

# 02

Recibido: 15 de mayo del 2022

Aceptado: 21 de julio del 2022

Publicado: 29 de setiembre del 2022

DOI: <https://orcid.org/0000-0001-9877-6322>

## **Construcción de un protocolo de prevención- detección-intervención del riesgo suicida en la Escuela Profesional de Psicología de la UAC**

### ***Construction of a suicide risk prevention-detection- intervention protocol in the UAC Professional School of Psychology***

---

**Yanet Castro Vargas** <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Andina del Cusco, Perú  
Correo: [ycaastro@uandina.edu.pe](mailto:ycaastro@uandina.edu.pe)

### **Resumen**

La investigación tiene como objetivo elaborar un protocolo de prevención e intervención del riesgo suicida en la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco. Para ello, la investigación se desarrollará bajo un enfoque mixto y nivel explicativo; tomando en consideración que está descrita de forma preliminar, para en una siguiente investigación, y consecuentemente, fase, se aplique lo propuesto y planificado. En conclusión, esta investigación aporta la base teórica y metodológica para construir un protocolo de prevención e intervención del riesgo suicida en instituciones o áreas de características similares a la estudiada.

**Palabras clave:** prevención, detección, intervención, riesgo suicida, psicología

### **Abstract**

The research aims to develop a suicide risk prevention and intervention protocol in the Professional School of Psychology of the Andean University of Cusco. For this, the research will be developed under a mixed approach and explanatory level; taking into consideration that it is described in a preliminary way, for in a following investigation, and consequently, phase, what is proposed and planned is applied. In conclusion, this research provides the theoretical and methodological basis to build a suicide risk prevention and intervention protocol in institutions or areas with characteristics similar to the one studied.

**Keywords:** prevention, detection, intervention, suicidal risk, psychology

## **1. Introducción**

El término suicidalidad hace alusión a diversos conceptos relacionados con el suicidio que incluyen ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento auto-lesivo, intentos suicidas y suicidio (Sánchez, Ostolaza-Vite, Peña-López, Ruiz-Grosso, & Vega-Dienstmaier, 2017).

Diversos autores (Carmona, y otros, 2010) establecen que la suicidalidad está estrechamente relacionada con trastornos psiquiátricos, así como con otras variables tales como: género, depresión, desesperanza, consumo indebido de alcohol y drogas, personalidad, ansiedad, violencia, abuso en la infancia, familia con antecedentes de suicidalidad y/o de enfermedades psiquiátricas, la autoestima, impulsividad, tipo de funcionamiento familiar y el apoyo social (Salvo & Melipillán, 2008).

Según datos recopilados por la OMS más de 800 000 personas mueren al año por suicidio, siendo éste la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 29 años de edad. A su vez, encuentra una probabilidad de que por cada suicidio consumado existen 20 intentos no reportados. Por estas razones la OMS en su informe sobre "Prevención del suicidio: un imperativo global" reconoce al suicidio como una problema y prioridad de salud pública (OMS, 2014).

En el 2018 el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) comunicó un total de 1384 tentativas de suicidio en personas atendidas en establecimientos de salud en todo el país (Minsa, 2018). A su vez, según el estudio de Vigilancia Centinela del Intento de Suicidio del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Minsa realizado en el 2017 se registraron 753 intentos de suicidio en establecimientos centinela (hospitales, Centros de Salud Mental Comunitarios y Centros de salud I-4) de Amazonas, Áncash, Arequipa, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Tumbes, donde el 72, 5% de dichos intentos fueron efectuados por mujeres (Minsa, Boletín epidemiológico del Perú , 2018). Por otra parte, Hernández Vásquez, Azañedo, Rubilar González, Huarez, & Grendas (2016) en su estudio "Evolución y diferencias regionales de las

tasas de mortalidad por suicidios en el Perú 200-2013” ubican un incremento en la tasa de suicidio en el Perú del 0,9 en el año 2000 hasta 1,01 en el 2009 por cada 10 000 habitantes.

