GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAEN

Resolución Directoral

Nº 059 -2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 20 de febrero del 2023

VISTO:

El informe Nº 039-2023-GR.CAJ-HGJ/UGC, el Informe Nº 011-2023-GR.CAJ-HGJ/UGC-RNSH, el Informe Nº 048-2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/DM; relacionado con la Aprobación de la "Guía Práctica Clínica de Prevención del Suicidio y Lesiones del Hospital General de Jaén"; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, en los artículos I, II y VI del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, y 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. Mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 117-MINSA/DGSP-V-01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como 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 Ley Nº 30947, Ley de Salud Mental, ha previsto en su artículo 7º que, en el marco de lo establecido en el artículo 7º 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, el numeral 17.2 del artículo 17 del Reglamento de la Ley Nº 30947, aprobado por Decreto Supremo Nº 007-2020-SA, dispone que el Ministerio de Salud elabora los documentos normativos destinados a orientar las intervenciones en salud mental, con base en las evidencias científicas disponibles en los diferentes campos de las ciencias, los contextos y los recursos;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio del 2021, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo, establecer disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAEN

Resolución Directoral

Nº 059 -2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 20 de febrero del 2023

de los documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras; así como, establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explicitas para la emisión de documentos normativos del Ministerio de Salud;

Que, conforme a los documentos del visto, resulta necesario la aprobación de la Guía Práctica Clínica de Prevención del Suicidio y Lesiones del Hospital General de Jaén; que tiene como objetivo, prevenir, evaluar, diagnosticar y dar tratamiento de las personas que acuden por conducta suicida;

Por las consideraciones expuestas, contando con el visto correspondiente y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén, facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº D000057-2019-GRC-GR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR la "Guía Práctica Clínica de Prevención del Suicidio y Lesiones del Hospital General de Jaén", el mismo que consta de treinta y cinco (35) folios, y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – ENCARGAR al Servicio de Psiquiatría, la difusión e implementación del documento, aprobado en el artículo precedente.

ARTÍCULO TERCERO. - DISPONER que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Diana Mercedes Bolivar Joo
PATOLOGO CLÍNICO / CMP 15404
DIRECTORA EJECUTIVA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

JAÉN, FEBRERO 2023

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

DIRECTORA EJECUTIVA
Dra. Diana Mercedes Bolívar Joo

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Dr. Edwin Darwin Ramírez Tenorio

EQUIPO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
Dra. Gina del Rosario Vera Herrera

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES DEL HOSPITAL GENERAL JAÉN

Fases	Responsable	Visto Bueno y Sello
Elaborado por:	**Servicio de Psiquiatría**	MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA HOSPITAL GENERAL DE JAEN HGJ *Gina Del Rosario Vera Herrera* MEDICO PSIQUIATRA CMP. 69939 - RNE. 043630
Revisado por:	**Oficina de Presupuesto y Planeamiento Estratégico**	GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA HOSPITAL GENERAL DE JAÉN GRC *Lic. Jhony Jimenez Collave* JEFE DE LA OFICINA DE PRESUPUESTO Y PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO(E)
Revisado por:	**Unidad de Gestión de la Calidad**	GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA HOSPITAL GENERAL DE JAÉN GRC *MC. Segundo M. Verona Balcázar* CMP: 084463 RNA: A09743 JEFE(e) DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Aprobado por:	**Dirección Ejecutiva**	GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN GRC *Diana Mercedes Bolivar Joo* PATÓLOGO CLÍNICO / CMP 19404 DIRECTORA EJECUTIVA

CONTROL DE CAMBIOS

Número de Revisión	Descripción del Cambio	Versión	Fecha	Responsable
	Primera versión de la Guía de Practicas Clínica	001		Departamento de Medicina

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

ÍNDICE

I. FINALIDAD 6
II. OBJETIVO 6
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN 6
IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES 6
4.1. NOMBRE Y CÓDIGO 6
V. CONSIDERACIONES GENERALES 7
5.1. DEFINICIÓN 7
5.2. ETIOLOGÍA 7
5.3. FISIOPATOLOGÍA 7
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS 8
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 9
5.5.1. MEDIO AMBIENTE 9
5.5.2. ESTILOS DE VIDA 10
5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS 10
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 11
6.1. CUADRO CLÍNICO 11
6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS 11
6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA 11
6.1.3. GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS 12
6.2. DIAGNÓSTICO 14
6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO 14
6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 15
6.3. EXÁMENES AUXILIARES 15
6.3.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA 15
6.3.2. DE IMÁGENES 15
6.3.3. DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS 15
6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 15
6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS 15
6.4.2. TERAPÉUTICA 18
6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO 24
6.4.4. SIGNOS DE ALARMA 24
6.4.5. CRITERIO DE ALTA 25
6.4.6. PRONÓSTICO 25
6.5. COMPLICACIONES 25
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA 25
6.7. FLUXOGRAMA 26
VII. ANEXOS 28
VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 35

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES DEL HOSPITAL GENERAL JAÉN

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica de Prevención del Suicidio y Lesiones, ha sido elaborada siguiendo la estructura de la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (1), y tiene como base la Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida del Ministerio de Salud y la Guía de Práctica Clínica del Hospital Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2). No pretende ser una guía rígida y aplicable estrictamente a todas las situaciones, pues cada persona debe ser evaluada individualmente; sin embargo, la gran variedad de medicamentos y otras terapias disponibles en la actualidad, la necesidad de brindar una atención de calidad y la importancia del aspecto económico, particularmente en nuestra sociedad, obligan a establecer ciertos parámetros de homogeneidad en el tratamiento. Asimismo, es recomendable que la presente guía sea revisada y actualizada periódicamente.

II. OBJETIVO

Prevenir, evaluar, diagnosticar y dar tratamiento de las personas que acuden por conducta suicida.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Jaén.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) no cuenta con un código específico para la conducta suicida ni para la ideación suicida, aunque sí codifica los intentos de suicidio según el método elegido: X60 cuando es por ingesta de analgésicos / antiinflamatorios; X61 cuando es por ingesta de anticonvulsivos, antiparkinsonianos y psicofármacos; X62 cuando es por ingesta de narcóticos y alucinógenos; X63 cuando es por ingesta de drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo; X64 cuando es por ingesta de otros medicamentos y sustancias biológicas; X65 cuando es por ingesta de alcohol; X66 cuando es por exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores; X67 cuando es por exposición a otros gases y vapores; X68 cuando es por exposición a plaguicidas; X69 cuando es por exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas; X70 cuando es por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación; X71 cuando es por ahogamiento y sumersión; X72 cuando es por disparo de arma corta; X73 cuando es por disparo de rifle, escopeta y arma larga; X74 cuando es por disparo de otras armas de fuego; X75 cuando es por material explosivo; X76 cuando es por humo, fuego y llamas; X77 cuando es por vapor de agua, vapores y objetos calientes; X78 cuando es por objeto cortante; X79 cuando es por objeto romo o sin filo; X80 cuando es por saltar desde un lugar elevado; X81

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

cuando es por arrojarse hacia un objeto en movimiento; X82 cuando es por colisión de vehículo de motor; X83 cuando es por otros medios especificados, y X84 cuando es por medios no especificados (3).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

- Conducta suicida: Diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.
- Intento suicida: Cualquier acto autolesivo intencional que no tiene un resultado fatal.
- Suicidio: Acto de acabar deliberadamente con la propia vida. (3)

