona vulnerable, si bien este antecedente no es suficiente y determinante para el comportamiento suicida, la aparición de un trastorno mental, enfermedad crónica, crisis agudas incapacitante o dolorosa, y/o episodios intensos de estrés pueden ejercer influencia para la presencia de ideación o plan suicida (Fu. y otros; 2002).

A nivel psicológico existen diversas teorías que explican la conducta suicida, relacionada en este caso a los trastornos depresivos, para esta guía tomaremos como referencia conceptos psicológicos conductuales y cognitivos. Desde el modelo conductual Martínez (2007) nos indica que el comportamiento depresivo se mantiene debido a la dificultad de poder obtener beneficios y sensación de agrado al no poder realizar conductas que antes producían satisfacción, es decir que la persona deja de lado su estilo de vida saludable, por conductas desligadas y no reforzantes para sí, las cuales se mantienen al asumir otros comportamientos, en este caso evitativos como el consumo de alcohol, automedicación, sueño en exceso o sobre alimentación, generando hábitos perjudiciales que aumentan la posibilidad del desarrollo, en el tiempo, de un comportamiento suicida.

Desde el modelo cognitivo (Beck, 1977) menciona que la influencia de la percepción del sujeto sobre mismo, sobre el ambiente y sobre su futuro son determinantes para un estado animo optimo y saludable, no obstante los sujetos que presente conductas depresivas, presentan ideas catastróficas sobre su futuro, e inadecuadas de sí mismos, generando conflictos en sus interrelaciones, generando desmotivación y desgano, sentimientos de soledad e inutilidad, que en situaciones críticas puede desencadenar en pensamiento de querer desaparecer o alejarse, terminando en ideación suicida.

5.3. Aspectos Epidemiológicos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos se suicida una persona, siendo en su mayoría jóvenes entre los 15 y 29 años. Los últimos datos publicados indican que a lo largo de 2020 se registraron 1.825 suicidios en Perú. En este último año se

quitaron la vida 13 personas menos que en 2019. Esto significa que en Perú se suicidan 5 personas de media cada día.

La tasa de suicidios en Perú es de 5,86 por cada 100.000 habitantes, mucho menor que la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,57 por cada 100.000 habitantes. De los 1.825 suicidios que se produjeron en 2015, 1.381 fueron suicidios de hombres y 443 de mujeres. Así pues, se suicidan 9,13 hombres de cada 100.000 y 2,89 mujeres de cada 100.000. La diferencia entre la tasa de suicidios masculina y la femenina es bastante grande, lo que es habitual en la mayor parte de países.

La salud mental está en crisis en nuestro país. En Perú hay 1 millón 700 mil personas con depresión. Un estudio por la Agencia Andina denota que el 80% de los suicidios están motivados por la depresión. Una enfermedad que va más allá de solo sentirse triste.

Según la OMS/OPS, la depresión es una enfermedad muy común, pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida en la persona que lo sufre. La depresión puede ser causada por varios motivos: factores genéticos, biológicos, ambientales y/o psicológicos. Es una enfermedad que afecta a muchas personas a nivel mundial. De acuerdo al estudio realizado por la Agencia Andina, solo en Perú hay 1 millón 700 mil personas que padecen depresión. Los que llegan a tratarse la enfermedad son solo 425 mil personas del total y unas 34 mil personas reconocen que tienen problemas, pero no toman medidas al respecto, ni medidas de atención médica.

Asimismo, en el Perú, cada 22 minutos alguien intenta quitarse de la vida. Una cifra alarmante que requiere de mucha atención, ya que la salud mental es igual de importante que una enfermedad física. El 23,4% de la población adulta de Lima alguna vez ha deseado morir y un tercio de los adolescentes considera el suicidio como una solución a sus problemas. Las conductas suicidas son más propensas y manifestadas en las mujeres.

En lo que va del 2021, el Ministerio de Salud (Minsa) reportó un total de 1384 intentos de suicidio de personas que fueron registradas en los establecimientos de salud del país. De esta cifra, 489 casos fueron abordados como muestra de un estudio para identificar las características de las conductas de suicidio de las personas en 12 regiones del país.

Se determinó que el 65.5% de personas que intentaron suicidarse corresponde a mujeres y el resto a hombres, según el estudio de Vigilancia Centinela del Intento de Suicidio del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Minsa. El 67,6% de los casos correspondieron a menores de 30 años, siendo la edad promedio de 22 años. El 62,3% tenía instrucción secundaria; y el 3,5% de los intentos de suicidio en mujeres correspondía a gestantes o púerperas. Los motivos principales de los intentos de suicidio

fueron los problemas con la pareja o cónyuge, problemas con los padres, problemas de salud mental y problemas económicos.

5.4. Factores de riesgo

La conducta suicida es entendida desde un punto multifactorial ya que en el mantenimiento de dicha conducta intervienen factores individuales, biológicos, psicológicos y sociales, en la cual el sujeto sufre una alteración en los mecanismos adaptativos con su medio ambiente, provocada por una situación transitoria o permanente que genera una reacción de tensión emocional, de las cuales mantiene como predominio los siguientes factores (Arlaes et al. 1998).

Factores individuales

- Trastornos mentales como la depresión, trastorno bipolar, trastorno psicóticos, abuso de alcohol y sustancias, trastorno de ansiedad, trastorno de conducta alimentaria, trastorno de personalidad.
- Factores psicológicos
- Acontecimientos vitales estresantes no deseados o pérdidas recientes
- Intentos previos de suicidio o ideación suicida
- Factores genéticos y biológicos

Factores familiares y contextuales

- Antecedentes familiares de suicidio
- Factores socio familiares y ambientales
- Exposición a comportamiento suicida de otras personas, incluida la familia
- Familia con alteración en la dinámica
- Embarazo no deseado y abandono de pareja.
- Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral
- Historia de maltrato físico
- Abuso y/o sexual

5.5. Salud materna perinatal y suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define a la salud reproductiva como la capacidad para disfrutar, procrear y la libertad para decidir servicios adecuados de atención, que permitan embarazos y partos sin riesgos dando la posibilidad de tener hijos

sanos. Eso involucra atención integral durante y después de la gestación, con la intención de prevenir cualquier conducta de riesgo.

En el periodo perinatal las mujeres, experimentan cambios complejos relacionadas con experiencias físicas, como el malestar y el cansancio y los cambios en el estado de ánimo y otros componentes habituales de la depresión que se pueden apreciar como características propias del embarazo y el posparto (Rodríguez-Muñoz et al., 2021). Sin embargo, puede ocurrir lo contrario, acentuándose indicadores de un trastorno mental inicial.

Lo anterior evidencia que la depresión es más frecuente en mujeres embarazadas y siendo relacionada fuertemente con antecedentes depresivos, separación de los padres, madre soltera, violencia intrafamiliar, embarazo no deseado, falta de apoyo social y escolaridad baja, del mismo modo, tiene importantes consecuencias en diversas esferas, conllevando a la gestante a adoptar conductas que pueden poner en riesgo su salud y la del feto, si no busca atención prenatal temprana (Lara, et al., 2006).