En lo que respecta a la región de Cusco, la Dirección Regional de Salud Cusco registró en el año 2017, 182 casos de intento suicida en la ciudad del Cusco (Diresa, 2018) sin tener datos precisos sobre el resto de la región. En la data obtenida por Hernández Vásquez y colaboradores (2016) en Cusco la tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes, en el período de 2009-2013 corresponde a 1,32 – 230; mientras que en el período 2004-2008 se ubicó una tasa de 1,67-281. Tal tasa implica que los casos de intento de suicidio seguirán incrementándose de no implementarse medidas acordes y afines a la población peruana en términos de prevención, detección e intervención.

En el caso de la Universidad Andina del Cusco durante el mes de julio del 2019 se evaluó el potencial suicida en los estudiantes ingresantes – 1200 alumnos- al semestre 2019-II a las diversas Escuelas profesionales. De los 1200 inventarios aplicados, se determinaron 134 casos de riesgo en los estudiantes de ingreso. Asimismo se detectaron episodios en distintas facultades de intentos de suicidio dentro de las instalaciones de la universidad<sup>1</sup> ; a los cuales se dio atención y se derivó a instalaciones hospitalarias. No obstante, no existe un registro o seguimiento de tales casos por parte de la universidad. Es posible ubicar que la universidad y el personal clínico se encuentran rebasados ante casos de riesgo suicidio sin saber cómo operar acciones de prevención y detección ante un problema inminente en la población universitaria. Por tal razón, es necesario ubicar los departamentos y personal dentro de la universidad que pudieran realizar tales acciones: preventivas, de detección y de intervención.

Por lo anterior, se plantea la construcción de un protocolo que contemple la tríada prevención-detección-intervención ante casos de riesgo suicida en la UAC. Se entiende por protocolo al acuerdo entre expertos sobre un tema en específico en el cual se han planeado y clarificado actividades a realizar ante una tarea determinada.

Un protocolo permite entonces reducir la variabilidad de acciones ante un problema ubicado dentro de una institución (Sánchez Ancha, González Mesa, & Mérida, 2009).

Chan (2010) establece que la prevención es “la mejor opción para hacer frente a las enfermedades no transmisibles”. Si bien el suicidio no puede considerarse como una enfermedad no transmisible si puede ubicarse dentro de los principales problemas de salud pública (OMS, 2014). El diccionario de la Real Academia Española (2019) define la prevención como la “preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo”. Asimismo, la prevención puede ser definida como el conjunto de medidas y/o acciones destinadas no solamente con el fin de evitar la aparición de enfermedades, lo que implica la disminución de los factores de riesgo sino también implica detener su avance y mitigar sus consecuencias (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles: 1) Prevención primaria: se trata de medidas que tienen como finalidad evitar la aparición de una enfermedad o problema mediante el examen y control cuidadoso de los factores causales, predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978). 2) Prevención secundaria: Implica la captación y diagnóstico de la problemática en poblaciones aparentemente sanas y ; 3) Prevención terciaria: consiste en las acciones esenciales para la recuperación del problema o enfermedad clínicamente manifiesto. En ella son fundamentales las acciones de control y seguimiento del paciente. Se trata de minimizar el sufrimiento y de evitar posibles recaídas (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

Por detección la Real Academia Española (2019) determina que es: “Captar o notar la presencia de una persona, una cosa o un fenómeno”. En ella se contemplarán todas las acciones de diagnóstico que permitan ubicar estadísticamente el número de casos de riesgo suicida dentro de la población universitaria, así como las variables asociadas a la suicidabilidad.