5.2. ETIOLOGÍA

- Factores sociales: Émile Durkheim diferenció entre suicidio egoísta, altruista y anómico. El primero se presenta entre las personas que no están bien integradas a un grupo social; el segundo entre aquellas que están, por el contrario, integradas excesivamente, y el tercero en aquellas personas cuya integración está alterada de tal modo que no pueden seguir las normas habituales de conducta.
- Factores psicológicos: Sigmund Freud consideró el suicidio como una agresión dirigida hacia un objeto de amor introyectado. Para Albert Ellis, la ideación suicida es resultado de la interpretación distorsionada que se le da a los eventos, y no a los eventos en sí mismos. Las motivaciones que expresan los suicidas pueden ser variadas, e incluyen deseos de venganza o castigo, sacrificio, evasión de la realidad, renacimiento o reunión con personas fallecidas.
- Factores biológicos: Diferentes estudios han asociado niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo con conductas suicidas, en tanto que otras investigaciones han descrito niveles bajos de serotonina y ácido 5-hidroxiindolacético en cerebros de suicidas.
- Factores genéticos: Algunos estudios han encontrado una concordancia para suicidio significativamente mayor en parejas de gemelos monocigóticos en comparación a parejas de gemelos dicigóticos. (3)

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el Trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola causa. Una de las teorías propuestas:

- Teoría Neurobiológica Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem. También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos. En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento. Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamohipófisis-suprarenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxicorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio. Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos paìses, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptófano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas la series estudiadas, pero por la sencillez y economía es una factor a considerar.(1)

La regulación de los factores neurotróficos también se encuentra comprometida, en especial la regulación del factor neurotrófico derivado del cerebro (siglas en inglés: BDNF) que en múltiples estudios pre y post mortem se encuentra disminuido. Este factor a su vez se relaciona con predisposición genética y epigenética aún en estudio. (2)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados fue de 1.53 millones.

En los estudios forenses, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros.(4)

Región o país: las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Filipinas (2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte, siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas.

El suicidio representaba el 12,4% de las causas externas de muerte en las Américas, pero ello variaba según la subregión, con 19,5% en América del Norte y 7,9% en América del Sur.

En el Perú, 366 personas fallecieron por suicidio entre enero y junio de 2022. El 17% del total fueron adolescentes.

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.

Según los datos del sistema de vigilancia centinela del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud (Minsa), la edad de

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

mayor frecuencia de intento de suicidios en mujeres fue entre los 15 a 19 años y en varones entre los 20 a 24 años. Es más común en mujeres (69 %) y en la etapa de vida joven (47.3 %). La mediana de edad del primer intento de suicidio fue de 22 años (rango de 10 a 85 años). Merece especial atención el incremento de las muertes por suicidio en la población adolescente, según datos del Sistema Nacional de Defunciones Sinadef (2021), la tasa de suicidios en adolescentes (12 a 17 años) fue de 3.6 por 100 000 habitantes, superior a la tasa nacional de 2.2 por 100 000 habitantes.

La proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales y entre 3:1 y 7.5:1 en el resto del mundo. (5)

Un estudio de tipo descriptivo-comparativo, basado en la revisión del Sistema Informático Nacional de Defunciones entre los años 2017-2021; la muestra final incluyó un total de 2579 suicidios: El 69,5% de los suicidios ocurrieron en el género masculino, el promedio de edad fue 34,87 años, 79,5% solteros y 26,6% con instrucción secundaria completa. Los departamentos con mayor frecuencia de suicidio fueron Lima (20,3%), Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%). Según CIE-10 la causa principal de muerte fue edema cerebral (20,06%) y el domicilio, el lugar más frecuente (63,4%). Las modalidades utilizadas fueron ahorcamiento (56,6%), envenenamiento (29,2%), arma de fuego (4,0%), precipitación (3,1%) y arma blanca (1,7%). Se pudo establecer diferencias significativas con un $p < 0,05$ entre tipo de suicidio y género, identificando un 74% de casos por ahorcamiento en el sexo masculino; entre tipo de suicidio y región natural: 60% de ahorcamientos en la costa; entre rango etario y tipo de suicidio: ahorcamiento 10-19 años (27,7%) y envenenamiento 20-29 años (26,5%), La mayoría (70,7%) cometió suicidio por ahorcamiento en su domicilio, seguida por envenenamiento en establecimientos de salud (56,9%) y por precipitación en la vía pública (16,8%).Concluyendo que el tipo más frecuente de suicidio fue por ahorcamiento, en personas jóvenes-adultas de sexo masculino y por envenenamiento en personas de sexo femenino.(Tabla1, Tabla2, Gráfico1, Gráfico2)(6)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Se denomina factor de riesgo a aquellas características o atributos de una persona, grupo o ambiente, que aumentan la posibilidad de desencadenar un resultado adverso. Un factor de riesgo supone siempre un riesgo mayor en relación a un parámetro. En el caso del suicidio, la oportunidad aumenta proporcionalmente, es decir que cuanto más factor de riesgo estén presentes, mayor posibilidad de desenlace fatal habrá. (3)

5.5.1. MEDIO AMBIENTE

- Condición socioeconómica: El riesgo es mayor entre los estratos menos pudientes.
- Migración: Muchos inmigrantes se ven sometidos a una pérdida de su identidad cultural, lo que puede incrementar el riesgo de suicidio.
- Acceso a medios para cometer suicidio: La facilidad para acceder a venenos, armas, medicamentos, lugares elevados u otros medios, incrementa el riesgo de autoeliminación.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- Barreras para acceder a servicios de salud: Cuanto más difícil sea acceder a ayuda especializada, mayor es el riesgo de cometer suicidio.
- Imitación: El suicidio de alguien conocido puede llevar a suicidio por imitación; la forma como los medios de comunicación difunden noticias relacionadas con el tema puede tener también una influencia importante.

5.5.2. ESTILOS DE VIDA

- Estado civil: Las personas solteras, separadas y viudas tienen más riesgo de suicidio que las personas casadas o convivientes; el riesgo es mayor en aquellas que no tienen hijos.
- Ocupación: El mayor riesgo de suicidio lo tienen las personas desempleadas, y dentro de las empleadas, los grupos de mayor riesgo son los médicos, los policías, los militares, los odontólogos, los artistas, etc.
- Fracaso escolar: En el caso de niños y adolescentes, el bajo rendimiento académico puede mellar la autoestima y propiciar la idea del suicidio.
- Conflictos interpersonales: Las relaciones familiares o de pareja conflictivas, así como la separación, son factores de riesgo para conducta suicida. Los conflictos entre los padres, y de los padres con los hijos, tienen una importancia mayúscula en las conductas suicidas de niños y adolescentes.
- Discriminación: Cualquier tipo de discriminación sistemática puede llevar a conductas suicidas.
- Orientación sexual: Los adolescentes con orientación sexual hacia su mismo género muestran mayores índices de ideación e intento suicida en comparación con sus pares heterosexuales, lo cual parece estar relacionado con la discriminación de la que son víctimas en algunas sociedades.
- Antecedente de trauma psicológico: El haber sido víctima de maltrato psicológico o físico, abuso sexual, abandono en la infancia o tortura, aumenta el riesgo de suicidio.

5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS

- Sexo: La frecuencia de suicidio es mayor entre los varones, en tanto que la frecuencia de intento suicida es mayor entre las mujeres.
- Edad: Las tasas de suicidio son más bajas entre los menores de 15 años y más elevadas entre las personas mayores de 70 años, tanto hombres como mujeres, en casi todas las regiones del mundo, aunque las características por edad y sexo en la tasa de suicidio entre los 15 y 70 años varían según la región.
- Trastorno mental: Se calcula que el 90-95% de las personas que se suicidan o intentan el suicidio padece de un trastorno mental, sobresaliendo la depresión mayor (50%), el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad limítrofe y disocial.
- Dependencia de alcohol y otras sustancias: Hasta el 15% de personas con dependencia alcohólica comete suicidio, y un 22% de los suicidios puede atribuirse al uso de alcohol.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Asimismo, se ha reportado que un 30% de suicidas tenía un nivel elevado de alcohol en la sangre al momento del suicidio.