La palabra suicidio viene del latín “sui” que significa “sí mismo” y “caedere” que significa matar, es decir matarse a sí mismo, siendo este el acto deliberado de quitarse la vida (OMS,2011) siendo un acto de violencia que genera impacto en los individuos, familias, comunidades y países, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud pública.

El suicidio es la primera causa de muerte de las mujeres durante el periodo perinatal sin embargo, la prevalencia del fenómeno suicida en mujeres gestantes y puérperas se considera pocos registros, debido al limitado números de estudios con que se cuenta, del mismo modo, no se realiza una evaluación regular en clínicas y/o hospitales, algunos estudios señalan que las complicaciones en el embarazo relacionado con el intento suicida son de 0,4 de cada mil pacientes dadas de altas y una de cada 283 embarazadas. La ideación suicida se presenta entre 0,5 y 1,4, % de las gestantes (Lara, et al., 2006).

Es por ello dentro de lo que se concibe por conducta suicida, diversas investigaciones destacan sobre la Ideación Suicida (IS) como un factor determinante para llegar al suicidio, en alguna etapa de la vida de una persona, donde existen momentos de ansiedad e impulsividad. Siendo la Ideación Suicida (IS) el primer paso predictor para un eventual suicidio.

La conducta suicida como CONTINUUM

Ideación suicida	Intento suicida	Suicidio
Pensamientos planes o deseos persistentes de cometer suicidio	Acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; suicidio o acto no mortal de autolesión deliberada	Muerte ocasionada por lesión auto infligida informada como intencional

Concebir la conducta suicida como un CONTINUUM facilita la anticipación a cada una de las situaciones sucesivas.

Fuente: Beck, 2000; Barrios, 2000; Flechner,2000.

Esta concepción de continuidad se sostiene en la evidencia existente respecto a personas que presentan un mayor grado de severidad de la conducta suicida, es decir, quien tiene un alto número de conductas suicidas anteriores, ideación o tentativa de suicidio (Villardón, 1993)

6. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. Cuadro clinico

Es importante resaltar que al hablar acerca de la conducta suicida, tenemos que tener en cuenta ciertos cuadros psiquiátricos y/o psicológicos que pueden ser facilitadores de que este tipo de conductas se exacerben y terminen en un fatal desenlace, los cuales serán explicados más adelante.

Es por tanto que la evaluación de estos cuadros es vital en el proceso de análisis de los casos de comportamiento suicida. Entre los estudios realizados por Martín (2016) afirma que existe un acuerdo generalizado en el cual son los pacientes psiquiátricos los que tienen un porcentaje significativamente mayor de provocarse autolesiones, intentos suicidas y de consumarlos, a comparación de quienes no cuentan con esta condición. A esto agrega que, debido a que estos pacientes cuentan con acceso al consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos, existe también una relación entre el suicidio y el consumo de fármacos.

6.1.1 Signos y Sintomas

La OMS detalla que hay una gran variedad de trastornos mentales asociada al comportamiento suicida, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se

caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.

Respecto a la prevalencia de trastornos mentales con mayor incidencia en ideación o intentos de suicidio, Moutier (2021) refiere que la depresión, incluyendo la depresión que forma parte del trastorno bipolar, está involucrada en más del 50% de los intentos de suicidio y en un porcentaje mayor de suicidios consumados.

Las personas con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos pueden sufrir delirios (creencias falsas fijas con las que les resulte difícil convivir, o bien pueden oír voces (alucinaciones auditivas) que les ordenan matarse. También son propensas a la depresión.

Las personas con trastorno límite de la personalidad o con trastorno de personalidad antisocial, aquellas que presentan un historial de impulsividad, agresividad o comportamiento violento, presentan también un mayor riesgo de suicidio. Las personas con estos trastornos de personalidad tienden a presentar una baja tolerancia a la frustración y tienden a reaccionar al estrés de manera impulsiva, lo que conlleva autolesiones o comportamientos agresivos.

6.2. Diagnostico

El comportamiento suicida se encuentra dentro de diferentes trastornos mentales, algunos de los trastornos de importancia a evaluar son los siguientes:

- *Trastornos afectivos. Código CIE-10, (F39)*

La Universidad Industrial de Santander (2014) afirma que este es el grupo de trastornos psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida. La prevalencia de riesgo suicida o suicidios en la totalidad de trastornos del humor es alta, presentando comorbilidad con la depresión mayor (Código CIE-10 F322), depresión no especificada /Código CIE-10, F328) el trastorno bipolar (Código CIE-10, F349) y la distimia (Código CIE-10, F341). La depresión ha sido considerada como el factor de riesgo suicida más importante y puede ser la responsable de gran parte de los suicidios consumados. A su vez, se ha evidenciado que los intentos son más frecuentes en fases iniciales y finales del episodio depresivo o la enfermedad. Esto se debe, a que en las fases intermedias la inhibición conductual y el retardo psicomotor puede bloquear el inicio a la acción del acto suicida. Las tasas de intentos de suicidio también se barajan para los casos de trastorno bipolar las cuales oscilan entre el

20 y el 58%, siendo mayores los intentos y el suicidio consumado en fases depresivas y mixtas.

En cuanto a la estabilización de síntomas, se pueden emplear metodologías terapéuticas de tercera generación y psicoterapia avanzada de perspectiva integradora con altas tasas de éxito y corta duración, con el objetivo de paliar la sintomatología y devolver al paciente su calidad de vida y la capacidad de poder reintegrarse a la sociedad, a nivel laboral, en plenitud de sus facultades y estado de ánimo. El centro de todo tratamiento terapéutico es tener en cuenta el funcionamiento familiar para el manejo de los síntomas, y la red de apoyo que representa para el paciente, en caso sea oportuno recomendar la intervención de la familia, al ser el grupo primario de apoyo y quienes mayormente conviven con el paciente. Una vez confirmado el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo, es importante brindar la información pertinente sobre el cuadro tanto al paciente como a los familiares o cuidadores para que así puedan comprender al detalle ante que se encuentran enfrentándose ahora. Una forma eficaz para realizar este punto sería enlistar los síntomas y permitir que el paciente lo exprese a su cuidador para que así los puedan reconocer y sea capaz de explicarlo a su propio modo. Es importante que se forme el ambiente de comprensión y apoyo alrededor del paciente sin presiones, ni hacer sentir que es el responsable de sus síntomas actuales.

- *Abuso de sustancias. Código CIE-10 (F10)*

Los trastornos de abuso y dependencia de sustancias y más concretamente, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se han relacionado con el suicidio como factor precipitante de dichas conductas (León, 2016). Algunos autores, postulan que el alcoholismo puede suponer el factor de riesgo más importante, superando a la depresión o la esquizofrenia. Así en los alcohólicos las tasas de riesgo de suicidio superan en unas seis veces las de la población general.

