



# Resolución Directoral

Santa Anita, 15 de Abril de 2020

## VISTO:

El Expediente 20MP-03461-00 y Memorando N° 043-2020-DRESAM-HHV, sobre aprobación e implementación del Programa de Atención Integral de la Depresión y Prevención del Suicidio, y;

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley No. 26842 Ley General de Salud, señalan 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 citada Ley prescribe que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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, el Artículo 1° de la Ley 29889, Ley que modifica el Artículo 11° de la Ley 26842, Ley General de Salud, que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, señala: Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, con el documento de visto, el Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, solicita a la Dirección Adjunta la aprobación e implementación del Programa de Atención Integral de la Depresión y Prevención del Suicidio, del Hospital Hermilio Valdizán, el cual tiene como objetivo general proveer un dispositivo de atención integral, continua, ambulatoria y especializada en salud mental a las personas con diagnóstico de trastorno depresivo moderado a severo con antecedentes de conductas y/o pensamientos suicidas; y que debido a su condición de salud mental presentan una disfuncionalidad individual, familiar y social, provocando una falta de adaptación con su medio ambiente, de manera que podamos ayudarlos a adquirir o recuperar las habilidades y confianza para vivir con éxito en la comunidad; y como objetivos específicos : brindar soporte y tratamiento psicoterapéutico especializado al usuario y sus familias, y disminuir y atenuar los factores de riesgo para el suicidio, entre otros;

Que, el referido Programa de Atención Integral se aplicará en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social, a través de un trabajo intersectorial enfocado en la comunidad y como parte de la ampliación de nuevas ofertas terapéuticas, por lo que su aplicación será en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, en coordinación con el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, y otros Organos y/o Unidades Orgánicas del Hospital; por lo que se hace necesario expedir el respectivo acto resolutivo;



En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizan, aprobado por la Resolución Ministerial No. 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, el Director Ejecutivo de Administración y del Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el documento técnico "PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO", del que consta de veintiséis (26) páginas, que adjunto a la presente forma parte de la presente resolución.

**Artículo 2°.-** El Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, informará periódicamente a la Dirección General, sobre el desarrollo de la implementación del Programa de Atención Integral que se aprueba con la presente Resolución.

**Artículo 3°.-** Disponer que la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente Resolución en el portal de la página Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Hermilio Valdizán

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General (e)  
C.M.P. N° 21409 R.N.E. 12799

GLCV.  
DISTRIBUCIÓN  
SDG  
OEA  
DRSM  
DSMAG  
OEI  
OAJ  
ARCHIVO

**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN Y  
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**



**HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**  
**DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL**

---

**SANTA ANITA – 2020**



# PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



## DIRECCIÓN GENERAL

Dra. Gloria Luz Cueva Vergara

## SUBDIRECCIÓN GENERAL

Dra. Rosa Casanova Solimano.

## DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL

### Autores:

#### **Romualdo Giancarlo Biaggi Ortega**

Médico Psiquiatra – Psicoterapeuta

Jefe del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental

#### **Vivian Rosario Anticona Gadea**

Psicóloga – Psicoterapeuta

Departamento de Rehabilitación en Salud Mental

**2020**

ÍNDICE



## ÍNDICE

### Contenido

I. Introducción.	4
II. Justificación.	8
III. Finalidad.	11
IV. Objetivos.	11
4.1 Objetivo general	11
4.2 Objetivos Específicos	13
V. Bases Legales.	12
VI. Ámbito de aplicación.	13
VII. Metodología.	13
7.1 Población beneficiaria:	13
7.2 Criterios de Inclusión:	13
7.3 Criterios de Exclusión:	14
7.4 Perfil del usuario:	14
7.5 Admisión al Programa:	14
7.6 Evaluación de Entrada:	15
7.7 Intervenciones Terapéuticas:	16
7.8 Talleres:	16
VIII. Recursos.	16
8.1 Recursos Humanos:	16
8.2 Recursos Materiales:	17
IX. Programa.	17
X. Disposiciones finales.	17
XI. Bibliografía.	18
XII. Anexos	20



## I. Introducción

Los trastornos afectivos encabezan la lista de los desórdenes neuropsiquiátricos más frecuentes en el mundo, y se presentan en una amplia gama de culturas y sociedades. A su vez el trastorno depresivo unipolar se ubica como la principal causa que genera una considerable discapacidad en el funcionamiento físico, social y de roles, comparable y en algunos casos de mayor repercusión que alguna de las principales enfermedades médicas crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes y artritis (1). Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal, lo que cuesta a la economía mundial US\$1 billón al año aproximadamente (2).

Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50% y a pesar de la introducción de nuevos psicofármacos antidepresivos y esquemas terapéuticos, entre un 19% y 34% no van a tener ninguna respuesta a al tratamiento antidepresivo (3).

Así mismo la conducta suicida se encuentra vinculada hasta en un 90% a los trastornos mentales siendo la depresión y los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia, los más a menudo asociados a comportamientos suicidas. Debido a ello las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren. Y desde hace algunos años el suicidio ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los problemas de salud más graves a enfrentar (4).

Con relación a la depresión y el estrecho vínculo que guarda con el suicidio se ha observado que la mayoría de las personas que se suicidan parecen estar deprimidas y prácticamente la mitad de las personas diagnosticadas de depresión presentan ideas suicidas, por lo que se considera que se encuentran estrechamente relacionadas (5).

En la actualidad, aunque las tasas de suicidio varían considerablemente entre los países, han aumentado en un 60% aproximadamente. Y Lo que es realmente preocupante es que desde hace unos años el suicidio se ha ubicado como la segunda causa de muerte de la población joven de entre 15 a 24 años (4,6,7).

En el primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, “Prevención del suicidio: un imperativo global”, que fue publicado en el año 2014, se tuvo como principal objetivo sensibilizar respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio dándole una alta prioridad en la agenda mundial de salud pública, además de respaldar y promover el desarrollo y fortalecimiento de estrategias integrales de prevención del suicidio en los países miembros (7).

En un estudio epidemiológico sobre la evolución de la tasa de suicidio y las diferencias entre regiones en el Perú; se identificaron 3162 casos de suicidios (67,2% hombres) entre



el año 2004 y el 2013. El grupo etario con mayor incidencia fue el de 20 a 29 años (28,7%) y el 49,2% ocurrieron por envenenamiento. La tasa de suicidios pasó de 0,46 (IC 95%: 0,38-0,55) a 1,13 (IC 95%: 1,01-1,25) por 100 000 habitantes en el 2004 y 2013, respectivamente. Las mayores tasas se identificaron en Pasco, Junín, Tacna, Moquegua y Huánuco (8).