- Enfermedad física: Aquellas enfermedades que generan discapacidad, dolor crónico o desfiguración aumentan el riesgo de suicidio. Por otro lado, ciertos medicamentos utilizados por tiempos prolongados, como los corticosteroides, algunos antineoplásicos y ciertos antihipertensores, también pueden inducir síntomas depresivos y pensamientos suicidas.
- Antecedente de intento suicida: El 40% de los suicidas lo había intentado anteriormente.
- Antecedentes familiares de suicidio: El riesgo de suicidio aumenta significativamente cuando hay el antecedente de un familiar suicida, debido a factores tales como duelo, culpa, imitación e inclusive predisposición genética.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Conducta: Suele haber intranquilidad e impulsividad. Cabe mencionar que ciertas personas se hacen cortes superficiales o se golpean en momentos de crisis con un propósito tranquilizador, sin buscar la muerte; tal conducta es frecuente en el trastorno de personalidad limítrofe.
- Afecto: Usualmente depresivo o irritable.
- Pensamiento y lenguaje: La persona puede expresar desde un tenue cuestionamiento a la propia existencia o desesperanza, hasta una franca convicción suicida. En este sentido la comunicación suicida puede ser directa verbal ("me voy a matar'), directa no verbal (adquisición de medios utilizables para matarse, repartición de objetos personales o notas de despedida), indirecta verbal ("quizás no nos volvamos a ver", "fuiste un buen amigo") o indirecta no verbal (mostrar predilección por temas relacionados con la muerte).
- Percepción: Las personas con esquizofrenia, depresión psicótica u otros trastornos pueden tener alucinaciones auditivas de contenido denigratorio o acusatorio, o que instan a la autoeliminación.
- Sensorio y orientación: Suelen estar conservados. El compromiso de la conciencia puede ser debido a sobredosis de medicamentos. (3)

6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

Deben medirse las funciones vitales y buscarse heridas o equimosis, principalmente en los antebrazos y en el abdomen. La presencia de mareos, inestabilidad en la marcha, disartria, hipotensión, bradicardia, disminución del sensorio, náuseas, vómitos o convulsiones pueden ser efectos de un envenenamiento. También deben buscarse signos de enfermedades físicas crónicas o deficiencias nutricionales. (1)

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

6.1.3. GRÁFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFÍAS

Tabla 1: Características epidemiológicas de suicidios ocurridos en el Perú el periodo 2017-2021 (N=2579)

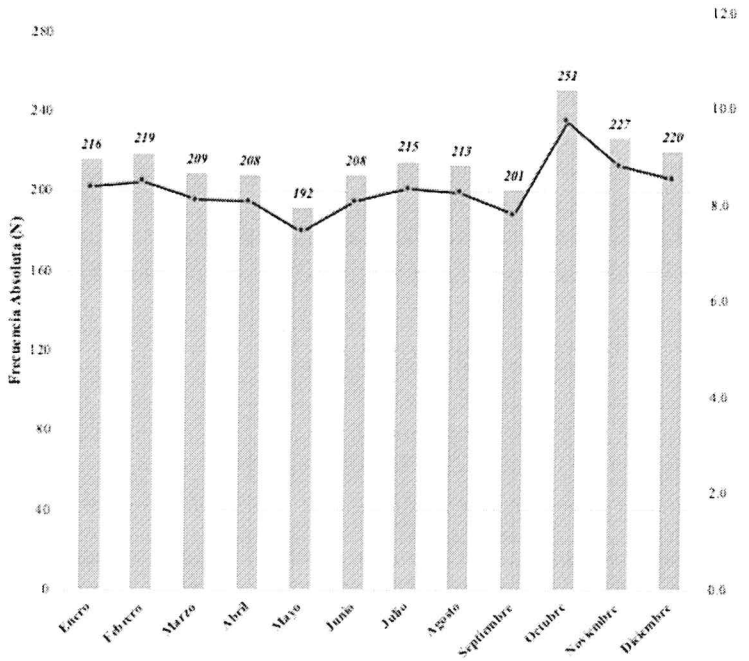
Masculino	1793	69.5
Femenino	786	30.5
Edad (años)	Media (±DS)	34.87 (18.79)
Grupos etarios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Niñez	5	0.2
Pubertad	197	7.6
Adolescencia media	423	16.4
Juventud	456	17.7
Adulto joven	669	25.9
Adulto maduro	591	22.9
Adulto mayor	238	9.2
Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltero(a)	1760	79.5
Casado(a)	314	14.2
Conviviente/concubina	84	3.8
Divorciado(a)	22	1.0
Viudo(a)	18	0.8
Ignorado(a)	10	0.5
Separado(a)	7	0.3
Nivel de Instrucción	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Preescolar	2	0.1
Iletrado/analfabeto	42	1.6
Primaria incompleta	245	9.5
Primaria completa	258	10.0
Secundaria incompleta	607	23.5
Secundaria completa	686	26.6
Superior no univ. incompleta	106	4.1
Superior no univ. completa	118	4.6
Superior univ. incompleta	174	6.7
Superior univ. completa	104	4.0
Región Natural	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Costa	1547	60.0
Sierra	830	32.2
Selva	197	7.6
Sin registro	5	0.2
Total	2579	100.0

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Tabla 2: Características Geográficas de suicidios ocurridos en el Perú el periodo 2017-2021 (N=2579)

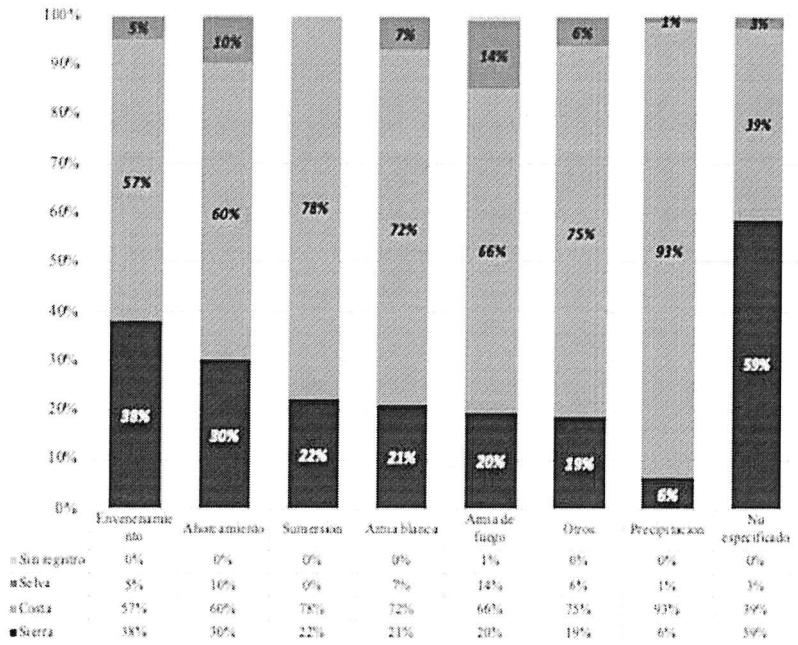
Departamento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lima	523	20.3
Arequipa	496	19.2
Cusco	245	9.5
Junin	201	7.8
Huànuco	110	4.3
La Libertad	104	4.0
Lambayeque	99	3.8
Puno	79	3.1
Cajamarca	68	2.6
Tacna	68	2.6
San Martin	65	2.5
Loreto	64	2.5
Piura	57	2.2
Ancash	56	2.2
Madre de Dios	51	2.0
Ica	47	1.8
Ayacucho	45	1.7
Callao	42	1.6
Huancavelica	41	1.6
Moquegua	32	1.2
Apurimac	26	1.0
Tumbes	23	0.9
Pasco	15	0.6
Amazonas	11	0.4
Ucayali	6	0.2
Sin registro	5	0.2
Día de la semana	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lunes	405	15.7
Martes	373	14.5
Miércoles	344	13.3
Jueves	335	13.0
Viernes	357	13.8
Sábado	357	13.8
Domingo	408	15.8
Total	2579	100.0

Gráfico1: Mes más prevalente de las personas que registran suicidios en el Perú según SINADEF entre los años 2017-2021



www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Gráfico 2: Comparación de la Tipología de suicidio y de la región natural en el Perú, según SINADEF entre los años 2017-2021.