Ibáñez (2020) indica un estudio de un modelo de tratamiento intensivo integrado para Trastorno afectivo bipolar y Trastorno por uso de sustancias, de tres componentes, mostró una mejoría de síntomas afectivos, de calidad de vida relacionada con la salud mental y de funcionamiento social a tres años, equivalente a los pacientes con Trastorno afectivo bipolar sin comorbilidad. Consistía en: 1) farmacoterapia a través de guías clínica simplificadas, 2) promoción de la autonomía del paciente mediante psi coeducación grupal y 3) la gestión de casos por parte de enfermería para promover la adherencia.

Otro modelo de tratamiento intensivo integrado para Trastornos Afectivos (Trastorno afectivo bipolar y Trastorno depresivo mayor) y Trastorno por uso de alcohol consistente en tres pasos, mostró una mejoría tanto en el consumo como en síntomas afectivos, y una

adherencia de 70,2% a los dos años y de 55,6% a los cinco años. Los pasos del modelo incluían: 1) desintoxicación y estabilización del humor; 2) programa hospitalario de cuatro semanas, y 3) seguimiento posterior con frecuencia inicialmente semanal y distanciado hasta hacerse mensual.

- *Esquizofrenia. Código CIE-10 (F20), Paranoide (F200) y no especificada (F29)*

En la esquizofrenia existe un riesgo suicida comparable o incluso superior al de los trastornos depresivos mayores. Algunos estudios han descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10-15% de los pacientes con esquizofrenia (Bedoya, 2016). Asimismo, se estima que los altos niveles de mortalidad suicida por esta enfermedad son el doble que en la población general y el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes con esquizofrenia.

- *Trastornos de personalidad. Código CIE-10 (F60)*

Los trastornos de personalidad llevan asociado un riesgo de suicidio hasta 6-7 veces mayor que el encontrado en la población general. Algunos estudios demuestran que un tercio de todos los suicidios consumados presentaban diagnósticos de trastornos de personalidad. Por esta razón la presencia de un trastorno de personalidad, especialmente si es un trastorno límite, antisocial, narcisista o depresivo, ha empezado a considerarse como un factor de riesgo significativo en la conducta suicida.

Gracia (2006) afirma que el fenómeno de la conducta suicida ha supuesto a menudo un diagnóstico psiquiátrico en sí mismo. De este modo la conducta suicida para muchos autores sería el resultado de la mutua interacción dinámica entre diversos aspectos de la personalidad del paciente, su estado afectivo y las circunstancias socio-familiares. De este modo, abundan los estudios que tratan de examinar y establecer la relación existente entre distintos rasgos de la personalidad y la conducta suicida.

6.2.1 Criterios Diagnosticos

Como bien se indicó anteriormente, el comportamiento suicida se encuentra dentro de diferentes cuadros clínicos y trastornos mentales, no obstante es importante tomar en cuenta algunos criterios específicos para su evaluación como señales de alerta:

- Manifestaciones de desánimo y sentimiento de soledad
- Sensación de ser una carga para otros familiares
- Pensamiento referente a no tener razones para vivir
- Dificultad para controlar emociones y situaciones

- Dificultad para pensar y tomar decisiones
- Percepción negativa sobre si mismo, sobre el entorno y el futuro
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte
- Ideas o plan definido sobre la muerte
- Presentar antecedentes de ideación e intento suicida
- Sensación de frustración y sufrimiento constante
- Antecedentes de autolesiones

6.2.2. Diagnostico Diferencial

En un primer momento se realizara la evaluación de la depresión con riesgo suicida. La evaluación de la depresión puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos puede tener como objetivo realizar un cribado diagnóstico y/o realizarse con el fin de cuantificar la frecuencia y gravedad de los síntomas en especial el riesgo suicida

La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto clave debido a que la depresión mayor es uno de los trastornos mentales que más se asocia a la conducta suicida. Se ha estimado que las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. Tal como se recoge en la de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, en la evaluación del riesgo de suicidio se deberá considerar principalmente:

- Presencia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de sustancias.
- Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
- Otros factores de riesgo como comorbilidad, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.

El momento de la evaluación debería orientarse también al establecimiento de una adecuada relación y alianza terapéutica. Una herramienta importante para la atención en estos casos es la entrevista clínica, la cual es el procedimiento esencial para el diagnóstico de la depresión y el riesgo suicida. La CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse.

Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas:

- Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Riesgo de suicidio.
- Respuesta previa al tratamiento

En la evaluación de la depresión se recomienda tener en cuenta la heterogeneidad de su presentación, así como la percepción que el paciente tiene sobre sus síntomas y el trastorno. Se recomienda prestar especial atención a los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional

Luego de encontrar los diferentes criterios clínicos se realizara la diferenciación del trastorno mental específico ligado al comportamiento suicida.

6.3. Instrumentos de Evaluación

La entrevista semiestructurada para la evaluación del comportamiento suicida es una estrategia relevante para generar un primer contacto, empatía y sensación de escucha con las pacientes, no obstante se puede sumar a esto el uso de instrumentos psicométricos o pruebas de tamizaje de depresión, como es el caso de la prueba de Edimburgo, la escala de ideación suicida de Beck, escala de depresión de Hamilton. Así mismo de acuerdo a los estudios e investigación en la comunidad científica consideramos pertinente el uso de Patient Health Questionary (PHQ9) adaptado al Perú en el 2019 a causa de presentar criterios de confiabilidad y validez adecuados actuales como instrumento para la evaluación de depresión y conducta suicida. El profesional psicólogo luego de la recolección de todos estos datos, tendrá que generar estrategias para proteger la seguridad del paciente y acompañarlo durante el proceso de hospitalización.

6.4. Manejo según el nivel de complejidad

Es necesario tener en cuenta que específicamente en el Instituto Nacional Materno Perinatal se atienden pacientes de diferentes regiones del Perú, que se encuentran atravesando por diferentes complicaciones en su salud gestacional o ginecológica, por lo que en una primera instancia, las pacientes ingresaran por emergencia o consulta externa por factores médicos, y serán atendidas por los diferentes profesionales dentro de la evaluación integral que se les brinda a las pacientes es posible encontrar casos de comportamiento suicida latente o dentro de la historia de vida de las mujeres. En las figuras 1, 2 y 3 del

fluxograma se da a conocer el proceso de como las pacientes desde que ingresan hasta su alta médica son atendidas por los diferentes profesionales hasta su estabilización en salud.

El servicio de psicología, sea por consulta externa o por hospitalización, como parte del equipo multidisciplinario brinda también atención con el fin de evaluar, brinda acompañamiento psicoemocional, orientación, consejería, psicoeducación e intervención. En estos casos como se observa en el fluxograma 1, donde se da un primer contacto con la paciente, y se brinda acompañamiento y evaluación específica a su estado emocional producto de la afectación de su salud gestacional. Como se explicó anteriormente el comportamiento suicida está relacionado a diversos trastornos mentales y es importante indagar dentro de la evaluación preguntas relacionadas ante esta problemática de forma directa.