Por su parte, la intervención tiene que ver con los niveles de atención, que pueden ser definidos como una forma ordenada y estratificada que permite organizar recursos según las necesidades detectadas. Los niveles de atención se clasifican en tres, y estos no deben confundirse con los niveles de prevención. El primer nivel corresponde al nivel de contacto con la población. Este permite satisfacer necesidades de atención básicas y comunes, es decir aquellas que pueden ser cubiertas por actividades de promoción de salud, prevención y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. El segundo nivel, corresponde a servicios médicos especializados, tales como: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Mientras que el tercer nivel de atención se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos específicos y de tecnología avanzada (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

Finalmente, en lo que respecta a las responsabilidades del profesional psi el Dr. Eduardo Mauricio Espector (2013) en su libro Temas de Responsabilidad Profesional en Psiquiatría, señala que éste no está obligado a la infalibilidad de evitar el suicidio pero sí está obligado a: detectar, cuidar, dar asistencia-protección, documentar la evolución y dar tratamiento; acciones que se promueven a través de la implementación de un protocolo de prevención detección-intervención en casos de riesgo suicida.

El problema general es: ¿Cómo se presenta un protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en la Escuela Profesional de Psicología de Universidad Andina del Cusco?

Y los problemas específicos son:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del protocolo que permitirán la evaluación del riesgo suicida en la EpP?

¿Cuál es la estructura de una guía de entrevista semi-estructurada para la generación del diagnóstico psicológico?

Debido a los intentos de suicidio registrados en el campus universitario de la UAC, así como los casos de riesgo ubicados en la evaluación de estudiantes de ingreso al semestre 2019-II se hace necesario construir un protocolo para la prevención, detección e intervención del riesgo suicida según las características de la población universitaria que permita normalizar la práctica ante estos casos. La importancia de esta investigación tiene como finalidad disminuir el riesgo suicida en la población universitaria. Por otra parte, la implementación de un protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida servirá como antecedente para el abordaje de dicha problemática en las diversas Escuelas Profesionales de la Universidad Andina del Cusco.

Dentro de las limitaciones bibliográficas no se encuentran datos estadísticos precisos sobre la tasa de casos de riesgo suicida en la Universidad Andina del Cusco ni en la región del Cusco. Asimismo, se carece de estudios que establezcan las variables a las cuales se encuentran asociados los casos de intento suicida dentro de la población universitaria.

El implemento de un protocolo para la prevención, detección e intervención en casos de riesgo suicida requiere de personal capacitado en el tema, lo que implica que un equipo de profesionales expertos pueda asumir las actividades de capacitación y formación a los departamentos involucrados en la atención de casos con riesgo suicida. Tales actividades requieren de recursos financieros que permitan transmitir la información.

Otra de las limitantes que se ubican para el desarrollo de este protocolo son los aspectos administrativos que no contemplan la atención a esta problemática por parte de una unidad específica en la UAC.

Se plantea el objetivo general: Elaborar un protocolo de prevención e intervención del riesgo suicida en la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco.

Así como los objetivos específicos:

Diseñar un instrumento con propiedades psicométricas que permitirá la evaluación del riesgo suicida en la población de la EpP.

Validar una guía de entrevista semi-estructurada para la generación del diagnóstico psicológico.

Finalmente, la hipótesis de la investigación es: El diseño de un protocolo de prevención de riesgo suicida permitirá normalizar-institucionalizar acciones para disminuir los casos de suicidalidad en la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco.

## **2. Desarrollo**

### **2.1 Teoría**

#### **2.1.1 Antecedentes**

Durante el mes de julio del 2019 se evaluó como parte de la evaluación psicológica de ingreso de los estudiantes ingresantes de la UAC, el potencial suicida en los estudiantes ingresantes – 1200 alumnos- al semestre 2019-II a las diversas Escuelas profesionales de la Universidad Andina del Cusco. Se utilizaron tres inventarios distintos: Indicadores Beck-HF potencial suicida, Escala de riesgo suicida de Plutchik y la Escala de actitudes suicidas de Pöldinger.

De los 1200 inventarios aplicados, se ubicaron 134 casos de riesgo en los estudiantes de ingreso. La información se detalla en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Casos de riesgo suicida en estudiantes ingresantes 2019-II Universidad Andina del Cusco.

<b>Escuela profesional</b>	<b>Número de casos</b>
Estomatología	4
Enfermería	2
Psicología	15

Obstetricia	7
Tecnología médica	2
Medicina humana	3
Turismo	11
Educación	5
Derecho	13
Ingeniería de sistemas	2
Ingeniería civil	7
Ingeniería industrial	10
Ingeniería ambiental	6
Arquitectura	10
Finanzas	2
Marketing	2
Administración de negocios internacionales	10
Contabilidad	6
Economía	8
Administración	9
<b>Total</b>	<b>134</b>

Fuente: Centro de Salud Integral Universitario Qhali Runa.

Con el fin de corroborar la prevalencia de casos de riesgo suicidio en la población estudiantil se realizó un estudio piloto en estudiantes del tercer ciclo de la carrera

de psicología. Esta muestra de carácter no probabilístico se eligió por el hecho de que los casos de intento de suicidio registrados en la universidad no han sido realizados por estudiantes ingresantes sino por estudiantes de ciclos avanzados. Asimismo, se ubicó que existe una sobrevaluación de los estudiantes ingresantes que podría generar una falta de interés para responder los instrumentos. De igual forma, se eligió la carrera de psicología por ser una de las Escuelas profesionales de la UAC con un índice elevado de estudiantes ingresantes con riesgo suicida.

Se aplicó la escala de Pöldinger (1980) a manera de entrevista clínica, que sistematiza los aportes de Oberteg, Ringel y Sengel (ACP, 2010). A dicha escala se agregaron ítems de otros inventarios de tendencias suicidas a las que se les asigna únicamente un valor descriptivo, no cuantificable. Los ítems 17-20 del Inventario de Beck (1980) permitieron verificar ciertos indicadores del riesgo de suicidio. Mientras que el ítem 21 de la “Escala de riesgo suicida de Plutchik” permitió revisar la existencia de impulsividad. Finalmente, el ítem 22 del “cuestionario de comportamientos suicidas (SBQR)” (Rey, 2018) permitió explorar la probabilidad de cometer un acto suicida (Ver anexo 1).

De las 100 entrevistas realizadas a los estudiantes de tercer ciclo de la EpP, se ubicaron 20 estudiantes con riesgo inminente de suicidio 2, con riesgo suicida 13 y con antecedentes familiares de intento suicida 6. Las acciones realizadas en estos casos fue derivar a los psicólogos del Centro de Salud Integral Qhali Runa. De igual forma como medida preventiva se realizaron talleres por parte de los alumnos del curso Consejo y Orientación Psicológica sobre factores que han sido asociados al riesgo suicida (Salvo & Melipillán, 2008). Para la elección de los talleres se adaptó el cuestionario propuesto por la Universidad de León utilizado para establecer un Departamento de Consejería Psicológica en dicha universidad (Bausela Herreras, 2007). Esta encuesta se aplicó a 500 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAC encontrándose los siguientes porcentajes:

**Tabla 1.** Problemáticas ubicadas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud UAC.

	<b>Tema</b>	<b>Porcentaje</b>
1	Conflictos	87.6%
2	Problemas de ansiedad	87.3%
3	Problemas de estados de ánimo	82.5%
4	Orientación educativa	81.3%
5	Educación sexual	76.1%
6	Problemas de personalidad	73.4%
7	Superar enfermedad	70.7%
8	Problemas de memoria, atención	67.7%
9	Problemas de sueño	64.0%
10	Fallecimiento de un ser querido	61.3%
11	Problemas de alimentación	60.7%
12	Orientación sexual	54.7%
13	Problemas de autocontrol	51.1%
14	Superar accidente	50.5%
15	Problemas de adicciones	46.8%

Fuente: propia.

Las limitantes encontradas a partir de estos estudios son las siguientes:

- a) Falta de personal capacitado y capital humano en intervención de casos de riesgo suicida.