6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son más frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados. La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades terminales como: cáncer, HIV, SIDA, neurológicas (hemiplejia, cuadriplejia), delirium tremens o condiciones como el embarazo no deseado, etc. (1)

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: se cuenta con escalas o instrumentos como la escala de Ideación Suicida SSI, de Intencionalidad Suicida de Beck, así como la Escala de Hamilton de la Depresión y la escala de desesperanza de Beck. (ver Anexo1,2,3,4)

CRITERIOS DE SEVERIDAD:

Relacionados con:

- Método utilizado: se considera de alta letalidad: armas de fuego, sustancias cáusticas, ahorcamiento.
- Planificación del acto suicida: plan activo, determinante
- Persistencia del pensamiento suicida: reiterativo
- Alucinaciones auditivas comandatorias de autoeliminación: voces que ordenan que se elimine.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- Trastornos psiquiátricos mayores: como depresión mayor, esquizofrenia paranoide, trastorno de estrés post traumático, trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, ludopatía, trastorno de la conducta alimentaria, etc. (1).

6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Intoxicaciones accidentales, alérgicas por inhalación de gases o accidentes laborales, de tránsito o fortuitos, ahogamientos, caídas de altura, quemaduras, heridas de bala, fracturas, etc. (1)

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA

- Dosaje de carbamatos y órganos fosforados, cocaína, marihuana, benzodiacepinas y otros de acuerdo a la clínica.
- Test de embarazo en mujeres en edad fértil
- Elisa para VIH o exámenes similares
- Algunos estudios han encontrado una asociación entre niveles plasmáticos bajos de colesterol y triglicéridos y conducta suicida, aunque no existe una explicación clara para esto.
- Otros exámenes de acuerdo a cuadro clínico. (1)

6.3.2. DE IMÁGENES

De acuerdo al cuadro clínico

6.3.3. DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

Evaluación de pruebas psicológicas

Escala de desesperanza de Beck (BHS)

Es una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdadero o falso) y su aplicación tarda entre 5 a 10 min aproximadamente. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto y los que no, con 0 puntos, siendo el puntaje máximo de 20 puntos. Beck y Steer, han propuesto para su interpretación la siguiente escala de puntajes: 0-3: rango normal o asintomático; 4-8: Leve: 9-14, Moderado: y 15-20: Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- **MEDIDAS GENERALES**

Toda persona que exprese intención suicida o que haya cometido algún acto autolesivo recientemente debe ser considerada en situación de emergencia y atendida de inmediato por el médico de guardia.

En caso de intento suicida, la persona debe recibir los primeros auxilios que ameritara; si el intento fue de alto grado de letalidad o requiriese de un procedimiento médico

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

complejo, debe ser derivada de inmediato al hospital general de Jaén con la hoja de referencia.

Estabilizada la salud física, debe realizarse interconsulta con Psiquiatría y Psicología para evaluarse el grado de convicción suicida, los factores de riesgo y la severidad del intento.

Los pacientes no siempre proveen de manera espontánea información relacionada a pensamientos suicidas y planeación, pero pueden hacerlo cuando se les pregunta. Un inicio amable y gradual en la entrevista puede ser de gran ayuda. Preguntarle a un paciente directamente respecto al suicidio no incrementa el riesgo suicida.

Pueden tomarse como ejemplos las siguientes preguntas para obtener información, desde preguntas abiertas hasta las más específicas. Es totalmente válido adaptarlas al modo particular de entrevista de cada evaluador:

¿Alguna vez ha tenido la idea de no despertar?

¿Ha tenido el deseo de ya no vivir?

¿Ha pensado que mejor estaría muerto?

¿Ha pensado que estaría mejor si no despertara más?

¿Con todos estos problemas, ha pensado en acabar con su vida?

¿Tiene un plan para acabar con su vida?

Si la respuesta es sí, Cuénteme respecto a este plan

¿Cuán cerca ha estado de realizar este plan?

¿Tiene acceso a (venenos, armas, etc.)?

¿Qué ha evitado que lleve a cabo este plan?

¿Qué le impide quitarse la vida?

Es útil además preguntar sobre la frecuencia de la ideación suicida. La intensidad del pensamiento suicida podría obtenerse mediante una escala del 1 al 10. (3)

- **MEDIDAS PREVENTIVAS**

Si la persona está sola, debe ubicarse a un familiar u otra persona responsable.

La actitud del personal que atiende debe ser diligente, serena, empática y comprensiva. Debe evitarse cualquier manifestación de fastidio o burla hacia la persona con conducta suicida, y de ninguna manera debe retársele a cometer un nuevo acto; tampoco deben hacerse críticas o comentarios descalificadores, dar consejos o ponerse de ejemplo. En tal sentido, resultan inadecuadas frases como "a ver mátate pues", "debes tomar más pastillas si quieres morirte", "piensa en tu madre / padre / hijos", "pon de tu parte", "no vale la pena morir por esa persona", "yo también pasé por eso y lo superé", "cómo has podido hacer esto siendo tan jovencito/a", "esas son tonterías de adolescente", por poner algunos ejemplos.

La intervención en crisis debe favorecer la expresión emocional y plantear alternativas de solución a los problemas que motivaron la intención suicida. También se debe

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

reforzar los aspectos positivos de la conducta de la persona (valorar esfuerzos previos por mejorar, aptitudes, capacidad académica y/o labora, apoyo de personas cercanas, etc.) y la importancia de la búsqueda de ayuda y seguir indicaciones del tratamiento.
Debe llevarse a cabo la movilización de los grupos de apoyo familiar o social
Deben registrarse las pertenencias de la persona, por la posibilidad de que porte algún objeto con el cual pudiera autolesionarse.
Luego de la atención debe darse una cita próxima, y de ser posible, un número telefónico al cual llamar en caso de una nueva crisis.

Se debe coordinar con el familiar para reforzar las medidas de seguridad que eviten el reintento (restringir acceso a materiales punzocortantes y/o letales, acompañar en todo momento, administrar la medicación por el familiar y facilitar un entorno comprensivo con otros familiares, evitando la crítica).
Algunas personas pueden intentar acabar con la vida de otros antes de poner fin a la suya; esto sucede principalmente en madres con niños pequeños, por lo cual es muy necesario el apoyo familiar en estos casos. (3).

Cuidados de enfermería en la sala de observación:

- Comprobar la seguridad del ambiente en el que se realizará la intervención, tanto para el paciente como para el personal.
- Se recomienda que el primer paso en la evaluación de los pacientes sea cerciorarse de brindarles condiciones de seguridad.
- Antes de ubicar al paciente en la sala de observación, se debe hacer la inspección física, retirando todo objeto que pueda resultar nocivo: aretes, gafas, pasadores, cinturones, etc.
- Es importante la evaluación pronta del estado del paciente, para evitar el riesgo de escalada de los síntomas.
- Disponer de la mayor información posible acerca del paciente, antes de la evaluación directa del paciente.
- Considerar los factores de riesgo para conducta agresiva o agitación psicomotriz se pueden usar escalas.
- La evaluación deberá iniciarse con dos personas. De ser necesario solicitar la presencia de otras personas del equipo, que tengan adecuada capacitación.
- Solo si es inevitable y pese a las medidas tomadas al abordar al paciente, persiste la agitación o la conducta agresiva, se indicarán medidas restrictivas como la sujeción mecánica de manera temporal, por un tiempo breve.
- La mayoría de las personas que intentaron suicidarse presentan un afecto depresivo y hablan poco, por lo tanto, es importante que la enfermera esté disponible para ejecutar la escucha activa en su interacción.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- El personal debe brindar una actitud comunicativa, estando atento al llamado y evitando cualquier comentario crítico.
- Debe asignarse a un técnico de enfermería la observación cercana del usuario.
- Debe ubicarse al paciente en un ambiente lo más cercano posible a la estación de enfermería; la habitación no debe tener tomacorrientes, los bordes de las camas o veladores no deben ser cortantes, la parte superior de la puerta no debe tener tragaluz y los vidrios deben ser resistentes a golpes.
- Debe indicarse al personal de limpieza que evite dejar al alcance de los pacientes los desinfectantes empleados en su trabajo.
- Deben tomarse en serio todas las amenazas de suicidio del paciente y reportarlas inmediatamente al médico de guardia.