Existen diferentes manuales y estructuras para la evaluación del comportamiento suicida, una entrevista semi estructurada e instrumentos psicométricos pueden ser adecuados para la evaluación de estas conductas como lo propone la Universidad de Navarra (2017), como se observa a continuación:

Entrevista Semiestructurada para la evaluación del comportamiento suicida (C – SRRS)
adaptado por la Universidad de Navarra (2017)

Entrevista de evaluación

1

IS. IDEACIÓN SUICIDA

		Último mes		Antes	
IS1	<p><i>Las siguientes cinco preguntas van de menor a mayor severidad. Preguntar gradualmente hasta identificar la de mayor severidad.</i></p> <p>1. Deseo de estar muerto/a Pensamientos <input type="radio"/>no activos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo. ¿Alguna vez ha deseado estar muerto/a o dormirse y no volver a despertar? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS2	CS1		
IS2	<p>2. Pensamientos <input type="radio"/>activos de suicidio <input type="radio"/>no específicos Pensamientos generales no específicos de suicidarse, sin contemplar todavía la forma de hacerlo ni el método a emplear. ¿Alguna vez ha tenido realmente pensamientos de quitarse la vida? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS3	IIS1		
			IS2		
IS3	<p>3. Ideas <input type="radio"/>activas de suicidio con <input type="radio"/>cualquier método, <input type="radio"/>sin intención de actuar, <input type="radio"/>sin plan específico La persona manifiesta ideas de suicidio y ha pensado como mínimo en un método para hacerlo. Todavía no tiene intención de llevar a cabo el suicidio, ni existe un plan específico. ¿Ha estado pensando en cómo podría hacerlo? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS4	IIS1		
			IS3		
IS4	<p>4. Ideas <input type="radio"/>activas de suicidio con <input type="radio"/>cualquier método <input type="radio"/>con alguna intención de actuar, <input type="radio"/>sin plan específico La persona indica que sí ha tenido alguna intención de llevar a cabo el suicidio, pero todavía no tiene un plan ni método específico. ¿... y en este último tiempo, ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS5	IIS1		
			IS4		
IS5	<p>5. Ideas <input type="radio"/>activas de suicidio <input type="radio"/>con intención de actuar y <input type="radio"/>con plan específico Existe método y un plan, total o parcialmente elaborado para llevar a cabo el suicidio. ¿Ha empezado a preparar o ha preparado los detalles de cómo quitarse la vida? ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS5	IIS1		
<p>La existencia de ideas de suicidio anteriores al último mes informa de la persistencia de la ideación que debe considerarse en la intervención clínica.</p>					

CS. CONDUCTA SUICIDA

		Últimos 3 meses		Antes	
	(Marque todas las opciones que se apliquen, siempre que sean episodios diferenciados; deberá preguntarse sobre todos los tipos)				
CS1	<p>Intento de suicidio: Una acción potencialmente dañina cometida al menos <u>con cierto deseo de morir</u> como resultado de la misma. La intención no tiene que ser del 100%. Si hay alguna intención/deseo de morir asociado a la acción, entonces puede considerarse como un intento real de suicidio. No tiene que haber lesión o daño, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse. <i>¿Ha cometido alguna tentativa de suicidio?</i> <i>¿Ha hecho algo para autolesionarse?</i> <i>¿Ha hecho algo peligroso con lo que podría haber muerto?</i> Con la información obtenida, completar con las siguientes preguntas: <i>¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando...?</i> <i>¿Intentaba acabar con su vida cuando...?</i> <i>¿Pensaba que era posible morir cuando ...?</i> Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
CS2	<p>Intento de suicidio interrumpido: CS2A. Por otros: Cuando la persona se ve interrumpida (por una circunstancia externa) al iniciar la acción potencialmente dañina (y de no ser por ello se habría producido realmente la tentativa). <i>¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente?</i> Notas:</p> <p>CS2B. Por uno mismo: Cuando la persona empieza a dar pasos para intentar suicidarse, pero se detiene antes de adoptar realmente una conducta autodestructiva. <i>¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para intentar acabar con su vida pero se detuvo antes de que pudiera hacerlo realmente?</i> Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
CS3	<p>Otros comportamientos suicidas preparatorios: Acciones o preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente. <i>¿Ha dado algún paso para intentar suicidarse o para prepararse para quitarse la vida?</i> Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
CNS	<p>CUANDO... lo hizo por otras razones, sin NINGUNA intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión o para que pasara algo distinto)? (Conducta autoinflingida no suicida) Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
<p>1. La existencia de intento de suicidio actual (real o interrumpido) así como de comportamientos preparatorios, requiere un seguimiento e intervención clínica. 2. La existencia de intentos anteriores constituye un factor de riesgo que requiere un seguimiento e intervención clínica</p>					

En el caso que ante cualquier respuesta referidas a la presencia de ideación, planificación y conductas suicidas sean positivas durante el primer contacto y evaluación será necesario aplicar el protocolo 1, si es que los comportamientos se encontraran dentro de la historia de vida de la paciente y se mantiene hasta la actualidad, donde se buscara generar un entorno seguro donde la paciente sea observada constantemente por los profesionales de salud. El profesional psicólogo se encargará de poder acompañar y brindar estrategias de relajación y expresión emocional para la reducción de los síntomas, así como también se evaluara el apoyo del área psiquiatría para poder contar con tratamiento farmacológico si fuese necesario.

No obstante, es posible que, durante la evaluación, se encuentren pacientes, no solo con antecedentes de ideación y conducta suicida, sino habiendo planificado el acto y deseos de terminar con su vida o no tener ganas de seguir, generando un riesgo inminente pudiendo realizarlo sea luego del alta médica o durante la hospitalización ante eso es imprescindible aplicar el protocolo 2. Donde es sumamente importante colocar a la paciente en un ambiente seguro, acompañada de un personal perenne o su familiar, donde se tendrán que eliminar cualquier medio que pueda producir una autolesión, manteniendo una comunicación constante entre el profesional – paciente – familia donde se le brinde consejería y psicoeducación con un lenguaje empático e informativo. Siempre es recomendable que no se deje sola a la paciente durante su estadía e inmediatamente debe ser derivada al área de psiquiatría para iniciar tratamiento farmacológico ante una posible crisis. Estos primeros dos protocolos permitirán reducir de forma inmediata el riesgo del comportamiento suicida en las pacientes y generar todo un contexto hospitalario que brinde apoyo y mejora en su salud física y emocional.

Protocolos de acción ante riesgo de conducta suicida dentro del establecimiento de Salud.