Sin embargo el Perú no cuenta con una estrategia nacional intersectorial para abordar de forma integral y oportuna esta problemática de salud pública; no obstante, las autoridades sanitarias han reconocido recientemente a la depresión y el suicidio como parte de los problemas de salud mental que ha de priorizarse en la agenda de salud de la nación (9).

Por todo lo mencionado, se ha visto necesario ampliar nuestras opciones terapéuticas y elaborar diversas estrategias contenidas en un programa de intervención denominado “Programa de atención integral de la depresión y prevención del suicidio”, con la finalidad de poder ofrecer un tratamiento especializado a este grupo vulnerable, reduciendo en lo posible los riesgos, y promoviendo una mejor calidad de vida en favor de la comunidad. Para ello hemos tomado como ejemplo las buenas experiencias de países latinoamericanos como México y Chile, cuyas realidades se asemeja mejor a la nuestra (10). Así como también de modelos de otras partes del mundo cuyo paradigma establece una coherencia en el diseño de estrategias de intervención en torno a la rehabilitación en salud mental en la actualidad y con miras hacia el futuro.

Dicho programa se llevará a cabo como parte de las intervenciones que ofrece el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, ubicado en Lima, Perú; de manera que pueda ser replicado en otros establecimientos de salud de nuestro país.

### 1. 1 Definiciones

La palabra “Suicidio” proviene del Latín sui “*de si mismo*” y caedere “*matar*”. Este término aparece por primera vez en el “*suplemento del diccionario de Trevoux*”, publicado en 1752, y en su sentido etimológico la palabra suicidio quiere decir la “*muerte provocada por uno mismo*” (11).

Debido a que el suicidio es un fenómeno complejo e independiente, se han elaborado muchas explicaciones desde distintas vertientes epistemológicas. Uno de los primero que desarrolló toda una teoría social en torno al suicidio fue el sociólogo E. Durkheim con su importante obra “El suicidio” (1897), nos muestra que el suicidio no es un acto que pueda comprenderse sólo desde la problemática personal del sujeto que lo realiza, sino que su sentido se construye en el orden cultural y simbólico en aquél que está inmerso, estos fenómenos individuales responden a una causa social. Para Durkheim el suicidio se expresaba en mayor porcentaje en aquellas sociedades en donde existe un desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay una contradicción entre



las leyes escritas y las exigencias sociales nuevas, vinculados con una desviación social, a este concepto le denominó anomia social y al tipo de sociedad le llamó sociedad suicidógena, dejando claro como existen sociedades con síntomas patológicos que no permite una integración o regulación social del individuo en la sociedad (12).

Los estudios estadísticos sobre el suicidio en las sociedades europeas de finales del siglo XIX, hizo que Durkheim propone la siguiente clasificación del suicidio (12):

- Suicidio egoísta: existe una alienación del individuo con la sociedad.
- Suicidio altruista: el suicidio ideológico donde los códigos y deberes de una sociedad están por encima del individuo.
- Suicidio anómico: Falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

Por su lado Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, fue uno de los primeros en darle una explicación psicológica a este fenómeno, y señala en un artículo publicado en 1917, “Duelo y Melancolía”, la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo, su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, y la esperanza del sujeto de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de su frustración. Señala además que en la melancolía, existe un acto autodestructivo que se explica por el funcionamiento de un Superyó sádico que vulnera o ataca a un Ego débil y masoquista. Además este autor lo asocia a una falla de la función yoica en relación a la orientación y a su vivencia con el mundo exterior y el control de los impulsos tanáticos (13).

Para Carl G. Jung, psiquiatra y discípulo de Freud, refiere que el deseo de muerte es un símbolo que tiene como significado el deseo de acabar o poner fin a ciertos aspectos ‘oscuros’ de la propia persona o su entorno, para renacer de una forma distinta y mejorada. El suicidio sería la consumación literal de aquel deseo simbólico de transformación.

Desde la psicología analítica, la depresión es un proceso psicopatológico en el contexto del proceso de individuación que tiene como objetivo modular el desarrollo de las estrategias evolutivas necesarias para la adaptación y la individuación. El proceso de individuación consiste en la realización más completa que sea posible del programa arquetípico de ser uno mismo, en otras palabras llegar a ser uno mismo, tanto a nivel individual como colectivo. Es por ello que la depresión podría ser vista también como estrategia individuante que se caracteriza por contribuir a la modulación homeostática del programa arquetípico en desarrollo del individuo. Toda depresión reclama generar la transformación del sentido existencial para la vida del individuo, es por esto que requiere de la elaboración simbólica de los signos y síntomas. Esto requiere poder transitar por la experiencia de la muerte simbólica de los aspectos negativos del Ego y su posterior renacimiento, a partir de su retorno de la centroversión hacia el Self, posibilitando así la re-





emergencia del Eros profundo, y con ello, la transformación de la personalidad y la vida (14).

En 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: “Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (5).

Rojas (1984) define a la conducta suicida de la siguiente manera: “Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva” (15).

Shneidman, conocido como el padre de la ‘Suicidología’, definió el suicidio como un acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. Aunque el suicidio es un mismo evento en todos los casos, cada sociedad ha mantenido hacia éste consideraciones y acercamientos tan variables como sus peculiares principios culturales, religiosos, morales e ideológicos (16).

En Suicidología se distinguen los siguientes conceptos:

- Suicidabilidad: Un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.
- Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.
- Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.
- Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Shneidman describió diez características comunes a todo suicidio (16):

- El propósito común del suicidio es buscar una solución
- El objetivo común es el cese de la conciencia
- El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
- El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
- La emoción común es la desesperanza, la desesperación
- El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
- El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
- La acción común es escapar
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
- La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida



## II. Justificación

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar de carga de enfermedad con un 17,5% del total, produciendo la pérdida de 1 010 594 años de vida saludables (AVISAS), es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes. De ellas, el trastorno mental con mayor carga de enfermedad es la depresión unipolar, causando la pérdida de 224 535 AVISAS (3,9% del total), lo que significa alrededor de 7,5 años perdidos por discapacidad por cada mil habitantes. Además según los estudios epidemiológicos en salud mental se pudo observar que el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en frecuencia, con una tasa anual promedio nacional de 7,6% (17).

Por su lado el suicidio representa a escala global el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. Aproximadamente 800.000 personas se suicidan en el mundo cada año, lo que significa que cada 40 segundos fallece una persona por suicidio (18).

En la región de las Américas el suicidio presenta una tasa de mortalidad de 7,3 por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se encontraron en el grupo de 70 años de edad y mayores, mientras que en América del Norte y el Caribe no latino, las mujeres entre 45 y 59 años tenían el riesgo más alto de cometer suicidio. En la figura 1 se muestran las tasas de suicidio y la contribución de este entre las otras causas de muerte por grupo etario en la Región de las Américas (19).