6.4.2. TERAPÉUTICA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las personas con conducta suicida se encuentran por lo general en un momento de crisis, que da lugar a angustia, ira y/o agresividad. En tal sentido, puede ser necesario el uso de benzodiacepinas para controlar dichas manifestaciones, según lo indicado en la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia:

Descartada la posibilidad de una etiología orgánica, el tratamiento de las crisis de ansiedad comprende dos situaciones: inicio y mantenimiento.

TRATAMIENTO INICIAL:

Si la persona acude en un estado de ansiedad particularmente intensa puede ser necesario el uso de una benzodiacepina endovenosa, tal como diazepam 5-10mg endovenoso aplicado en forma lenta; alternativamente puede utilizarse clonazepam 0.25-0.5 mg sublingual, en casos de menor severidad o en aquellos que desaconsejen el uso de la vía endovenosa. Superada la crisis, debe iniciarse el tratamiento según el diagnóstico especifico. Mientras no se descarte la organicidad, debería evitarse la sedación excesiva, utilizando la menor dosis posible de benzodiacepinas. En caso de trastorno de pánico debe utilizarse un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS); El petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales incluye la fluoxetina (dosis inicial de 10mg/día) y la sertralina (dosis inicial de 25 mg/día) (grado A). Debido al tiempo de acción retardado de estos medicamentos , así como a la posibilidad de una exacerbación inicial de la ansiedad, es recomendable acompañarlos al principio por una benzodiacepina (grado B); el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales comprende el clonazepam (dosis inicial de 0.5mg/día), alprazolam (dosis inicial de 0.5mg/dia) y el diazepam (dosis inicial de 10 mg/día) (grado A); si la persona es consumidora crónica de benzodiacepinas, las dosis necesarias

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

pueden ser mayores. Los benzodiacepinas no deberían utilizarse más de 2-3 meses, debido al riesgo de dependencia (grado B).

Como alternativa a la fluoxetina y a la sertralina tenemos otros ISRS como la paroxetina (dosis inicial de 10mg/día), la fluvoxamina (dosis inicial de 25mg/día), el citalopram (dosis inicial de 10mg/día) o el escitalopram (dosis inicial de 5mg/día); también pueden utilizarse otros antidepresivos como la mirtazapina (dosis inicial de 15mg/día) o la venlafaxina (dosis inicial de 37.5 mg/día). (7)

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO:

Logrado el control de los síntomas, el tratamiento con ISRS de puede continuarse durante 8-12 meses; algunos autores recomiendan llegar hasta 24 meses. La dosis de mantenimiento de fluoxetina puede llegar hasta 60 mg/día, y la de sertralina hasta 200mg /día. Es muy recomendable complementar la farmacoterapia con terapia cognitiva- conductual (psicología) (grado B). (7)

- En caso de agitación psicomotora puede aplicarse un antipsicótico intramuscular (haloperidol 5 mg o ziprasidona 20 mg), al cual puede agregarse una benzodiacepina endovenosa (diazepam 10-20 mg en forma muy lenta, hasta lograr la calma) o intramuscular (midazolam 5 mg), siguiendo lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y la Conducta Violenta: (8)

  El tratamiento de la persona agitada tiene principalmente los siguientes objetivos (grado B):

  - Calmar al paciente.
  - Aminorar el riesgo de daño a sí mismo o a otros.
  - Facilitar la evaluación diagnóstica completa.
  - Permitir el inicio del tratamiento específico.

  Los fármacos usualmente empleados en el manejo de la agitación psicomotora son los antipsicóticos y los benzodiacepinas.

  La bibliografía actual estipula de manera más o menos consensuada lo siguiente: Aunque suele asumirse que en un paciente agitado el uso de fármacos por vía parenteral es imprescindible, existen estudios que demuestran una similar efectividad con los fármacos por vía oral (VO). Por lo tanto, puede considerarse la VO en quienes, a pesar de la agitación, colaboren y acepten la medicación. En tal caso, puede administrarse risperidona 2-4 mg, a la cual podría añadirse clonazepam 2-4 mg o diazepam 10-20 mg VO. También podría utilizarse olanzapina 5-10 mg (existe una presentación bucodispersable, que es preferible) o quetiapina 100-200 mg VO (5,9,13,15) (grado A). En personas de edad avanzada también puede considerarse la administración de haloperidol solución gotas (2 mg/ml) a dosis de 10 a 30 gotas, en casos pertinentes (por ejemplo, delirium u otras

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

causas de agitación). Insituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (8)

En adultos mayores, el haloperidol sigue siendo el fármaco más estudiado para este fin.

- A los pacientes agitados que requieran sedación inmediata debe administrárseles un antipsicótico intramuscular (IM), al cual puede añadirse un benzodiacepina; se ha demostrado que dicha combinación logra una más rápida y mejor sedación que cada medicamento por separado, y puede reducir los efectos adversos al requerir menos dosis de cada uno (grado A).
- La combinación más utilizada en nuestro medio es haloperidol 5 mg IM más diazepam 10-20 mg endovenoso (EV) (aplicado en forma muy lenta), no recomendándose exceder de 5 mg de haloperidol en una sola inyección; en caso de no haber respuesta, puede aplicarse una nueva dosis de haloperidol 5 mg IM 30-60 minutos después (grado B). La literatura internacional recomienda el uso de lorazepam IM, pero no lo tenemos en nuestro país. Sí contamos con el midazolam, el cual puede aplicarse en dosis de 15 mg asociado al haloperidol, con la ventaja de estar permitido su uso IM. También se ha recomendado la asociación de haloperidol con prometazina IM, por su efecto sedante y además anticolinérgico (con lo que podría reducirse el riesgo de distonía aguda); actualmente no contamos con dicho medicamento en el Perú.
- En aquellas personas con susceptibilidad conocida para efectos extrapiramidales puede preferirse la clorpromazina 25-50 mg IM (grado C).
- Otra alternativa la constituyen los antipsicóticos de segunda generación: ziprasidona (10-20 mg IM) y olanzapina (5-10 mg IM; no debe combinarse con una benzodiazepina por el riesgo de hipotensión y depresión respiratoria), ambos con un perfil muy bajo de efectos extrapiramidales, aunque sus elevados costos los hacen poco accesibles (grado A).
- Procedimientos como la neuroleptización rápida (haloperidol 5 mg IM cada 30-45 minutos hasta llegar a un máximo de 30 mg) o el "coctel lítico" (combinación variable de múltiples fármacos sedantes) no son recomendables como primera opción, por el alto riesgo de síntomas extrapiramidales e hipotensión postural (grado B).
- En pacientes agitados por abstinencia alcohólica, debe preferirse la administración de un benzodiacepina (la disminución del umbral convulsivo, desaconseja el uso de antipsicóticos, particularmente clorpromazina); la más utilizada en nuestro medio es el diazepam, en dosis de 10 a 20 mg EV, pero no por vía IM por lo errático de su absorción (grado A). También podría usarse el midazolam, en dosis de 2,5-10 mg EV o IM (grado C).