- b) La intervención en casos de riesgo suicida se adjudica únicamente a los psicólogos del Centro de Salud Integral. No existe un tratamiento integral ni protocolo reglamentado por la universidad para dar seguimiento a estos casos.
- c) No existe claridad en las acciones a implementar en casos de riesgo suicida en la universidad.
- d) El suicidio es un tema tabú dentro del campus universitario.
- e) No se aplicó un Inventario de Evaluación de la personalidad que permitiera revisar los factores clínicos asociados a la intencionalidad suicida.

### **2.1.2 Teoría relacionada**

En la actualidad existen diversas guías de intervención en casos de riesgo suicida y autolesión. Estas guías son resultado de ubicar el tema del suicidio como una problemática de salud pública y la posibilidad de prevención.

En la Guía de intervención MghGap de la OMS de atención en salud no especializada se plantea un protocolo a seguir en casos de autolesión/suicidio. En ella se define al suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida”. Mientras que la autolesión es definida como la “lesión intencional autoinflingida”. A su vez, establece que como parte de la entrevista que debe realizar el clínico, se debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y durante el año. Se ubican otros factores relacionados que deben indagarse en estas situaciones: existencia de trastornos mentales, dolor crónico y existencia de alteraciones emocionales (OMS, 2010).

Las estrategias de acción están delimitadas a través de flujogramas que permiten revisar las acciones precisas a realizar según tres circunstancias: 1) Acto médicamente importante de autolesión; 2) Riesgo inminentes de suicidio/autolesión y; 3) Riesgo de suicidio. Las acciones a seguir se detallan y permiten normalizar la ruta de tratamiento y seguimiento (OMS, 2010).

Por su parte, el gobierno chileno planteó en 2013 un “Programa Nacional de prevención del suicidio” en donde se orienta a las distintas Secretarías Regionales

Ministeriales de Salud en acciones que permitan prevenir el suicidio en cada una de las regiones del país.

Dentro de los contenidos de esta guía se encuentran: factores de riesgo suicida, desencadenamiento de la crisis suicida, métodos para consumar el suicidio, mitos sobre el suicidio, detección del riesgo suicida, manejo del riesgo suicida. Asimismo, se incluyen anexos de los instrumentos a ser implementados por el personal de salud: 1) Entrevista estructurada autopsia psicológica; 2) Ficha de información de intentos de suicidio; 3) Orientaciones para profesionales de los medios de comunicación; 4) Instrumentos de detección de riesgo suicida; 5) Recomendaciones generales a los equipos de salud para la pesquisa y manejo del riesgo suicida en adolescentes (Rojas, 2013).

Dentro de las guías elaboradas en España, se encuentra la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de Galicia. En ella se desarrollan temas introductorios como conceptualización de la conducta suicida y datos epidemiológicos. Se plantean dos bloques principales, el primero consiste en conceptos para la evaluación y tratamiento, mientras que el segundo refiere a aspectos preventivos. Asimismo, se proporcionan anexos sobre: 1) Aspectos a recoger en urgencias hospitalarias ante una conducta suicida; 2) Objetivos que deben cumplir las intervenciones preventivas y; 3) Información a transmitir a pacientes, familiares y amigos sobre la ideación suicida (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2012).

En el caso del Perú, existe la Guía de Prevención de la Conducta Suicida elaborada por el Ministerio de Salud. Su realización se fundamenta en la Resolución Ministerial N° 422- 2005/MINSA del 01 de junio del 2005. En ella se autoriza la elaboración de Guías de Práctica Clínica, cuyo fin es estandarizar la construcción de Guías de esta índole siguiendo criterios internacionales. El contenido de la misma incluye: 1) conceptualización del suicidio; 2) Factores de riesgo; 3) Cuadro clínico; 4) Diagnóstico; 5) Exámenes auxiliares; 6) Manejo según nivel de complejidad- Niveles

de atención y; 6) Flujogramas según los niveles de atención (Vásquez Gómez, Nicolás Hoyos, Vite Yunque, & Falconí, 2008).

Hasta ahora las guías de intervención refieren a esfuerzos realizados por distintos gobiernos. A la par de estos, existen acciones en diversas universidades. Por ejemplo, la Universidad Autónoma de México presentó en 2017 el proyecto “Terapia de Emergencia para personas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala” de la UNAM, en él se determina que el suicidio es la tercera o cuarta causa de muerte entre los jóvenes mexicanos, y se ubica justo después de las causas de muerte por accidentes automovilísticos y la violencia callejera. El proyecto se justifica igualmente, en tanto se reconoce al suicidio como un problema de salud pública (Moreno, 2017).

Dentro de este proyecto existe una célula que se encarga de atención del suicidio, CREAS (Crisis, Emergencias y Atención del Suicidio), los objetivos que se plantean son: 1) Entrenamiento a egresados de la Carrera de psicología para brindar atención a estudiantes que soliciten asesoría psicológica; 2) Supervisión de los terapeutas que atienden en el CREAS; 3) Difusión de programas de prevención del suicidio en el cuerpo académico y de estudiantes de la UNAM; 4) Elaboración de materiales de aprendizaje dirigidos a terapeutas ; 5) Investigar variables asociadas al suicidio en los estudiantes de la FES Iztacala y; 6) Difusión de trabajos de investigación (CREAS, 2019).

Puede observarse que en la mayoría de los contenidos de estas guías se plantea en primer lugar la conceptualización de la conducta suicida, posteriormente se describen actividades de intervención a realizar por el clínico y en algunas de ellas se plantea información para ser transmitida a la familia y amigos como medio preventivo. Por lo anterior, será necesaria una revisión de otras guías prácticas elaboradas en universidades tanto nacionales como internacionales que sirvan de ejemplo para la implementación de un protocolo que contempla una tríada de prevención-detección e intervención en casos de riesgo suicida en la UAC.

## **2.2 Metodología**

La investigación se desarrollará bajo un enfoque mixto, considerando que se desarrollan una serie de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación, las mismas que implican la identificación, recolección y posterior análisis de datos de orden cualitativo y cuantitativo, así como su integración y discusión conjunta, a fin de establecer inferencias que parten de la información recabada para el mejor entendimiento del sujeto (Hernández & Mendoza, 2008).

Partiendo de la condición cuantitativa dentro del estudio se considera un tipo o alcance de investigación explicativo, al pretender determinar las causas de los sucesos en estudio (Hernández, Fernández & Batista, 2014), es decir analizar el protocolo de atención diseñado sobre la conducta en evaluación.

Se seguirá un diseño de tipo DEXPLIS, recaudando en primer lugar datos cuantitativos para posteriormente buscar datos de orden cualitativo, siendo los inicialmente recabados insumos para guiar la recolección de datos de según orden. Posteriormente ambas etapas aportan sus descubrimientos integrándose para la generación del reporte final de estudio.

Variable independiente- Acciones de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en la población universitaria de la Escuela Profesional de la UAC.

Variable dependiente- Casos de riesgo suicida en la población universitaria de la UAC.

Considerando el diagnóstico anterior se considerará un total de 20 participantes, existiendo un incremento de 25% respecto a esta evaluación teniendo en cuenta el incremento de la población estudiantil.

Para el trabajo dentro del enfoque cuantitativo se abordará mediante el muestreo no probabilístico, conocido también como dirigido, teniendo en consideración que se orienta más a las características de la investigación que a los criterios estadísticos de generalización.

Desde el enfoque cualitativo se opta por una determinación de muestra de caso típico, siendo su objetivo la riqueza, profundidad y calidad de la información, más

no la cantidad o estandarización de la misma. Siendo importante considerar que este tipo de muestreo se orienta a estudios de orden fenomenológico, que buscarían analizar valores, experiencias y significación de ciertos grupos sociales, con características vinculantes.

En la selección de la muestra de estudio se trabajará con los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la fase cuantitativa:

#### Criterios de inclusión

1. Ser estudiante de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco.
2. Haber sido identificado como estudiante en riesgo, sobre las conductas evaluadas.
3. Manifestar consentimiento para el ingreso en los grupos de trabajo.

#### Criterios de exclusión

1. No ser estudiante de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco.
2. No haber sido identificado como estudiante en riesgo, sobre las conductas evaluadas.
3. No manifestar consentimiento para el ingreso en los grupos de trabajo.

La fase cualitativa condiciona el criterio de selección al procedimiento de consentimiento en la participación y según el muestreo utilizado a características de individuos según caso típico. Además de considerarse la saturación en la muestra objeto de estudio.

### **3. Conclusión**

Finalmente, con la teoría recabada relacionada a la prevención, detección e intervención del riesgo suicida, se buscará aplicar la metodología de esta investigación preliminar en una siguiente fase. Para ello se considerarán indicadores por cada objetivo propuesto; además de, aspectos administrativos, tales

como recursos materiales, económicos y humanos; los cuales posibilitarán la construcción del protocolo en mención siguiendo un cronograma de ejecución.

### **Referencias**

Bausela Herreras, E. (Julio de 2007). Análisis de necesidades en el proceso de diseño de un programa de orientación. *REPES*.

Chan, M. (2010). Palabras de presentación ante el foro de la Red Mundial contra las Enfermedades No Transmisibles (NCDnet). Ginebra: OMS.

CREAS. (2019). *Facultad de Estudios Superiores Iztacala*. Recuperado el Diciembre de 2019, de <https://www.iztacala.unam.mx/creas/objetivo.html>

Diresa. (21 de Febrero de 2018). *Recomendaciones para reconocer conductas suicidas las cuales pueden ser prevenidas en la familia, círculos de amistad y los colegios*. Recuperado el Diciembre de 2019, de DIRESA Cusco: <http://www.diresacusco.gob.pe/new/archivos/2451>

Española, R. A. (2019). Prevención. España: Asociación de Academias de la Lengua Española.

Espector, M. (2013). *Temas de Responsabilidad Profesional en Psiquiatría*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Eduardo Mauricio Espector.

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2008). Metodología de la investigación. Las rutascuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education.

Hernández Vásquez, A., Azañedo, D., Rubilar González, J., Huarez, B., & Grendas, L. (2016). Evolución y diferencias regionales de las tasas de mortalidad por suicidios en el Perú 2000-2013. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 751-7.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

Minsa. (2018). *Boletín epidemiológico del Perú*. Lima: Minsa.

Minsa. (07 de Septiembre de 2018). *Minsa registra más de 1300 intentos de suicidio en lo que va del 2018*. Recuperado el noviembre de 2019, de Plataforma digital única del estado peruano: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/18738-minsa-registra-mas-de-1300-intentosde-suicidio-en-lo-que-va-del-2018>

Moreno, T. (30 de 11 de 2017). UNAM presenta protocolo de prevención del suicidio. *El Universal*.

Morey, L. (2012). *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid, España: TEA ediciones.

OMS. (2010). *Guía de intervención mhGap*. Ginebra: Biblioteca OMS.

OMS. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Luxemburgo: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Rey, L. S.-Á.-O.-L. (2018). Validez del cuestionario de comportamientos suicidas (SBQ-R) en una. Logroño, España: Póster presentado en el X Congreso Internacional de.

Rojas, I. (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio Chile*. Santiago: Minsal.

Salvo, L., & Melipillán, A. (Junio de 2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. Santiago, Chile: Revista chilena neuropsiquiatría.

Sánchez Ancha, Y., González Mesa, F. J., & Mérida, M. (2009). *Guía para elaboración de protocolos. Servicio Andaluz de Salud*. Andalucía: Biblioteca Las Casas.

Sánchez, F., Ostolaza-Vite, A., Peña-López, E., Ruiz-Grosso, P., & Vega-Dienstmaier, J. (Julio/Septiembre de 2017). *Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año*

*posparto*. Recuperado el 07 de Julio de 10, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972017000300004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000300004)

Vásuez Gómez, F., Nicolás Hoyos, I., Vite Yunque, V., & Falconí, S. (2008). *Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida*. Lima: Minsa.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 11-14.