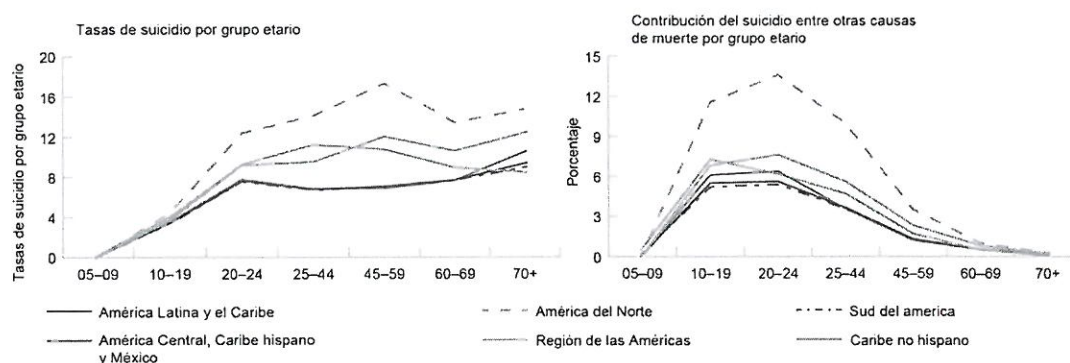


Figura 1: Fuente: Adaptado de *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Informe regional. OPS: 2014

En el Perú alrededor de mil personas se quitan la vida cada año, siendo el 80% de ellos asociados a la depresión severa, dependencia a las drogas y alcohol, y trastorno borderline de la personalidad. Además, se estima que por cada acto consumado, otras 25 personas lo han intentado, es decir, tendríamos 25 000 personas en riesgo y, por ende, el mismo número de familias comprometidas con esta problemática (9). Y según los estudios epidemiológicos realizados a nivel nacional se ha determinado que en nuestro país, la prevalencia de vida del intento suicida es mayor en la zona urbana, sobre todo en Pucallpa



(5,4%), ciudad que, conjuntamente con Puerto Maldonado (4,5%) y Ayacucho (5,2%), alcanza las cifras más altas (20, 21, 22, 23).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó una tasa de suicidio de 3,2 por 100.000 habitantes para el año 2012. Cabe señalar que, aproximadamente, 4 de cada 10 muertes por suicidio no se registran (9, 17).

Sin embargo, a pesar de ser una problemática nacional, solo el 25% de las personas que presentan algún tipo de trastorno depresivo acude a recibir atención en un centro de salud, el 20% se da cuenta de que necesita atención, pero no hace nada al respecto y el resto (55%) no advierte la enfermedad y no le presta atención. Además en el Perú como en otros países de la región se observa que el mayor número de defunciones por suicidio se presentó en el grupo de 20 a 29 años, coincidiendo con los datos mundiales donde figura el suicidio dentro de las principales causas de muerte en adultos jóvenes (9, 17, 19).

Otro factor alarmante es la etapa de vida en la que se presenta la conducta suicida, ya que la gran cantidad de personas que consuman el suicidio están en el rango de 18 a 30 años, y representa el 35% de los casos que han ocurrido durante el año. Sigue el grupo de menores de 18 años quienes representan el 16%, y los de la tercera edad con un 10% (9).

En el Hospital Hermilio Valdizán (centro especializado en salud mental) pudimos observar que entre el año 2018 y 2019, un total de 521 personas ingresaron a al Servicio de Emergencias con el diagnóstico de 'Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente' (Z91.5 CIE-10); de los cuales se observó (Figura 2) que los adultos jóvenes (de 19 a 40 años) son el grupo en mayor riesgo con el 61% de casos, seguido por el grupo de adultos medios (de 41 a 65 años) con el 20% y los adolescentes con el 18%. Además, se observa igualmente, que el grupo de adultos jóvenes tuvieron mayor número de casos de re intentos de autolesión/suicidio con el 57%, seguidos por los adultos medios con el 29% y adolescentes con el 14%.

Asimismo, el 75% era de sexo femenino y el 25% del sexo masculino; y según el estado civil, el 83% es soltero, el 10% casado, el 5% es conviviente.



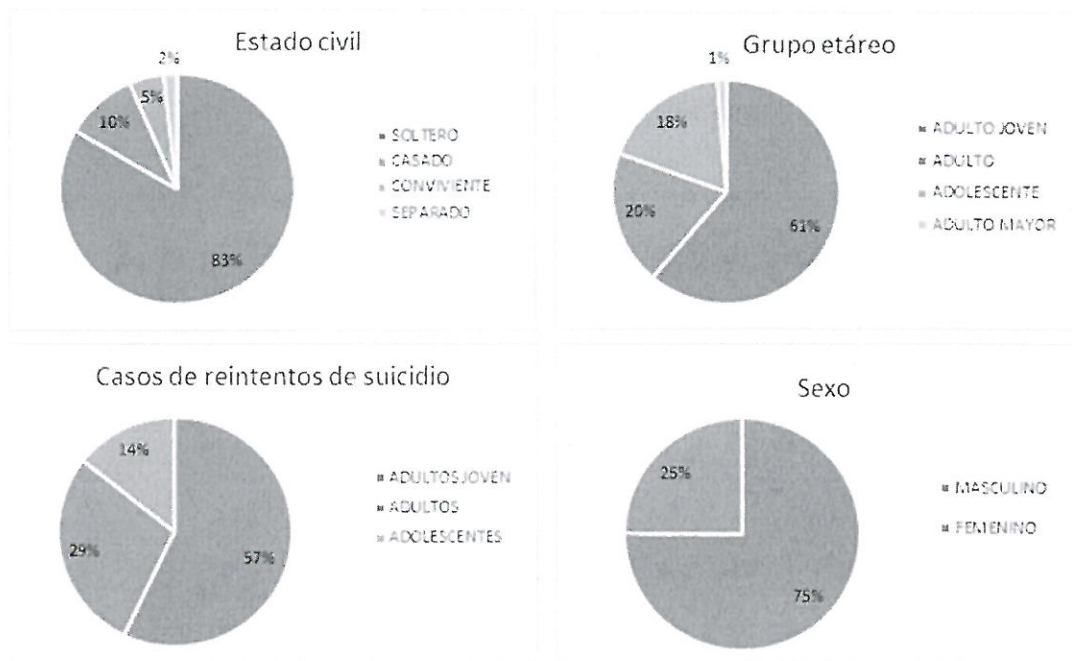


Figura 2. Datos iniciales de usuarios ingresados a emergencia por 'Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente', en el año 2018 y 2019 en el Hospital Hermilio Valdizán en Lima. Fuente: Servicio de Estadística e Informática - Hospital Hermilio Valdizán

A nivel mundial se ha encontrado que los programas de intervención, prevención y promoción han tenido resultados favorables, ya que se han registrado una disminución del 26% de la tasa de suicidio a nivel mundial durante el año 2000 al 2012, siendo este un indicador de la mejoría en cuanto a las políticas de salud pública de los países miembros que se comprometieron en reducir la mortalidad general de la población (18).

Tomando en cuenta la falta de un plan nacional intersectorial para la prevención del suicidio, que además de abordar este grave problema de salud pública, podamos contar con un adecuado registro para obtener datos más precisos que se acerquen a nuestra realidad y puedan ser determinantes a la hora de la toma de decisiones y la priorización de estrategias de salud pública.

Uno de los desafíos a superar es el estigma en torno a los trastornos mentales y el suicidio, que disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan de forma oportuna.

Para ello es prioritario y necesario que la conducta suicida sea prevenida y atendida de forma oportuna y eficaz, a través de una serie de dispositivos e intervenciones que permitan un abordaje integral para la elaboración e integración psicoterapéutica de dicha experiencia, a la vez que se sostiene al individuo vulnerable en su proceso de



recuperación. Por lo mencionado anteriormente se ha visto necesario implementar un programa de atención integral para la prevención y el manejo de la conducta suicida.

### **III. Finalidad**

El Modelo Integral de Rehabilitación en Salud mental del Hospital Hermilio Valdizán, aborda las áreas biológica, psicológica, sociocultural y espiritual como ejes principales que permiten que todo ser humano logre alcanzar una vida plena y satisfactoria. A su vez comprendemos que la persona es un ser social que interactúa y se interrelaciona con su medio y este a su vez ejerce una influencia sobre el individuo, modelando su forma de ser con el mundo. De tal forma que el trabajo abarca tanto aspectos individuales de la persona, como familiares, sociales y comunitarios, reforzando los vínculos, estableciendo nuevos roles, y generando una mayor adaptación social como y una identidad colectiva que permite una mayor cohesión de la personalidad y otorga un sentido de pertenencia grupal sanador, promoviendo la participación social a través de dinámicas y talleres grupales que se desarrollan en un contexto libre de prejuicios, facilitando y revalorizando la expresión emocional de nuestro usuarios.

Nuestro trabajo comprende tres estrategias de intervención:

1. La primera es el abordaje centrado en la persona y el desarrollo de herramientas y habilidades para hacer frente a los factores estresores cotidianos.
2. La segunda estrategia es Ecológica y se enfoca en direccionar esfuerzos para el desarrollo de recursos medioambientales que permitan reducir los potenciales factores estresores, trabajando con la familia, sociedad y comunidad.
3. Y la tercera es el trabajo intersectorial donde se coordinan esfuerzos junto a la sociedad civil, los medios de comunicación y las administraciones públicas y/o privadas, entendiendo que la salud mental es tarea de todos. De manera que se pueda sensibilizar a la población sobre el estigma en salud mental a través de programas de promoción y prevención, que faciliten la participación de los usuarios en su comunidad a través del respeto y el ejercicio pleno de sus derechos.

### **IV. Objetivos**

#### **4.1 Objetivo General**

- El objetivo es proveer un dispositivo de atención integral, continua, ambulatoria y especializada en salud mental, a las personas con diagnóstico de trastorno depresivo moderado a severo con antecedentes de conductas y/o pensamientos suicidas. Y que debido a su condición de salud mental presentan una disfuncionalidad individual, familiar y social, provocando una falta de adaptación con su medio ambiente. De manera que podamos ayudarlos a adquirir o recuperar las habilidades y confianza para vivir con éxito en la comunidad.



- Se centran en abordar y minimizar las molestias provocadas por los síntomas y el deterioro funcional, con énfasis en lograr la mayor autonomía e independencia individual posible para cada persona, proporcionando herramientas que puedan servir a una mejor adaptación social y a una mejor calidad de vida.
- Buscando una mejor comprensión y adaptación de la persona en relación a sus síntomas, y facilitando la elaboración simbólica, otorgando un sentido ajustado para cada proceso terapéutico, con el reconocimiento y la aceptación de nuevas características de la personalidad como respuesta al conflicto que puedan traer consigo potencialidades creativas.

#### 4.2 Objetivos específicos

- Brindar soporte y tratamiento psicoterapéutico especializado al usuario y sus familias.
- Coordinar la atención al usuario con los distintos departamentos y servicios del HHV.
- Disminuir y atenuar los factores de riesgo para el suicidio.
- Contribuir a la disminución de los indicadores en relación al suicidio y la depresión.
- Contribuir con el cumplimiento de la reducción de la tasa nacional de suicidio para el año 2030.
- Generar un programa que pueda servir de modelo y ser replicado en otros centros de salud mental del país, a través de su adaptación intercultural.
- Generar estrategias intersectoriales para la prevención del suicidio.
- Fortalecer de las competencias de los profesionales de la salud.
- Brindar capacitaciones al personal sanitario que labora en los CSMC.
- Realizar campañas de sensibilización social frente a la depresión y el suicidio.
- Generar vínculos intersectoriales junto a instituciones académicas (Universidades e institutos), medios de comunicación, administraciones públicas y sociedad civil.

#### V. Bases legales

- La Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Ley 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.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Ley N° 30362, Ley que eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N° 001-2012- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 010-2012-ED, que aprueba el Reglamento de la Ley N° Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.



- Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que aprueba 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.
- Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, que aprobó la NTS N° 034

## **VI. Ámbito de aplicación**

El Programa de atención integral para la depresión y prevención del suicidio, ha sido elaborado por el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, se aplica en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social, a través de un trabajo intersectorial enfocado en la comunidad, y como parte de la ampliación de nuevas ofertas terapéuticas. Por tal motivo su aplicación será en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental en coordinación con el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte y otros Órganos y/o Unidades Orgánicas de la entidad en el Hospital Hermilio Valdizán.

## **VII. Metodología**

La complejidad del suicidio nos obliga a observar este fenómeno de una manera integral, tomando perspectivas de las ciencias sociales, ciencias naturales, filosofía, factores económicos, políticos, medio ambientales, etc. Es por esto que el siguiente programa engloba tanto un trabajo individual, grupal, como familiar y comunitario en el área bio-psico-socio-espiritual del ser humano a través de un abordaje interdisciplinario, intersectorial y multidimensional.

### **7.1 Población beneficiaria**

El programa buscará beneficiar aquellas personas usuarias de los servicios del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte (DSMAG) del Hospital Hermilio Valdizán que pertenezcan a los distritos de la Dirección de Redes Integrales de Salud de Lima Este, y que han hecho uso reciente de los servicios de emergencia y hospitalización, y/o se atienden de forma ambulatoria por consulta externa, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión, exclusión y el perfil del usuario.

### **7.2 Criterios de inclusión**

- Usuario mayor o igual a 17 años.
- Con historia clínica del HHV.
- Diagnóstico de trastorno depresivo moderado o grave.
- Antecedentes de ideación suicida o intento suicida.



- Paciente sin antecedentes de conducta suicida pero con factores de riesgo elevados para suicidio. (Anexo 3)
- Que se encuentra estable en su cuadro clínico y no presente criterios de alto riesgo suicida.
- Que acuda con regularidad a sus citas programadas por psiquiatría.

### 7.3 Criterios de exclusión

- Usuario menor de 17 años.
- Sintomatología activa que impida su integración al programa.
- Trastornos asociados que impidan la capacidad de elaboración mental. Ejemplo: Retraso mental moderado a severo, trastorno mental secundario a trastornos orgánicos.
- Síntomas de abstinencia o intoxicación aguda con alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Sintomatología moderada a severa a predominio de trastorno psicótico, trastorno afectivo bipolar o trastorno de la personalidad. – (Derivar a Hospital de día - DRESAM)
- Alto riesgo de concretar el suicidio. – (Derivar a Emergencia)
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución, que no permita la motivación personal por el cambio y/o interfiera en la convivencia del grupo.
- Trastorno límite de la personalidad (TLP) a predominio de conductas impulsivas y/o gestos autolesivos (Derivar a programa de violencia autoinflingida)

### 7.4 Perfil del usuario beneficiario

- Usuario con antecedente de ideación suicida y/o intento suicida reciente, asociado a un cuadro depresivo moderado o grave.
- Asociado a un núcleo traumático en la vida personal.
- Motivación intrínseca.
- Apertura para el cambio.
- Actitud colaboradora para profundizar en el conflicto.
- Interés por la autoexploración y el autoconocimiento.
- Compromiso de la familia o apoderados.

### 7.5 Procedimiento de admisión al programa

- Paciente será derivado al Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, procedente del servicio de Emergencia, Hospitalización o Consulta Externa del Departamento de Adulto y Geronte del HHV.
- Evaluación inicial: Llenado de ficha epidemiológica (Anexo 2).
- Aplicación de pruebas psicométricas:
  - Test de Depresión de Hamilton,





- Escala de Ideación suicida (SSI),
- Escala de desesperanza de Beck
- Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
- Exploración del riesgo suicida: Factores agravantes como problemas familiares, uso de sustancias, abuso sexual e intento de suicidio previo.
- De cumplir con los criterios de inclusión, se admitirá al usuario dentro del programa.
- Una vez aceptado en el programa deberá llenar y firmar el contrato terapéutico. (Anexo 1)
- Inicio de tratamiento psicoterapéutico dentro del Hospital de Día del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental.
- Evaluación intermedia: 3 meses del inicio del programa.
- Evaluación final: 6 meses del inicio del programa.

### 7.6 Evaluación de entrada

- Observación y entrevista psicológica.
- Identificación de factores de riesgo para el intento de suicidio:
  - Ser joven y del sexo femenino.
  - Tener bajo nivel socioeconómico.
  - Comenzar el consumo de alcohol y los problemas derivados a edades tempranas.
  - Consumir grandes cantidades de alcohol cada vez que se ingiere.
  - Tener personalidad antisocial, depresión, trastorno de ansiedad.
  - Tener familiares con antecedentes de intentos suicidas y que abusan del alcohol.
- **Identificación de los factores de riesgo para consumir el suicidio:**
  - Pertener al sexo masculino.
  - Presencia de un trastorno mental, especialmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
  - Intentos de suicidio previos
  - Suicidios o intentos de suicidio en la familia
  - Pérdida significativa reciente
  - Muerte o suicidio de un cercano
  - Aislamiento
  - Tener pobre apoyo social.
  - Ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas.
  - Padecer enfermedades médicas.
  - No poseer empleo.
  - Vivir solo.
  - Tener pensamientos suicidas.



- **En casos de depresión en los adultos, el riesgo de suicidio aumenta cuando se cumplen las siguientes características:**
  - Intentos suicidas previos.
  - Casos de autodestrucción en la familia o en el entorno.
  - Amenazas de suicidio (directas o indirectas).
  - Expresión de ideas concretas sobre la ejecución o los preparativos de dicho acto.
  - Calma inquietante tras un período suicidal y de agitación.
  - Sueños de autodestrucción, catástrofes.
  
- **Aplicación de instrumentos psicométricos:**
  - Escala de Depresión de Hamilton
  - Escala de Ideación Suicida (SSI)
  - Escala de Desesperanza de Beck
  - Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

#### 7.6 Intervenciones Terapéuticas

- Psicoterapia individual
- Intervención en crisis
- Psicoterapia grupal
- Terapia Multifamiliar
- Comunidad terapéutica

#### 7.7 Talleres:

- Taller de Biblioterapia y Mitoterapia
- Taller de Artes Expresivas
- Taller de Yoga Meditativo
- Taller de Horticultura Terapéutica
- Laborterapia

### VIII. Recursos

#### 8.1 Recursos humanos

Personal con formación psicoterapéutica que incluya diferentes enfoques (individual, familiar, psicodinámico, sistémico).

- 02 (dos) Psiquiatra
- 01 (un) Psicólogo psicoterapeuta
- 01 (un) Asistente social
- 01 (un) Terapeuta Ocupacional
- 01 (un) Enfermera



## 8.2 Recursos Materiales

Capacidad para 15 - 20 adultos

Requerimientos mínimos de espacio:

- Sala de espera y consultorios (espacio compartido)
- Sala de terapias y de talleres (sala de artes expresivas)
- Biblioteca (espacio compartido)
- Jardín terapéutico

## IX. Horario

### PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Sábado
8.30 am - 10:00 am		Psicoterapia grupal	Terapia Multifamiliar (*)	Psicoterapia grupal	Danza/Baile
10:00 am - 12:00 pm		• Yoga • Biblioterapia		• Artes expresivas • Horticultura terapéutica	• Juegos recreativos • Proyecto de laborterapia
2:30 pm - 4:00 pm	Evaluación de nuevos ingresantes		Evaluación de nuevos ingresantes		
4:00 p.m.- 7:00 pm	Psicoterapia individual		Psicoterapia individual	Terapia Multifamiliar (*)	

*\*Horario a elección del paciente*

## X. Disposiciones finales

- El presente plan estará en vigencia desde el día siguiente de la publicación de su aprobación con Resolución Directoral.
- El presente documento será modificado, acorde a las normativas complementarias que emita en Ministerio de Salud.



## XI. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe Washington, D.C.: OPS, © 2009
2. OMS. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]: Organización Mundial de la Salud; 2016. Recuperado de: [www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/)
3. Fava M, Davidson K. Definition and resistant depression epidemiology of treatment. *The Psychiatric Clinics Of North America*. 1996; 19(2): 179 - 200.
4. World Health Organization. Suicide Prevention: SUPRE The Worldwide initiative for the prevention of suicide [internet]; 2012. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)
5. IASP; OMS. Día Mundial de Prevención del Suicidio “Más conocimiento, más esperanza” [Internet]; 2006. Recuperado de [www.iasp.info](http://www.iasp.info).
6. International Association for Suicide Prevention (Internet). Suicide Prevention across the Life Span. World Health Organization. Recuperado de [www.iasp.info](http://www.iasp.info).
7. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxemburgo: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014.
8. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):751-7. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2562
9. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental en el Perú. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima; 2018
10. Ministerio de Salud de Chile. Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación; 2013.
11. Morón, P. *Le suicide. ¿que sais-Je?* N° 1519. Paris; 1996.
12. Durkheim, E. *El Suicidio*. Primera Edición. Madrid: Ediciones Akal; 1982. (Trabajo publicado en 1897)
13. Grinberg L. *El suicidio*. In *Culpa y Depresión: Estudio psicoanalítico*. Madrid: Alianza Editorial; 1988; Pag. 116-126
14. Saiz M. *Depresión: ¿un camino de transformación?*. Prisma; 2002. pag.118-147.



15. Rojas, E.. Estudios Sobre el Suicidio. Barcelona: Salvat; 1978.
16. Shneidman E. Definition of suicide. New York: John Wiley & Sons; 1985.
17. Instituto Nacional de Estadística e informática. Primera Encuesta Nacional especializada sobre discapacidad. Lima: INEI; 2013.
18. World Health Organization [Internet] 2019, News Room, fact - sheets, detail. Suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
19. Organización Panamericana de la Salud. *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, D.C.: OPS; 2014.
20. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2004; XIX (1-2):1- 197.
21. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2).1-212.
22. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General Anales de Salud Mental 2006; XXII (1 – 2): 1-227
23. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico de Salud Mental. En la ciudad de Abancay 2010. Anales de Salud Mental. 2011; XXVII: 110-111.



Anexo 1: Contrato terapéutico

**CONTRATO TERAPÉUTICO  
PROGRAMA "INTICANCHARI"**

Fecha:

Validez del contrato hasta la fecha:

Yo..... acuerdo con mi terapeuta ..... que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:

- Hacer algo físico (Por ejemplo, dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio, etc) como lo siguiente:


- Hace algo que me resulta o resultaba agradable (tanto si te parece agradable ahora mismo como si no) como lo siguiente:

- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como con (lista de nombres y teléfonos)

- 
- Emergencias Valdizán: 01 - 494-2410 anexo 232
  - Central policial: 105
  - Bomberos: 116
  - Denuncia contra la violencia familiar y sexual: 100
  - Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia (SAMU): 106
  - Servicio telefónico de ayuda:
  - Otros:



Anexo 2: Ficha epidemiológica



**PERÚ** Ministerio de Salud

**HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN**

**ANEXO 1: VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA**  
**FICHA DE REGISTRO**

Código único de ficha:  Fecha de notificación:

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

RED/DIGA/DIRESA/GERESA:  Establecimiento de salud:

Nivel de atención:  Fecha de atención:

**II. DATOS DEL PACIENTE**

1. APELLIDO PATERNO:  APELLIDO MATERNO:  NOMBRES:  2. N° H. Clínica:

3. Fecha de nacimiento:  4. Teléfono:  5. Celular (apoderado):  6. N° DNI:

7. Dirección actual: 8. Departamento: 9. Provincia: 10. Distrito:

11. Edad:  12. Sexo:  13. Seguro de salud:  14. Tipo de seguro:

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? No recibe apoyo  Padres  Hermanos  Pareja  Otros  Especificar:

16. Grado de instrucción:  17. Ocupación:

18. Gestante:  Sí  No  Edad gestacional (semanas):  19. Parturera:  Sí  No  Semanas Postparto:

**III. ANTECEDENTES**

1. Antecedente de intento suicida: Nunca  Una vez  Dos veces  Más de dos veces

2. Edad del paciente en su primer intento suicida:  3. Número de intentos en el presente año:

4. Tratamiento psicológico / psiquiátrico previo a/los intento(s):  Sí  No

**IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL**

1. Motivo (s) del intento:

a. Problemas con su pareja o pareja  a. Problemas con otros pacientes  i. Experiencia violenta, inmadura o traumática

b. Problemas con sus padres  b. Problemas económicos  Especificar:

c. Problemas con sus hijos  c. Por problemas con su salud física  j. Otro  Especificar:

d. Problemas con sus pares  d. Por problemas en su salud mental  k. Sin motivo aparente

2. Planificación del intento:  Sí  No

3. Uso de sustancias psicoactivas: No  Alcohol  Marihuana  PBC  Clorhidrato de cocaína  Fentanilo  Otro  Especificar:

4. Medio utilizado:

Medio de propagación y líquidos fosforados (gasolina, carbencol, etc.)  Suspensión (anestésicos)  Intoxicación medicamentosa

Arma blanca (hoja de afeitar, vidrio, clavo, cuchillo)  Arma de fuego (pistola, revólver)  Corriente eléctrica mortalis, desinfectante, lejía

Lanzamiento al vacío  Otro  Especificar:

**V. DIAGNÓSTICO ACTUAL**

1. Diagnóstico Psiquiátrico: Ninguno  Episodio depresivo  Psicosis  Ansiedad  Trastorno depresivo recurrente  Otro  Especificar:

2. Diagnóstico de otra enfermedad médica: Ninguno  TBC  VIH/SIDA  Cáncer  Otro  Especificar:

3. Tipo de violencia: Ninguno  Físico  Sexual  Psicológico  Negligencia

4. Condición final de la atención actual: Alta  Alta voluntaria o fuga  Transferido  Especificar nombre del ETS:  Hospitalizado  Fallecido  Consulta externa

**VI. SEGUIMIENTO (3 meses)**

1. DISTRIBUCIÓN TERAPÉUTICA

4. Número de sesiones por tipo de intervención recibida:

Consulta médica  Intervención individual  Intervención familiar

Consulta psicológica  Psicoterapia individual  Visita familiar integrada

5. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?  Sí  No

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

Realiza actividades personales/familiares: Totalmente  Parcialmente

Realiza actividades laborales: Totalmente  Parcialmente

Realiza actividades sociales: Totalmente  Parcialmente

3. EVOLUCIÓN: Favorable  Desfavorable sin repetición de intento suicida  Alta  Desfavorable con repetición de intento suicida  Abandono de tratamiento

PRIMA FICHA DEL PROFESIONAL CAROLINA LA FICHA DE REGISTRO



### **Anexo 3. Lista de factores de riesgo y protección de conducta suicida** (citado en Jiménez y cols, 2012)

Nota: Los factores de riesgo más relevantes se muestran acompañados de un asterisco.

#### **Factores de riesgo**

- Hombre
- Soltero
- Viudo
- Divorciado/separado
- Edad avanzada
- Depresión\* (mayor riesgo)
- Esquizofrenia
- Alcoholismo\*
- Adicción a sustancias propia\* (o familiar)
- Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia)
- Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional)
- Problemas de ansiedad
- Psicosis\*
- Desesperanza\*
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones\*
- Aislamiento\* o rechazo social
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite)\*
- Desempleado o retirado
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio\*
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática\*
- Duelo infantil
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia\*
- Trauma reciente (físico o psicológico)\*
- Plan específico de suicidio formulado\*
- Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos\*
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo\*
- Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características\*
- Preocupación por abuso pasado\*
- Altas expectativas propias
- Interés en tema de muerte
- Relación abusiva presente
- Intoxicación
- Si se trata de adolescentes: ruptura familiar o conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar

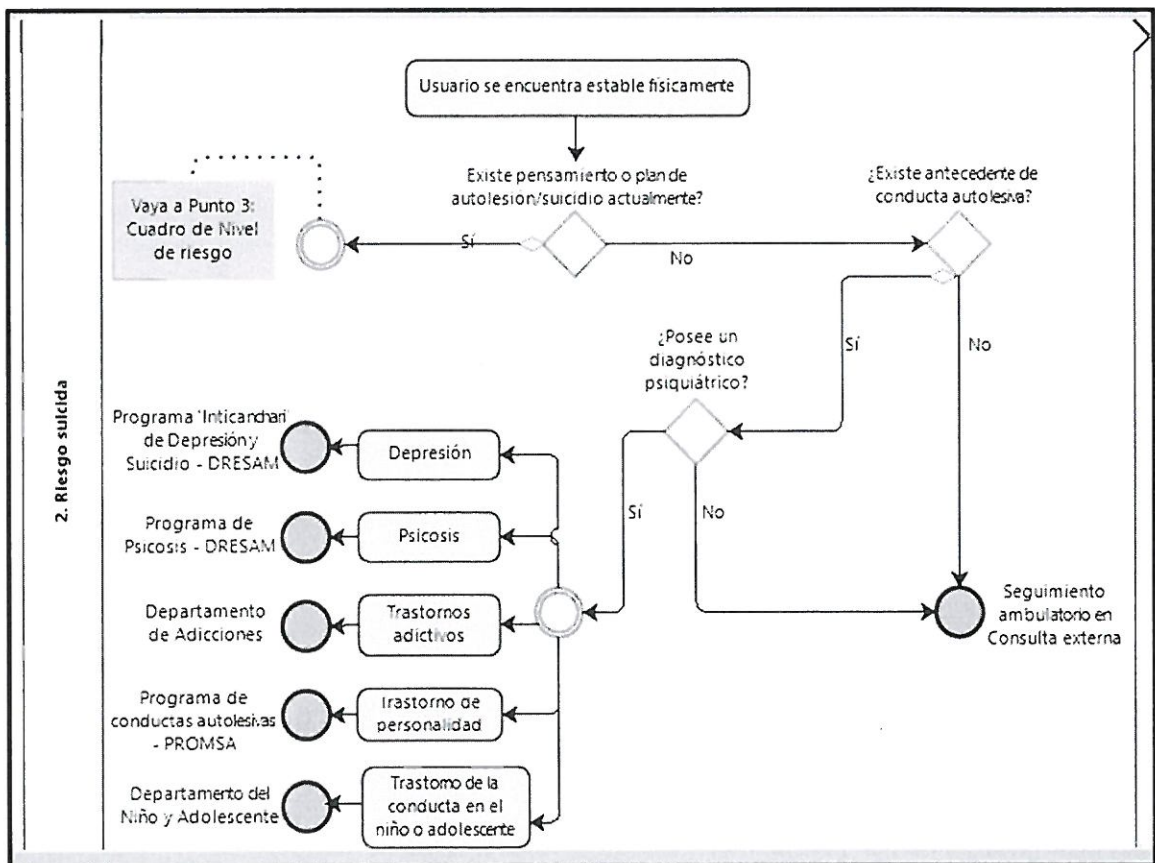
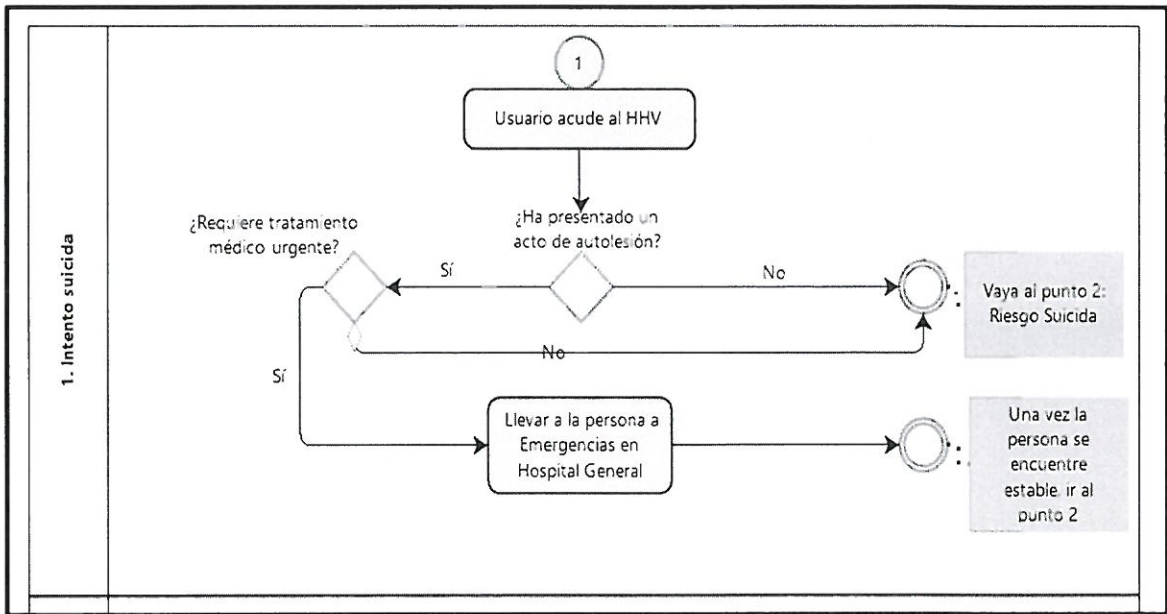
#### **Factores de protección**

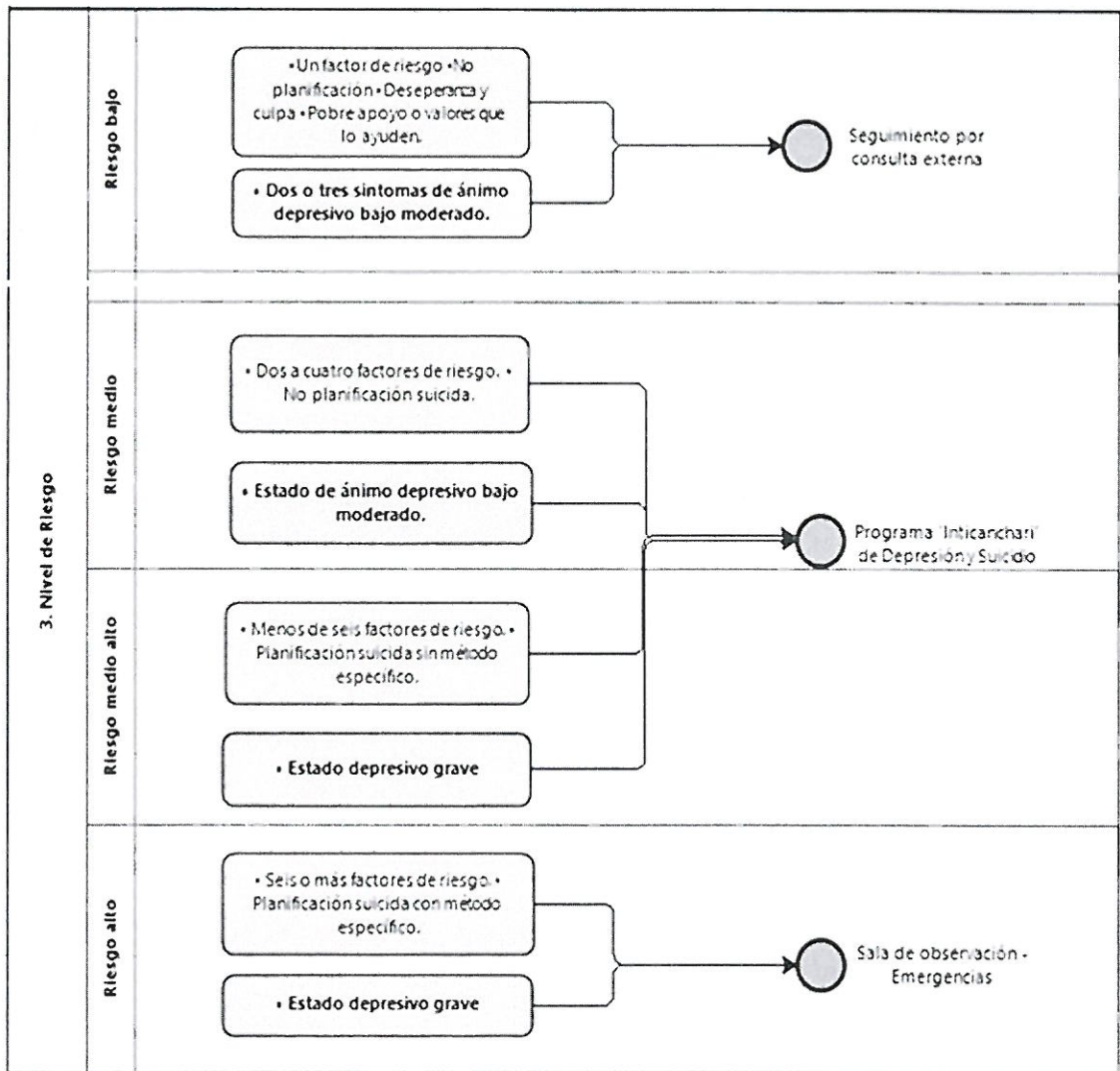
- Presencia de habilidades de comunicación
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas
- Tener confianza en uno mismo
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad
- Creencias religiosas
- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta
- Apoyo social de calidad y consistencia (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida)





Anexo 4: Ruta de derivación





Anexo 5: Tabla gravedad de los síntomas depresivos (adaptado de Palmer, 2007)

Dimensiones estado de ánimo depresivo	Nivel Bajo-Moderado	Nivel Severo	Nivel Grave
<i>Estado de ánimo general</i>	Triste, melancólico	Llanto frecuente	Profunda desesperación
<i>Pérdida de interés</i>	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, productividad reducida	Rechaza cualquier actividad de divertimento y muy pocas actividades obligatorias
<i>Rechazo social</i>	Descuida quedar con amigos y actividades sociales	Evita activamente contacto social	No responde al entorno social
<i>Desesperanza</i>	Se pregunta si es posible una mejora	Se muestra bastante pesimista sobre el futuro	No ve futuro para sí mismo, con los otros, en el mundo, etc.
<i>Problemas de sueño</i>	Dificultades para dormir, descansar, se levanta	Se levanta pronto por la madrugada y no se puede volver a dormir	Apenas duerme
<i>Lentitud</i>	Pensamiento, discurso, actividad lenta y falta de energía	Apatía	Completo estupor
<i>Cambios en el apetito</i>	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer o incrementa notablemente su peso



<i>Síntomas físicos</i>	Indigestión, gases, pesadez, etc.	Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración	Síntomas físicos muy intensos e interfirientes con su vida
<i>Plano sexual</i>	Pérdida de interés en el sexo	Problemas menstruales, disfunciones sexuales	Problemas menstruales, y sexuales muy intensos e interfirientes con su vida
<i>Cambios en estado de ánimo</i>	Mismo estado de ánimo durante el día, pero cambiante entre días	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y pobre concentración	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y nula concentración
<i>Concentración /plano cognitivo</i>	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc.	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc. y deja de hacerlo	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización
<i>Preocupación por la salud</i>	Preocupaciones leves y espontáneas sobre la salud	Preocupación por la salud frecuente	Conductas hipocóndricas y delirios
<i>Culpa</i>	Autoreproches	Percibe depresión como castigo	Delirios de culpa
<i>Ansiedad</i>	Inquieto, tenso, irritable	Miedoso, preocupado, preocupaciones sobre aspectos triviales	Muy agitado
<i>Sentimientos de suicidio</i>	Siente que la vida no vale la pena	Considera el suicidio	Planea o intenta suicidio