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- En caso de intoxicación por un depresor del SNC (alcohol o benzodiazepinas) debe evitarse el uso de benzodiazepinas (especialmente por vía EV), por el riesgo de depresión respiratoria (grado A).
- Cuando se trate de una agitación con compromiso del sensorio (delirio), no es recomendable el uso de benzodiazepinas, prefiriéndose la administración de haloperidol 5 mg IM (grado B). (8)
- Para la elección del medicamento antipsicótico considerar lo siguiente (grado B):
- Respuesta anterior
- Riesgo de efectos secundarios
- Ruta de administración
- Disponibilidad
- Costo
- Comorbilidad
- Potenciales interacciones con otros fármacos
- Preferencia del paciente hacia determinado medicamento.

- Para los pacientes con trastorno depresivo y conducta suicida, la literatura recomienda el uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, tales como la fluoxetina o la sertralina. Aunque algunos estudios reportaron un incremento del riesgo suicida con el uso de antidepresivos en pacientes jóvenes, los datos son controversiales y no desaconsejan el uso de dichos medicamentos. (3)
- Los pacientes con trastorno bipolar requieren el uso de estabilizadores del ánimo, tales como el litio, la carbamazepina o el valproato de sodio. (3)
- Los datos a favor de la eficacia de los antipsicóticos de primera generación en la disminución del riesgo suicida son variables. Dentro de los antipsicóticos de segunda generación, la clozapina es el que más ha demostrado una reducción significativa del riesgo suicida, pero no es un fármaco de primera línea, debido al riesgo de agranulocitosis; la risperidona y la olanzapina constituyen opciones en estos casos. (3)

Por el nivel de atención II-2 al que corresponde el Hospital de Jaén:

- Objetivos: atención de emergencia médico quirúrgica del intento de suicidio, evaluación médico psiquiátrica, hospitalización, intervención especializada adicional, capacitación a equipos multidisciplinarios en crisis.
- Modalidad de atención: evaluación médica psiquiátrica, atención de complicaciones medico quirúrgicas en pacientes con intento de suicidio.
- Criterios de referencia y contrarreferencia: transferir a nivel III-I a pacientes con intento de suicidio con alto riesgo de severidad de acuerdo a evaluación psiquiátrica. (1)

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Tratamiento psicoterapéutico

El tratamiento psicoterapéutico debe ser realizado por un profesional capacitado y contempla tres áreas: evaluación del riesgo suicida, psicoterapia con el paciente y terapia familiar.

- Evaluación del riesgo suicida: Deben priorizarse las dimensiones de la problemática suicida (causas, dificultades, soluciones, acciones concretas) y del espectro suicida (deseo/intención, idea o pensamiento, plan, intento), enfatizándose a la entrevista y observación como técnicas principales de intervención psicológica, dándose relevancia al juicio clínico que el experto determine.
- La evaluación de los factores de riesgo y protectores se debe dar de forma específica, además de la triada cognitiva. Debe también evaluarse el nivel motivacional, vincularidad, logros, habilidades y actividades gratificantes, pues son importantes tanto para la evaluación del riesgo suicida como para la intervención psicoterapéutica.
- Para algunos autores la valoración del riesgo suicida también implica ver los recursos personales psicológicos y la situación grupal, estructura familiar y social, además de las limitaciones, las deficiencias personales psicológicas (rasgos de personalidad, patología psiquiátrica, etc.), y la posibilidad de un tratamiento Co psicoterapéutico y/o farmacológico, y también si procede un internamiento psiquiátrico. También debe evaluarse el nivel de desesperanza y potencial suicida, así como la existencia de idea homicida o binomio suicidio-homicidio. Un elemento esencial en el manejo del riesgo es el mantenimiento oportuno y meticuloso de registros, y el análisis descriptivo del riesgo beneficio de las acciones consideradas por el clínico.
- En general, aunque existen varias escalas que miden el riesgo suicida (Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Intención Suicida de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, por poner algunos ejemplos), sus resultados no deben ser usados como criterio único de valoración del riesgo auto eliminatorio, pues no discriminan con exactitud la severidad ni son predictores del riesgo suicida, de modo tal que el psicólogo debe evaluar la pertinencia de su aplicación.
- Psicoterapia con el paciente: Toda conducta suicida supone un desequilibrio entre las capacidades del sujeto, sean emocionales o relaciones, y el impacto de una nueva situación (puntual o por acumulación); es en este marco que el suicidio se presenta como una posible estrategia de solución al malestar que se plantea, padezca o no la persona de un trastorno mental.(1)

Objetivos: Contener emocionalmente al paciente, reducir la mortalidad y brindar alternativas de solución al problema diferentes al suicidio. Esto puede considerarse

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

como una breve "ayuda de emergencia". Se puede concretizar a una "escucha activa" a través de la entrevista y observación psicológica, especialmente de corte motivacional, y la aplicación de técnicas cognitivas comportamentales. La psicoterapia del paciente suicida en el Departamento de Emergencia tiene los lineamientos básicos de la psicoterapia individual y familiar; su intervención se diferencia en el nivel de riesgo suicida y la brevedad del tiempo.

Principios: Empatía, escucha activa, tendencia a ser directivo, actitud cálida, comprensiva y firme, lenguaje breve, preciso y claro, no crítica, brindar seguridad al paciente.

Fases:

1) Crítica: Contención emocional, favorecer la expresión emocional y verbalización del problema, focalización del problema actual, manejo de la resiliencia y vulnerabilidad, posibilitar la toma de conciencia (insight), alerta al lenguaje no verbal, priorizar preguntas abiertas, análisis del espectro suicida, contrato comportamental de no suicidio y trabajo de la culpa.

2) Transicional: Análisis funcional del problema que se vive de acuerdo a las circunstancias y creencias, descripción de los estímulos externos e internos que desencadenan los pensamientos de suicidio a través de la técnica de triple columna, con el objetivo de identificar y reestructurar el pensamiento disfuncional en pacientes con riesgo suicida bajo o medio, registrando la situación, pensamientos, emociones y conductas que aparecen en momentos de malestar intenso (Registro ABCD).

Otra técnica útil consiste en ayudarle a cambiar la ratio costo beneficio, anotando y discutiendo los pros y contras de morir y seguir viviendo con el peso numérico de cada respuesta. El entrenamiento en solución de problemas ayuda a entender y superar las dificultades y buscar alternativas diferentes del suicidio; el método directo o indirecto a través de metáforas es bien asimilado por el paciente.

El trabajo de la autoestima puede iniciarse con la revaloración del yo, técnica de doble disputa, reforzamiento positivo de logros, habilidades y actividades gratificantes, buscándose connotar positivamente la competencia personal en diferentes áreas de la vida y empezar el desarrollo de la autoeficacia. La Técnica de restructuración cognitiva ayudará a que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros; de esta manera disminuirá la desesperanza y se podrá dar inicio al análisis funcional de los recursos cognitivos, afectivo-emocionales y comportamentales, flexibilizando la rigidez mental del paciente. (1)

Derivación al especialista: Según el caso se recomienda el tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico en Consulta Externa de Psiquiatría o Psicología,

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

una vez controlado el riesgo suicida, y en ocasiones más graves se recomienda el ingreso hospitalario.

Intervención psicoterapéutica familiar: Es importante conocer las opiniones de los familiares sobre los motivos que llevan al paciente a querer acabar con su vida, y barajar alternativas de solución o brindar el apoyo emocional respectivo. Los objetivos principales para dicha aproximación en emergencia consisten en la sensibilización a través de un abordaje directo con la asignación inmediata de la responsabilidad al sistema familiar, así como generar en los familiares la empatía a través de la expresión y comprensión de sentimientos con las emociones del paciente, posibilitando un mejor reforzamiento del vínculo y soporte familiar. Debe analizarse la dinámica familiar, considerando la identificación de diversos factores como son el grado de madurez de los integrantes de las familias, su asesoramiento, nivel intelectual y conocimientos, así como el tipo de familia y grado de compromiso de cada miembro; todo esto permite facilitar el manejo adecuado de los roles y límites funcionales según la etapa del ciclo vital, las necesidades y los conflictos subyacentes. Se debe orientar respecto a las señales de alarma y brindar pautas para el control de medios lesivos. También se debe orientar respecto a los mitos e importancia de la expresión de afectos positivos y comunicación asertiva, para después dar pase a la labor psicoterapéutica, tanto individual como familiar.