Protocolo 1	Protocolo 2	Protocolo 3	Protocolo 4
(Antecedente de conducta suicida)	(Riesgo inminente de conducta suicida)	(Hospitalización adolescente)	(Hospitalización adultas)
<ul style="list-style-type: none"> Colocar a la persona en un entorno seguro y adecuado en el establecimiento de Salud (área específica, aislada, etc) DERIVACION A PSIQUIATRIA 	<ul style="list-style-type: none"> Creación del entorno seguro (en compañía de un personal de salud y/o familiar) Eliminación de medios de autolesión Contactara la familia No dejar sola a la persona Colocar a la persona en un entorno seguro y adecuado en el establecimiento de Salud (área específica, aislada, etc) DERIVACION A PSIQUIATRIA 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación a la familia Psicoeducación a cuidadores Evaluación del estado mental y alteración emocional. Tratamiento individual Tratamiento familiar Tratamiento pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación a la familia Psicoeducación a cuidadores Evaluación del estado mental y alteración emocional. Tratamiento individual Tratamiento familiar Tratamiento pareja

Figura 4. Protocolos de intervención adaptada al INMP

Una vez estabilizados los síntomas y ambiente inicio el trabajo psicoeducativo tanto para la familia, cuidadores y la paciente, donde tiene que enfocarse en el valor de los factores protectores en la vida de la paciente, y modificación de ideas catastróficas sobre el futuro, sobre si misma y sobre el entorno mediante un tratamiento individual, en el caso de pacientes adolescentes es recomendable que la atención sea constante y monitorizada por sus familiares o pareja, ya que en ocasiones son ellos que en su interacción con la paciente pueden reforzar ideas negativas de la paciente.

Dentro del tratamiento individual se busca promover un proyecto de vida luego de la hospitalización enfocado a retomar actividades agradables o darse la oportunidad de vivir experiencias nuevas, siempre en compañía por un familiar al inicio, es necesario también entrenar a la paciente en estrategias para la expresión de emociones, y psicoeducar como ellas pueden influencias el desgano y desmotivación, por lo que es importante brindar herramientas para el afrontamiento y autogeneración de la motivación. Dentro del tratamiento familiar, el conflicto interno entre miembros del hogar puede generar que las pacientes como comportamiento suicida se hagan más vulnerables, por lo que el entrenamiento en comunicación asertiva y resolución de conflictos apuntaría a reducir factores de riesgo en el hogar. En lo que respecta a la pareja, el comportamiento suicida puede darse como manipulación, por lo q es necesario entrenar a la pareja en solución de problemas, control de impulsos, comunicación empática y técnicas de respiración como estímulo y motivador para la mejora de las pacientes. Es importante tomar en cuenta que en casos de violencia, agresiones físicas o verbales, es necesario buscar instituciones que apoyen y protejan a las pacientes ya que ellos son factores de riesgos críticas para el desarrollo de la conducta suicida.

Los comportamientos suicidas pueden desarrollarse como consecuencia a condiciones de salud, por lo que si el comportamiento está asociado a enfermedades, complicaciones de la gestación o condición física de la paciente, es importante como se muestra en el protocolo 5 enfocarse en la evaluación y percepción de la pacientes sobre su condición, brindar psi coeducación sobre dichas condiciones, promoviendo estilos de vida saludable y una percepción de afrontamiento efectivo hacia el futuro para poder acompañar a la paciente en su mejoría.

Protocolos de acción ante riesgo de conducta suicida dentro del establecimiento de Salud.

Protocolo 5	Protocolo 6
(hospitalización de pacientes con condición medica)	(Seguimiento y derivación de pacientes)
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar percepción referente a condición medica (diabetes, cáncer, Its, etc) • Evaluar percepción referente a condición durante gestación (hiperémesis, preeclampsia, gestación con malformación, óbito fetal, etc) • Psicoeducación en Psicología materno perinatal. • Tratamiento individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de conducta suicida y percepción hacia la conducta suicida. • Tratamiento individual • Derivación a centro de salud mental comunitario

Figura 5. Protocolos de intervención y seguimiento adaptado al INMP

Luego de evaluar, generar un contexto seguro y realizar tratamiento en la paciente, post hospitalización es necesario realizar un seguimiento constante a la paciente para su tratamiento respecto al comportamiento suicida, sea la atención de forma individual por consultorios externos acorde al encuadre del psicólogo y pacientes, o si es que existe la oportunidad de seguir su tratamiento en centros mentales comunitarios dentro de la zona viviendo de la pacientes es importante brindar la información necesario para su derivación y continuación del tratamiento.

Todo profesional que se encuentre ante un caso de ideación o comportamiento suicida debe realizar y mantener algunas condiciones para su atención.

Las condiciones de la atención son las siguientes:

a) Acoger las necesidades del paciente

En ese sentido, se debe procurar, en primera instancia, acoger a la persona para luego, recopilar la información necesaria o realizar las intervenciones propias de su función. Las actitudes que favorecen la sensación de acogida son las siguientes:

- i. Empatizar con la persona usuaria y expresarle preocupación por lo que ha sucedido (“me imagino que debe haber sido muy difícil para usted”). Asimismo, aceptar lo que la otra persona siente, intentar sintonizar con el tono emocional de la persona usuaria y expresar verbalmente empatía (“entiendo cómo se está sintiendo”).
- ii. Realizar acciones de calma y apoyo, para ello es necesario tener paciencia ante las dificultades de la persona usuaria para relatar lo sucedido; mantener, una actitud tranquila y controlada, a pesar de la urgencia de la situación, evitando ser contaminado/a por la emoción de la persona usuaria (ansiosa, enojada, deprimida). Esta actitud se evidencia en la modulación y tono de voz.
- iii. EVITAR transmitir culpa, manifestar cuestionamiento acerca de la situación relatada, expresar alarma o angustia, minimizar la experiencia o sus emociones, ignorar sus sentimientos, contar experiencias propias. Intentar hacerla entrar en razón, para calmarla, mediante consejos o explicaciones complejas, mostrar una actitud degradante y hostil, solicitar más información de la que pueda dar, reproducir frases cargadas de prejuicios o estereotipos.

La identificación de las señales de alerta permite detectar la ideación suicida y posibilita la realización de acciones preventivas y terapéuticas. El abordaje en pacientes con trastornos mentales con ideación o intento suicida toma como base las estrategias abordadas por Marsha Linehan para el tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Tras una ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de ideación y/o conducta suicida. Tras un intento de suicidio, deberá valorarse en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro especializado para el tratamiento de sus lesiones. Se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: características del intento y los intentos auto agresivos previos.

En caso de ideación suicida se recomienda la derivación a una consulta por Psicología y/o Psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental grave
- Conducta auto agresiva grave previa
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo.
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

Si hay riesgo inminente de autolesión / suicidio por la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o autolesión en el último año en una persona que está extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa tome las siguientes precauciones:

- Cree un ambiente seguro y con apoyo en lo posible en un área separada y tranquila - No deje a la persona sola
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad
- Atienda el estado mental y la angustia
- Ofrezca y active el apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista en salud mental, si está disponible
- Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento

Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para auto agredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzantes, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

Si un especialista en salud mental no está disponible en el momento, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas para que monitoreen y apoyen a la persona

durante el periodo de riesgo inminente, pero es de suma importancia que sea intervenido por el profesional en salud mental lo más pronto posible.

b) Contacto inicial y solicitud de atención por parte del profesional en salud mental

El primer contacto de ayuda o primera atención a la persona con ideación e intento suicida se realiza a través de una entrevista clínica diagnóstica inicial, incluye la valoración de si la persona está o no desesperada y/o desorganizada como para que el suicidio pueda ser un resultado final. Por esta razón, el profesional que realiza el primer contacto clínico con el paciente asumirá una actitud directiva, realizará uso apropiado del tiempo (control adecuado), tratará de mantener a la persona con vida como objetivo fundamental y actuará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

1. Evaluación y reconocimiento del problema o incidente precipitante.
2. Determinar el riesgo de mortalidad o evaluación del riesgo suicida considerando los pasos que se plantean a continuación:
 - Evaluación de la CS: a través de preguntas que permitan conocer las características y/o tipo de la conducta suicida como ideación, intento, autoagresión.
 - Intencionalidad: Gesto manipulador / ambivalente / intención seria (esperaba morir).
 - Letalidad: Conocimiento del alcance dañino sobre la integridad de la persona que pueda tener el método de suicidarse.
 - Premeditación: Evaluar las horas y días que han transcurrido planeando el suicidio y la posibilidad de acceder a armas y/o tóxicos. Existencia de un plan detallado, baja probabilidad de ser descubierto.
 - Accesibilidad a medios suicidas: Explorar si el paciente tiene a su alcance medios para concretar el acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad.

En la evaluación del riesgo suicida el profesional puede emplear preguntas como: ¿siente que vale la pena vivir?, ¿desea estar muerto, ¿ha pensado en acabar con su vida?, si es así, ¿ha pensado como lo haría?, ¿qué método utilizaría?, ¿tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan?

- Evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidad con particular atención en trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad.

- Recopilar historia de factores de riesgo. Se evaluarán intentos suicidas previos, antecedentes familiares de conducta suicida y enfermedad mental, factores hereditarios, biológicos, familiares y contextuales, de la historia de vida, de la dimensión psicológica, del ambiente escolar y de la condición socioeconómica.
- Establecer estresores psicosociales, pérdidas recientes, dificultades económicas, cambios en el estatus socioeconómico, violencia intrafamiliar, estado de empleo, soporte familiar, creencias religiosas sobre la muerte y el suicidio, si ha dejado de tomar su medicación.
- Evaluar factores protectores y estrategias de afrontamiento, tolerancia a la frustración, impulsividad, razones para vivir y planes para el futuro.

3. Asegurar la supervivencia del paciente con intervención en crisis

En este paso se deben aplicar las reglas clínicas de la intervención en crisis para asegurar la supervivencia de los pacientes, las cuales son:

- Reducir el sufrimiento o dolor psicológico, de manera que el sujeto escoja vivir. Encontrar la clave suicida.
- Encausar las necesidades frustradas para disminuir la posibilidad de suicidio.
- Buscar otras posibilidades de solución diferentes al suicidio.
- Orientar al paciente para que salga de la constricción psicológica de sentimientos, pensamientos y opciones considerando otras posibilidades que le permitan continuar con la vida.
- Lograr el compromiso de posponer el acto suicida y acceder a la observación y acompañamiento constante.

6.5. Complicaciones

Se tendrán en cuenta interconsultas especializadas en el caso de que la paciente tenga planificación y comportamiento suicida latentes como las provocaciones de reacciones alérgicas, vómitos y aspiraciones, entre otros.

6.6. Criterios de referencia y contrareferencia

Luego de la atención por los profesionales en salud mental para el equilibrio emocional de la paciente, se evaluará la derivación a o referencia a centros especializados,

sean hospitales o centros de salud mental comunitarios, de acuerdo a la gravedad del caso (Anexos). Por lo que colocamos una lista de posibles centros donde puedan acudir las pacientes, es necesario mencionar que el acompañamiento de un familiar, apoderado o si se amerita de un miembro de seguridad o policía, será necesario para salvaguardar la salud del paciente.

6.7. Fluxograma

Desde la experiencia de atención, el servicio de psicológica menciona este fluxograma de atención con la información señalada en los diferentes capítulos como orientación, y guía para la atención en casos de conducta suicida.

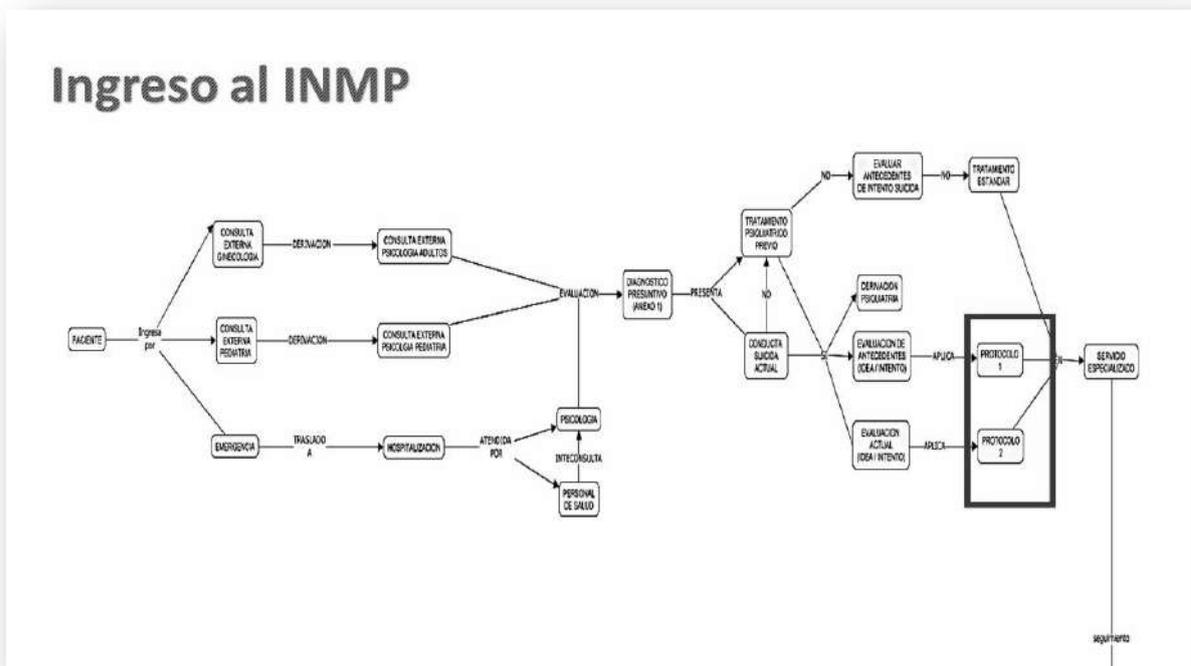


Figura 1. Fluxograma de ingreso de las pacientes la INMP

Intervención durante Hospitalización

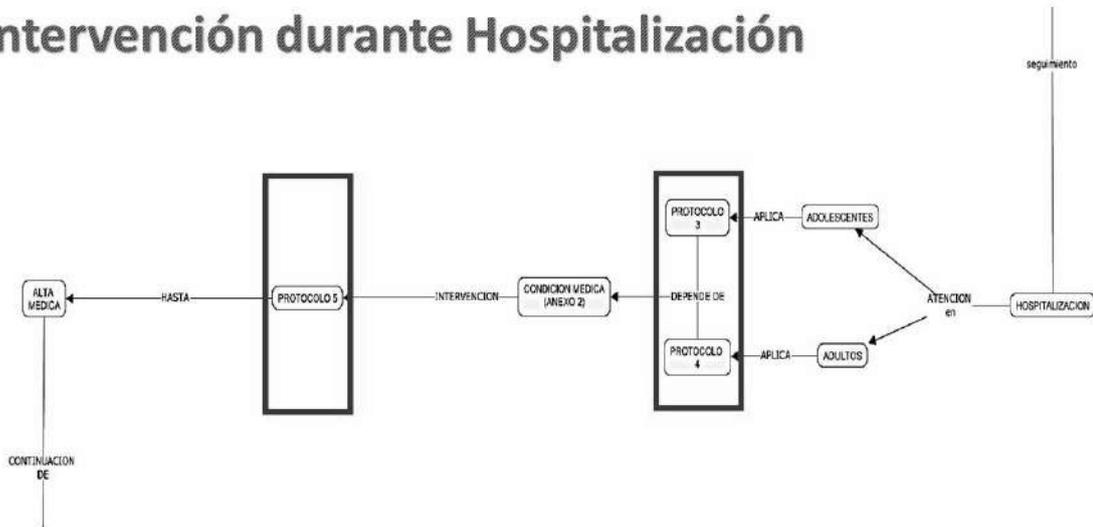


Figura 2. Fluxograma de procesos de intervención durante hospitalización de las pacientes del INMP

Seguimiento post Hospitalización

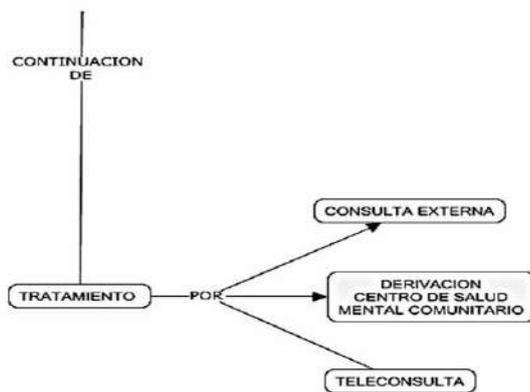


Figura 3. Fluxograma de seguimiento post hospitalización.

7. ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DE PACIENTE (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

LISTA DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

Los pacientes atendidas durante su hospitalización, podrán acudir por consulta externa psicología para continuar con el proceso de terapia, en el caso de pacientes que debido a la lejanía de su hogar no puedan asistir al Instituto, se les orientara referente a los centros mental comunitarios más cercanos a su domicilio, según la lista que se presenta a continuación:

REGIÓN	NOMBRE CSMC	DISTRITO	DIRECCIÓN
Lima Metropolitana	CSMC Renato Castro La Mata	Puente Piedra	Centro de Salud La Ensenada, Jr. Jacaranda s/n, AA.HH. La Ensenada, al costado de la comisaría
Lima Metropolitana	CSMC Nancy Reyes Bahamonde	Chorrillos	Calle San Rodolfo 402
Lima Metropolitana	CSM San Sebastián	Chorrillos	Jr. Independencia s/n, cruce con Los Geranios, AA.HH. Santa Isabel de Villa
Lima Metropolitana	CSMC 12 de Noviembre	San Juan de Miraflores	Av. Las Américas s/n, sector 12 de Noviembre
Lima Metropolitana	CSMC San Gabriel Alto	Villa María del Triunfo	Calle Leoncio Prado s/n, altura del colegio Fe y Alegría
Lima Metropolitana	CSMC Villa El Salvador	Villa El Salvador	Sector 6, Grupo 5, Mz. I Lt. 19, altura de paradero policlínico
Lima Metropolitana	CSMC El Sol de Villa	Villa El Salvador	Sector II, Grupo 6, espaldas de la Institución Educativa 6063 José Carlos Mariátegui
Lima Metropolitana	CSMC Medalla Milagrosa de Manchay	Manchay	Sector 24 de Junio, Huertos de Manchay, altura del Centro de Salud Collanac
Lima Metropolitana	CSMC Santa Rosa de Manchay	Manchay	Parque de Portada 3, segundo piso de la capilla Santa Rosa, costado de la cuna jardín Reyna de los Ángeles
Callao	CSMC La Perla	La Perla	Calle La Paz, cruce con Grau
Callao	CSMC Ventanilla	Ventanilla	Ex Centro de Salud Ventanilla Baja
Callao	Centro Regional de Apoyo Emocional	Callao	Av. Ramiro Prialé s/n AA.HH. Sarita Colonia, a espaldas del Centro Naval
Región Lima	CSMC Valle de la Esperanza	Mala	Jr. Real 516
Lima Metropolitana	CSMC Honorio Delgado	Pueblo Libre	Jr. J.J. Pazos 394, frente a la Universidad Antonio Ruiz de Montoya
Lima Metropolitana	CSMC La Victoria	La victoria	Jr. Antonio Bazo s/n. parque Indoamérica, a una cuadra de la Av. México con la entrada de Gamarra
Lima Metropolitana	CSMC Jaime Zubieta	San Juan de Lurigancho	Av. San Martín Mz. k Lt. 1, Urb. Los Pinos, costado del mercado Los Pinos, paradero San Martín del tren eléctrico.
Lima Metropolitana	CSMC Zárate	San Juan de Lurigancho	Calle Los Amauta 835, altura Av. Gran Chimú, cuadra 8
Lima Metropolitana	CSMC La Molina	La Molina	Av. Raúl Ferrero cuadra 5 s/n, pasando Molicentro
Lima Metropolitana	CSMC Santa Rosa de Huaycán	Huaycán	Zona D, Lt. 23 A, Av. 15 de Julio, a 2 cuadras de la Plaza de Armas
Lima Metropolitana	CSMC Carabayllo	Carabayllo	Av. San Martín, cruce con Av. Micaela Bastidas, estadio Ricardo Palma, Urb. Santa Isabel
Lima Metropolitana	CSMC Joseph Gerard Ruys	San Martín	Mz. H Lt. 9, AA.HH. Nuevo Jerusalén
Lima Metropolitana	CSMC Rijchariy	Ancón	Los Rosales Mz. G8 Lt. 2, altura de la cuadra 33 de la Av. Los Arquitectos

. Fuente. Ministerio de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios Lima y Callao

8. BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso León, R. y col. Abuso de sustancias un factor de riesgo para la conducta suicida en niños y adolescentes. *Psiquiatría* 2018; Vol 22.
2. Álvarez, M. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avaliat. Consellería de Sanidad; 2012
3. Arlaes Nápoles, L., Hernández Sorí, G., Álvarez Concepción, D., & Cañizares García, T. (1998). Conducta suicida: factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(2), 122-126.
4. Beck, A.; Rush, AJ.; Shaw, BF. (1977). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979
5. Beck, U. (2000). Retorno a la teoría de la sociedad del riesgo. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*.
6. Bedoya, E.; Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno mental. Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. *CES Psicología*, vol. 9, núm. 2, pp. 179-201, 2016
7. Cabral, C; A de Leon , O y Leòn-Andrade, C. Las funciones psíquicas y sus trastornos. Véase en Alarcon, R;Mazzotti, G y Nicolini, H. (2005) *Psiquiatría*. 2da edición. Manual Moderno.
8. Cárdenas, E.; Feria, M.; Vázquez,J. (2010). Guía Clínica para los Trastornos afectivos en Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramos de la Fuente Muñiz
9. Carlos Ibáñez, Jorge Cáceresa, Roberto Brucher, Daniel Seijas (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 31, Issue 2, Pages 174-182, ISSN 0716-8640
10. Campo González, A., Amador Morán, R., Alonso Uría, R., & Ballester López, I. (2018). Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2).
11. Chourasia, N., Surianarayanan, P., Adhisivam, B., & Vishnu Bhat, B. (2013). NICU admissions and maternal stress levels. *Indian journal of pediatrics*, 80(5), 380–384. <https://doi.org/10.1007/s12098-012-0921-7>
12. ESSALUD (2019) Guía de práctica clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención guía en versión corta. Instituto de evaluación de Investigación y tecnologías. Disponible en : http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_Depresion_V_Corta.pdf

13. Figueroa, R., Marin, H., & Gonzalez, M. (2009). Apoyo psicológico en desastres. Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metanálisis. II Encuentro Internacional de Psicología en Emergencias y Desastres Santiago.
14. Flechner, S. (2000) Psicoanálisis y Cultura: La clínica actual de pacientes adolescents em riesgo. ¿Un nuevo desafío? *Revista Latinoamericana de Psicanálise* (4), 467-482
15. Fu, Q.; Heath, A.C.; Bucholz, K.K.; Nelson, E.C.; Glowinski, A.L.; et al. (2002) A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32, 11–24.
16. GUÍA DE PRACTICA CLINICA. Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Sistema General de Seguridad social en Salud – Colombia. Guía completa 2017. Guía No 60.
17. González, Ballesteros y Serrano (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pre término hospitalizados en las unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*,9(1), 43-53.
18. Gracia,R.; Benitez,M.; Morera,A. (2012). Conducta suicida en trastornos de personalidad. PONENCIAS DEL IV CONGRESO DE SANIDAD PENITENCIARIA.MESA DE SALUD MENTAL.Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna y Hospital Universitario de Canarias.
19. Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry*, 173(1), 11-53.
20. Lara, M., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, M., y Almanza, J. (2006). Sintomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (4), 55-62.
21. Lara MA, Letechipía G. (2009) Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*. 32(5):381-387.
22. Martínez, C. (2007). Introducción a la Suicidología. Buenos Aires: Lugar Editorial.
23. Martín, V. (2016) Conducta suicida. Protocolo de Intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol2,2016
24. MINSA. Recomendaciones para la Prevención de la conducta suicida en Establecimientos educacionales. Chile: División de Prevención y Control de Enfermedades; 2019
25. MINSA. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Uruguay: Dirección general de la salud. Programa Nacional de Salud Mental; 2007
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2017

27. MINSA (2007). Guía de práctica clínica en conducta suicida. Perú: Dirección de salud mental. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>
28. MINSA (2016) Guía práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20244-2016%20DG.pdf>
29. MINSA (2022). Pautas para la prevención del suicidio en mi comunidad. Dirección de salud mental del Minsa. Edición virtual. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5689.pdf>
30. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria D.S. 071-MINSA/CDC-V.01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia de problemas de Salud Mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional.
31. MINSA (2021) Nota de prensa. MINSA: una de cada ocho personas ha sufrido algún trastorno mental en Lima debido a la COVID-19. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542921-minsa-una-de-cada-ocho-personas-ha-sufrido-algun-trastorno-mental-en-lima-debido-a-la-covid-19>
32. Ministerio de Salud de el Salvador. Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo. El Salvador: Viceministerio de Servicios de Salud; 2018
33. Miranda, B. C., Sánchez, M. H., & Pérez, R. M. G. (2016). Suicide mortality risk and protective factors. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
34. Moutier, C. (2021). Conducta suicida. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%2C%20incluyendo%20la%20depresi%C3%B3n,a%C3%BAn%20mayor%20de%20suicidios%20consumados>
35. Nemeroff CB, Compton MT, Berger J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 932:1-23.
36. O'hará, MW y Swain, AM (1996). Tasas y riesgo de depresión posparto: un metanálisis. *Revista internacional de psiquiatría*, 8 (1), 37-54.
37. OMS & OPS. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021
38. OMS- 28 de nov 2019. Trastornos mentales. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

39. OPS Perú. Suicidio: una persona muere cada 40 segundos. Recuperado de: www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4367:suicidio-una-persona-muere-cada-40-segundos&Itemid=1062. Recuperado el 10 de diciembre de 2020.
40. Organización Mundial de la Salud. (2013) Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
41. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global un imperativo global. Washington D.C: OPS/OMS; 2014. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
42. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
43. Organización Panamericana de la Salud (2021) Prevención del suicidio: crear esperanza a través de la acción. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2021>
44. Palma, E., Von Wussow, F., Morales, I., Cifuentes, J. & Ambiado, S. (2017). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista chilena de pediatría*, 88(3), 332-339. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004>
45. Ramírez, A. (2014). Intervención inmediata en situaciones de desastre, primeros auxilios psicológicos.
46. Rodríguez-Muñoz, M.F., Soto-Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Marcos-Nájera, R., & Al-Halabí, S. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos [Psychological treatment Manual. Adults]* (pp. 607-639). Pirámide.
47. Rueda F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. España: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010
48. Sistema General de Seguridad social en Salud (2017). GUÍA DE PRACTICA CLINICA. Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). – Colombia. Guía completa 2017. Guía No 60.
49. Slaikeu, K. A. (2000). Crisis circunstanciales en la vida. *Intervención en crisis*, 85-86
50. Teraiza, E.; Meza, R. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. <http://www.psiquiatria.com>, 13, 3.
51. Universidad Nacional de Santander (2014). Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. Recuperado de:

https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

52. Valdez Huarcaya W, Miranda Monzón JA. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2012. Lima: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud; 2014.
53. Villardón, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Madrid: Universidad de Deusto.
54. Wormald F, Tapia JL, Torres G, et al. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Arch Argen Pediatr*, 113 (4), 303-309.