Por otro lado, algunas personas efectivamente no buscan la muerte, pero de todos modos requieren ayuda. En este sentido, nunca debe desdeñarse un acto autolesivo calificándolo como "gesto" o "manipulación". (1)

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Los efectos adversos dependen del medicamento utilizado. Los benzodiacepinas suelen generar somnolencia, mareos e inestabilidad en la marcha, en tanto que los antipsicóticos pueden producir además distonía aguda e hipotensión postural. (1)

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

Los criterios de severidad establecen un alto riesgo suicida en el paciente, que hacen la conducta del paciente impredecible, debemos considerarlos entonces como signos de alarma para la posibilidad de un nuevo intento de suicidio:

- Ideación suicida consistente
- Plan suicida
- Psicopatología severa: desinterés, desesperación, agitación, psicosis, compromiso de conciencia
- Pobre confiabilidad
- No conciencia real de la trascendencia del acto (insistencia del alta, intento de fuga)
- Impulsividad y/o explosividad
- Método reciente potencialmente letal

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- Conflictos y estresores intensos no resueltos (desencadenante activo)
- Pobre soporte o entorno familiar de peligro (familiares minimizadores del riesgo, hostiles, agresivos, insistentes en el alta). (1)

6.4.5. CRITERIO DE ALTA

En condiciones de alta física por medicina

Según la evaluación psiquiátrica se darán cuando el paciente esté estabilizado del cuadro clínico de ingreso (ausencia de ideación suicida) y se haya reforzado su repertorio psicológico que le permita un manejo más adecuado de la situación que lo llevo a la conducta suicida y/o cuente con buen soporte familiar. Es útil la intervención de un equipo multidisciplinario que trabaje con el paciente y con la familia las recomendaciones pertinentes.

Cita próxima programada con psiquiatría y/o psicología especificando la fecha por consultorio externo.

En caso de duda se puede establecer junta médica. (1)

6.4.6. PRONÓSTICO

De acuerdo a cada situación estudiada. (1)

6.5. COMPLICACIONES

Dependen del intento suicida perpetrado y pueden incluir infecciones de heridas, cicatrices u otras lesiones permanentes, reacciones alérgicas, esofagitis, úlcera gástrica, neumonía aspirativa, convulsiones, secuela neurológica, coma, paro cardiorrespiratorio u otros (3).

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

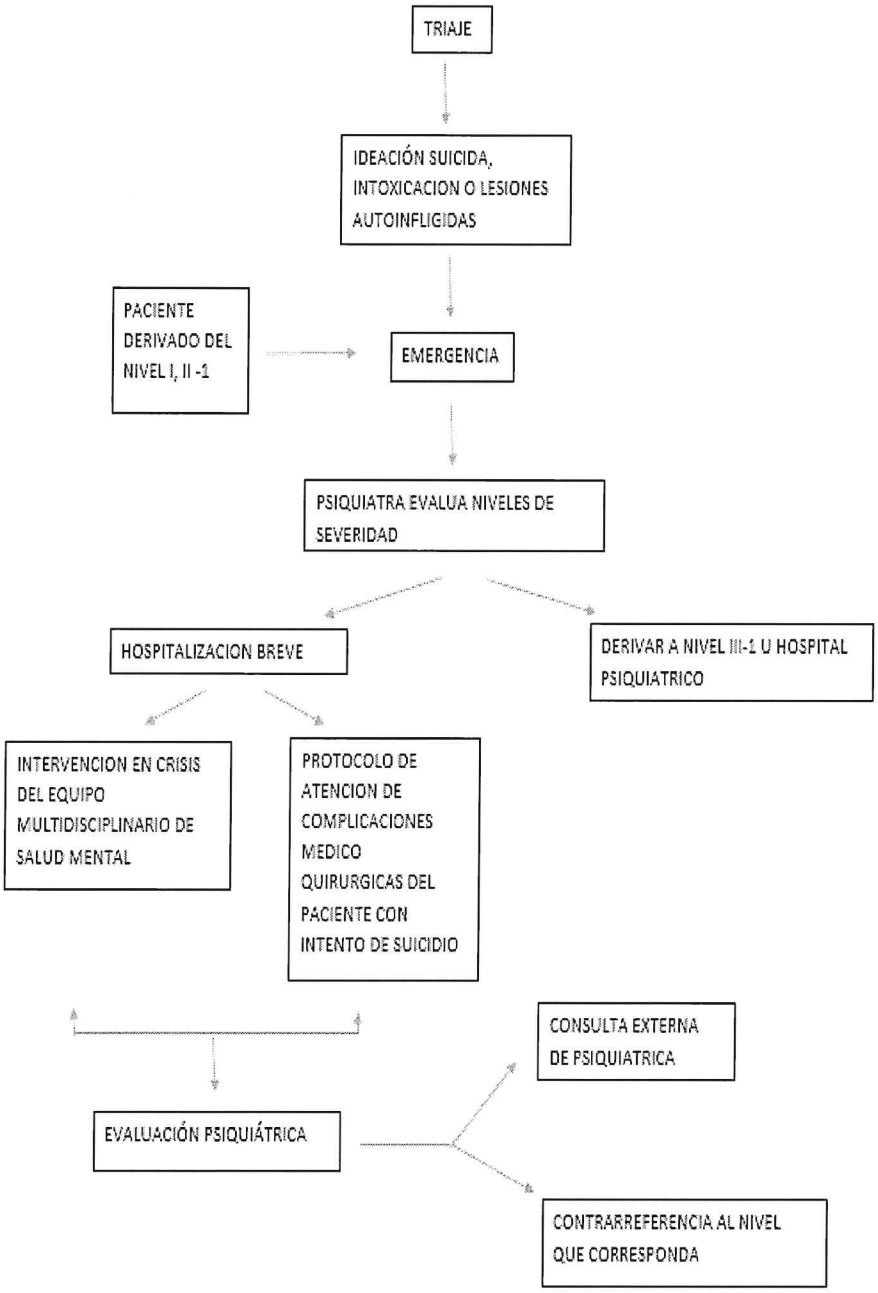
Relacionado a la derivación de centros especializados, como ejemplo en el caso que necesite alguna intervención quirúrgica y/o atención en salud mental.

La referencia a centros de mayor complejidad debe darse cuando resulta insuficiente la atención brindada, para lo cual se utilizará los medios disponibles en el centro de origen, como, por ejemplo, aviso telefónico, radio, ambulancia, camilla, etc. Con el propósito de evacuar lo más rápido posible al paciente que requiera atención. Es conveniente agregar una hoja de derivación que contenga los datos precisos que debe conocer el equipo de guardia de referencia. (1)

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

6.7. FLUXOGRAMA

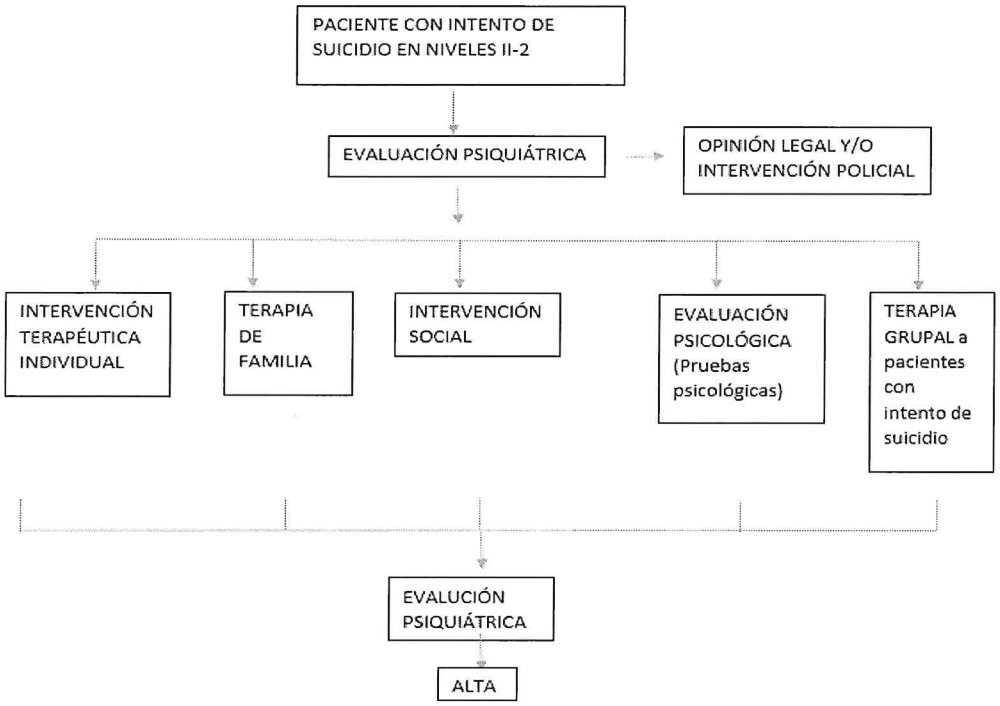
FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN EL NIVEL II-2: HOSPITAL GENERAL DE JAÉN



FUENTE: Guía de práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado — Hideyo Noguchi",

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

FLUXOGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL



FUENTE: Guía de práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado — Hideyo Noguchi",

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

VII. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA SSI

Elaborada por A.T. Beck, M. Kovacs y A. Weissman. Mide la gravedad de la ideación suicida. Consta de 19 ítems.

Población: de 17 años en adelante

Interpretación: Bajo: 0-17 puntos
Medio 18- 30 puntos
Alto: mayor a 30 puntos

1. *Deseo de vivir*
   0. Moderado a fuerte
   1. Débil
   2. Ninguno

2. *Deseo de morir*
   0. Ninguno
   1. Débil
   2. Moderado a fuerte

3. *Razones para vivir/morir*
   0. Porque seguir viviendo vale más que morir
   1. Aproximadamente iguales
   2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
   0. Ninguno
   1. Débil
   2. Moderado a fuerte

5. *Deseos pasivos de suicidio*
   0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
   1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
   2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
   0. Breve, periodos pasajeros
   1. Por amplios periodos de tiempo
   2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
   0. Raro, ocasional
   1. Intermitente
   2. Persistente o continuo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
   0. Rechazo
   1. Ambivalente, indiferente
   2. Aceptación

9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de* acting out
   0. Tiene sentido del control
   1. Inseguro
   2. No tiene sentido del control

10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
    0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
    1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
    2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. *Razones para el intento contemplado*
    0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
    1. Combinación de 0 y 2
    2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
    0. No considerado
    1. Considerado, pero detalles no calculados
    2. Detalles calculados/bien formulados

13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
    0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
    1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
    2. Método y oportunidad accesibles
    2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
    0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
    1. Inseguridad sobre su valor
    2. Seguros de su valor, capacidad

15. *Expectativas/espera del intento actual*
    0. No
    1. Incierto
    2. Si

16. *Preparación actual para el intento contemplado*
    0. Ninguna
    1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
    2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. *Nota suicida*
    0. Ninguna
    1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
    2. Nota terminada

18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
    0. Ninguno
    1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
    2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
    0. Reveló las ideas abiertamente
    1. Frenó lo que estaba expresando
    2. Intentó engañar, ocultar, mentir

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

ANEXO 2: ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK

Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Consta de tres partes bien diferenciadas:

- Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio ítems 1 a 8)
- Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio ítems 9-15)
- Otros aspectos ítems 16-20)

Interpretación:

- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).
- A mayor puntuación, mayor gravedad.

I. Circunstancias objetivas

1. *Aislamiento*
   0. Alguien presente
   1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
   2. Nadie cerca o en contacto
2. *Medición del tiempo*
   0. La intervención es muy probable
   1. La intervención es poco probable
   2. La intervención es altamente improbable
3. *Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas*
   0. Ninguna
   1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
   2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. *Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento*
   0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
   1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
   2. No contactó, ni avisó a nadie
5. *Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)*
   0. Ninguno
   1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
   2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. *Preparación activa del intento*
   0. Ninguna
   1. Mínima o moderada
   2. Importante
7. *Nota suicida*
   0. Ninguna
   1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
   2. Presencia de nota
8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*
   0. No comunicación verbal
   1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
   2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*
   0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
   1. Componentes de 0 y 2
   2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*
    0. Pensó que era improbable
    1. Posible pero no probable
    2. Probable o cierta
11. *Concepción de la letalidad del método*
    0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
    1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
    2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. *Seriedad del intento*
    0. No intentó seriamente poner fin a su vida
    1. Inseguro
    2. Intentó seriamente poner fin a su vida

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

13. *Actitud hacia el vivir/morir*
    0. No quería morir
    1. Componentes de 0 y 2
    2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*
    0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
    1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
    2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*
    0. Ninguno, impulsivo
    1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
    2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*
    0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
    1. Acepta tanto el intento como su fracaso
    2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*
    0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
    1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
    2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*
    0. Ninguno
    1. 1 o 2
    2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*
    0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
    1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
    2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*
    0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
    1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
    2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

ANEXO 3: ESCALA DE HAMILTON DE DEPRESIÓN

Su versión reducida consta de 17 ítems, que es la recomendada por el instituto nacional de salud mental de estados unidos.

Cada cuestión tiene tres a cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0-52.

La guía de práctica clínica elaborada por el NICE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimidos: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: > 23

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3 4
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
	3
	4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1
	2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspeccción (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
	2
- No se da cuenta que está enfermo	3

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

ANEXO 4: ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Evalúa expectativas de la persona sobre su futuro
Nº DE ITEMS 20
Se utiliza en población con trastorno psicótico de inicio
Interpretación: valor de 1 a los ítems verdaderos 2,4,7,9,11,12,14,16,17,28 y 20, el resto falsos. el punto de corte más elevado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.
INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: por favor, señale si las siguientes afirmaciones, se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero poder conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miró hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda desear una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir lago que desee, porque probablemente no lo lograré		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Dirección General de Salud de las Personas - Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. Aprobada por Resolución Ministerial N º 422-2005/MINSA. Lima- Perú. 2008
2. Coronado O, Díaz M, García. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del intento de suicidio. Hospital Cayetano Heredia. Departamento de emergencia y cuidados críticos. Aprobada por Resolución Ministerial N º 16635- 2017. Lima- Perú .2017.
3. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado — Hideyo Noguchi", Aprobada por Resolución Ministerial N º 526-2011/MINSA. Lima- Perú. 2015.
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Galicia, 2012. Versión digital: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC 481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf. (último acceso: septiembre del 2016).
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington DC: ops, 2014.Versión digital: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf (último acceso: septiembre del 2016).
6. Contreras J, Atencio P, et al. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del sistema informativo Nacional de defunciones (SINADEF). Rev. Neuro-psiquiátrica vol. 85 N°1. Lima- Perú .2022.
7. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado — Hideyo Noguchi". Aprobada por Resolución Directoral 002302-2014-DG/INSM"HD-HN". Lima- Perú. 2014.
8. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y conducta agresiva. Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado — Hideyo Noguchi". Aprobada por Resolución Directoral 001637-2015-DG/INSM"HD-HN". Lima- Perú. 2015.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú