

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO DE  
SUICIDIO EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ  
EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2016”**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER**

**Juan Tony Tirado Gil**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Dra. Susana Oshiro Kanashiro**  
**Asesor**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por la vida, salud y éxitos.

Al Hospital San José, por haberme brindado durante un año conocimientos y experiencias para mi vida profesional.

A todos los maestros que durante estos 7 años me sirvieron de guía para poder concluir mis metas.

*DEDICATORIA*

*A mi papá Juan Carlos que gracias a su apoyo, cariño, consejos y palabras de aliento me ha ayudado a crecer como persona y luchar por lo que quiero.*

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José en el periodo Enero a Diciembre del año 2016.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte retrospectivo, de tipo casos y controles. La muestra contó con 38 casos y 76 controles, los cuales fueron registrados mediante ficha de recolección de datos posterior a revisión de historias clínicas. Luego introducidos al programa SPSS versión 23 para su análisis.

**RESULTADOS:** En los pacientes con intento de suicidio, se encontró que el sexo más frecuente es el femenino (63.2%), la edad promedio fue de 28.2 años, el método más empleado fue la ingesta de carbamatos y/o órganos fosforados (65.8%). La sustancia adictiva más consumida fue el alcohol (39.5%). El trastorno depresivo mayor (60.5%) fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en pacientes con intento de suicidio seguido del trastorno de personalidad limítrofe (13.2%). Al realizar el análisis multivariado mediante regresión logística binaria se encontró que los valores OR ajustados para las variables estudiadas fueron: antecedente de trastorno psiquiátrico; 5.698 (IC 95%:2.179 – 10.319), uso de sustancias adictivas; 3.751 (IC 95%:1.163 – 8.205), disfunción familiar; 4.263 (IC 95%:2.359 – 18.623) e intento de suicidio previo; 1.875 (IC 95%:1.125 – 5.023).

**CONCLUSIONES:** El antecedente de trastorno psiquiátrico, uso de sustancias adictivas, disfunción familiar e intento de suicidio previo, respectivamente representan factores de riesgo asociados significativamente para intento de suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** Intento de suicidio, factores de riesgo

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** The aim of the study is determine the risk factors associated with a suicide attempt in adults patients in the emergency service of San José Hospital between the period January to December 2016.

**METHODOLOGY:** An observational, analytical, retrospective, case and control type study was conducted. The sample consisted of 38 cases and 76 controls, with the classification of data collection after review of medical records. Then introduced to the SPSS program version 23 for analysis.

**RESULTS:** In the patients with attempted suicide, the most frequent sex in the female (63.2%), the average age was 28.2 years, the most used method was the intake of carbamates and / or phosphorus (65.8%) The addictive substance most consumed was alcohol (39.5%). Major depressive disorder (60.5%) was the most frequent psychiatric diagnosis in patients with attempted suicide followed by limited personality disorder (13.2%). When performing the multivariate analysis using binary logistic regression, it was found that adjusted OR values for the variables studied were: history of psychiatric disorder; 5,698 (95% CI: 2,179 - 10,319), use of addictive substances; 3,751 (95% CI: 1,163 - 8,205), family dysfunction; 4,263 (95% CI: 2,359 - 18,623) and previous suicide attempt; 1,875 (95% CI: 1,125 - 5,023).

**CONCLUSIONS:** The history of psychiatric disorder, use of addictive substances, family dysfunction and attempted suicide, significant risk factors associated with attempted suicide.

**KEYWORDS:** Suicide attempt, risk factors

## INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida está conformado por diferentes etapas, las cuales no se presentan en todos los casos ni presentan un orden específico; entre ellas, puede encontrarse la ideación suicida, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación, la ejecución del intento suicida y el suicidio consumado.<sup>1</sup>

Dentro de ellos, el intento de suicidio se da cuando el individuo ejecuta la acción, pero no llega a consumarse, por alguna razón, impericia o falla en el método. Además, representa es el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población general, sin embargo, la tasa de intento suicida es difícil de determinar, debido a que, no todos estos intentos son reportados o buscan la atención médica adecuada. Según el Instituto de Salud Mental del Perú “Honorio Delgado Noguchi” la cantidad de suicidios ha aumentado en los últimos años en nuestro país, siendo la tasa en la última década de 3 a 4 por 100 000 habitantes. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud, para el 2015, la tasa de suicidio en el Perú era 9.2 por 100 mil habitantes<sup>2,3</sup>. Además, por lo menos un millar de personas intentan suicidarse, siendo la principal causa la depresión, calculándose aproximadamente que por cada suicidio ocurren 10 a 30 intentos.<sup>4</sup>

En Lima Metropolitana y el Callao, para el año 2012, el 2,8% de personas intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 0,4% lo ha intentado en el último año, siendo un 0.1% de sexo masculino y un 0.7% de sexo femenino. Además, de las personas que intentaron suicidarse, un 3,57% considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución. Pese a observarse una reducción desde el año 2002 en nuestro departamento, donde un 5,2% lo había intentado, aún continúa siendo un problema grave que atender.<sup>5,6</sup>

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.5 OBJETIVOS:.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
2.2 BASES TEÓRICAS.....	23
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	38
3.1 HIPÓTESIS:.....	38
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	39
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	40
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	40
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	40
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	41
4.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	41
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
4.6 RECOLECCIÓN DE DATOS .....	41
4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	42
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	44
5.1 RESULTADOS.....	44
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	55
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
CONCLUSIONES .....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
ANEXO.....	68

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los desórdenes mentales ocurren en toda población del mundo. Dentro de ellos, el suicidio es un grave problema de salud pública prevenible, pues conlleva un alto costo tanto en morbilidad como en mortalidad, siendo la segunda causa de defunción entre las personas entre 15 y 29 años después de los accidentes de tránsito<sup>7</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud, 800 mil personas se suicidan cada año; sin embargo, por cada suicidio, existen muchas más tentativas por año<sup>8,9</sup>.

El intento suicida previo es el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población general <sup>10</sup>, sin embargo, la tasa de intento suicida es difícil de determinar, debido a que, no todos estos intentos son reportados o buscan la atención médica adecuada<sup>11</sup>. En algunas literaturas, se describe, que por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse<sup>12</sup>.

Según el Instituto de Salud Mental del Perú “Honorio Delgado Noguchi” la cantidad de suicidios ha aumentado en los últimos años en nuestro país, siendo la tasa en la última década de 3 a 4 por 100 000 habitantes. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud, para el 2015, la tasa de suicidio en el Perú era 9.2 por 100 mil habitantes<sup>2,3</sup>. Además, por lo menos un millar de personas intentan suicidarse, siendo la principal causa la depresión, calculándose aproximadamente que por cada suicidio ocurren 10 a 30 intentos<sup>4</sup>.

En Lima Metropolitana y el Callao, para el año 2012, el 2,8% de personas intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 0,4% lo ha intentado en el último año, siendo un 0.1% de sexo masculino y un 0.7% de sexo femenino. Además, de las personas que intentaron suicidarse, un 3,57% considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución. Pese a observarse una reducción desde el año 2002 en nuestro departamento, donde un 5,2% lo había intentado, aún continúa siendo un problema grave que atender<sup>5,6</sup>.



En diferentes estudios, dentro de los factores de riesgo para el intento al suicidio, se mencionan los trastornos psiquiátricos, uso de sustancias adictivas, antecedente personal de intento suicidio, violencia, bullying, enfermedades crónicas, problemas conyugales, sobreingesta de medicamentos y desempleo<sup>13,14</sup>.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Siendo el intento de suicidio la principal causa de suicidio en la población general es importante conocer los factores de riesgo que nos llevan a esto, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José de Enero a Diciembre del 2016?**

## 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La demanda de atención de pacientes que presentan intento de suicidio como una condición urgente a solucionar ha ido acrecentándose a través de los años lo que ha creado la necesidad de tomar en cuenta este hecho en todos los aspectos posibles a fin de no solo cuantificarlo sino apreciar los factores de riesgo asociados a ello, y con esto poder generar planteamientos a fin de controlar adecuadamente tanto la ocurrencia como enfatizar la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

Por último, se debe enfatizar que tanto a nivel nacional como institucional existe escasa información del tema, por lo que resultados obtenidos en este estudio serán de utilidad para el servicio de Psiquiatría del Hospital San José. Además, esto podrá servir de base para futuros estudios de la misma índole.

## 1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El intento de suicidio en la población del Callao es frecuente en la atención del servicio de emergencia del Hospital San José e involucra compromiso de la salud mental es un problema de salud pública que es una prioridad nacional de investigación.

## **1.5 OBJETIVOS:**

### **GENERAL**

- Determinar los factores de riesgo para intento de suicidio en pacientes en adultos atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital San José de Enero a Diciembre del 2016

### **ESPECÍFICOS**

- Identificar las características clínico-epidemiológicas de la población de pacientes con Intento de suicidio en pacientes adultos.
- Determinar que el antecedente de padecer algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.
- Determinar que el uso de sustancias adictivas es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.
- Demostrar que el antecedente de disfunción familiar es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.
- Determinar que el intento previo de suicidio es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

##### **1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE PACIENTES QUE ACUDEN POR INTENTO SUICIDA AL HOSPITAL GENERAL SAN JOSÉ DEL CALLAO – 2014**

Fueron evaluados 100 pacientes con un promedio de edad de 28,87 (DE= 10,85 años) con un rango de 18 a 92 años. Los problemas interpersonales fueron el motivo de crisis más frecuente que antecedió al intento de suicidio, 71% (n=71) relacionados a pareja y 15 % (n=15) a familiares. La ruptura de la relación y el haber tenido una discusión previa fueron las situaciones de pareja más asociadas a las crisis, ambas en 26% de los casos. 29% (n=29) reveló haber intentado suicidarse previamente. El 92% (n=92) de los pacientes tuvo algún trastorno mental, según los hallazgos clínicos y psicopatológicos y según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). El 16% (n=16) cursaba con trastornos adictivos principalmente relacionados al consumo de alcohol<sup>15</sup>.

##### **2. EL PERFIL DE LOS INTENTADORES DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI” 2003**

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que registra a 548 pacientes atendidos en el Programa de Prevención del Suicidio del IESM.H. Delgado-H. Noguchi durante el año 2003, considerando variables socio-demográficas y clínicas. Se aprecia que el perfil que destaca está configurado por características tales como: pertenecer al sexo femenino, cada vez más jóvenes, predominantemente solteras, con educación secundaria o superior, procedentes de distritos empobrecidos, que acuden mayormente de su domicilio, acompañadas generalmente por la progenitora, y que cursan con estados básicamente depresivos, generalmente comórbidos con desórdenes

de la personalidad, especialmente borderline, abuso de sustancias, Bulimia Nervosa o Trastorno Disfórico Pre-Menstrual, que han tenido conflictos de pareja o familiares, y que habían presentado ya un intento de suicidio al menos en casi la mitad de casos alguna vez en su vida, y registraban antecedentes familiares o personales de violencia física o sexual, y que presentaron interurrencias propias de su género como abortos o uso de anticonceptivos, siendo el método principal del intento de sobredosis de medicamentos. Este panorama obliga a una aproximación consistente por la tendencia al incremento y a la desintegración que provoca el intento de suicidio<sup>16</sup>.

### **3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL “HERMILIO VALDIZÁN” DURANTE FEBRERO 2000 – ENERO 2001.**

De los 67 casos estudiados, el 76.1% correspondieron a sexo femenino y 23.8% al sexo masculino. En ambos grupos, predominaron los solteros (74.6%). La mayoría de los casos eran desocupados (47.7%), con predominio del sexo femenino. El 62.7% utilizaron métodos químicos. Más de la mitad de los casos (55.23%) habían registrado algún intento suicida previo con predominio de las mujeres. El 79.10% de los casos no registró antecedentes familiares con intento o suicidio previo mientras que el 20.9% registró algún familiar con dichos antecedentes. La mayoría de los casos (76.1% no registró ningún abuso sexual previo mientras que el 23.9% manifestó algún tipo de abuso sexual. El motivo más frecuente estuvo en relación al conflicto con la pareja correspondiendo al 46.3%. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue la depresión, registrándose en un 57%, predominando en las mujeres (48.6%). El siguiente diagnóstico fue la psicosis esquizofrénica con 16.7%, siendo más frecuente en varones, luego del consumo de sustancias psicoactivas con 13.9%<sup>17</sup>.

#### **4. CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, 1995-2004.**

Se realizó un estudio descriptivo, tipo serie de casos, para determinar las características de los pacientes con intento de suicidio, atendidos en el Hospital "José Agurto Tello" de Chosica; las historias clínicas se revisaron durante el periodo 1995-2004 e incluyeron 380 casos; de 13 pacientes en 1995 se llegó a 41 en el año 2004. Se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), 74% estuvo entre 15 a 29 años y 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos. Entre las principales causas tenemos a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6) y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%). La tasa interna en el servicio de emergencia es de 0,0017 en el año 2004. Se requiere profundizar el conocimiento de estos casos por las posibilidades que puedan surgir de ello para acciones de prevención<sup>18</sup>.

#### **5. PATOLOGÍAS CAUSANTES DE INTENTO SUICIDA E IDEACIÓN SUICIDA DE MUJERES EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2012**

Se realizó un estudio de diseño observacional, descriptivo de tipo transversal con la población de mujeres pertenecientes al servicio de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo febrero-abril del 2011, cuyo universo correspondió a 63 mujeres. En el análisis de las fichas de recolección de datos se encontró 25 casos por intento suicida y 38 casos de ideación suicida. En el primer grupo se identificó que la mayor cantidad de intentos suicidas se da en la etapa adulta, entre los 35 -44 años. Las formas de intento suicida más frecuentes fueron a través de la ingesta de fármacos, alcanzando un 47.8% del total y dentro del grupo de fármacos, el 90.9% correspondían a benzodiazepinas y sobre la patología más frecuentemente que se encontró fue la de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (19.3%). En cuanto a ideación suicida el grupo más

frecuente es el relacionado con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (25.6%). No existió ningún conflicto de interés<sup>19</sup>.

#### **6. SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSM HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI (1996 – 1998).**

Es un estudio prospectivo de pacientes que intentaron el suicidio y fueron atendidos en el periodo 1996-1998 en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado - H. Noguchi. Se consideraron una serie de variables sociodemograficas y clinicas, destacando los siguientes hallazgos: de un total de 358 casos estudiados, predominaron las damas (77.9%) sobre los varones (22.1%); con un rango de edades entre 13 a 64 años. El grupo etéreo más afectado fue el comprendido entre 20 y 29 años, destacando de manera preocupante el grupo de edades menores de 20 años (19.5%). Los motivos que precipitaron el intento suicida fueron: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1 %) y problemas psicopatológicos (17.6%). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron: trastorno depresivo mayor (39.4%); trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); distimia (11.2%); trastornos psicóticos (11.4%) y otros (2.4%). Se describe diagnósticos asociados en casi 40% de los casos, destacando los trastornos diversos de personalidad (57.5%) y abuso de alcohol y sustancias (23.8%). El método utilizado para el intento suicida más frecuente fue la sobredosis de benzodiazepinas (48%), seguida de intoxicación por organofosforados y otras sustancias; inferirse cortes en el cuerpo (12.0%), intento de arrollamiento, autoestrangulacion y lanzamiento al vacío (6.7%); y uso de arma de fuego (0.8%). El 44.4% de los pacientes estaba reiterando el intento<sup>20</sup>.

## **7. FACTORES PSICOSOCIALES QUE SE RELACIONAN EN LA INCIDENCIA DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012**

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo y correlacional. La población de estudio estuvo constituida por 52 pacientes que intentaron suicidarse. La conclusión fue que los factores psicosociales están relacionados con el intento suicida, Entre los factores psicológicos preponderante, es: el estrés, antecedentes de intento suicidio, identidad sexual, baja autoestima, antecedente de violencia<sup>21</sup>.

## **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

### **1. FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO, COMPARANDO FACTORES DE ALTA Y BAJA LETALIDAD – 2010**

El propósito del estudio fue Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad durante los meses de mayo a octubre del año 2005 en el Centro Comunitario de Salud Mental del Hospital San Juan De Dios en Zapopan, Jalisco, México. Del total de 106 pacientes, 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia<sup>14</sup>.

## **2. FACTORES DE RIESGO DE INTENTO DE SUICIDIO EN PERSONAS CON IDEACIÓN SUICIDA EN COREA DEL SUR: ESTUDIO TRANSVERSAL – 2017**

Este estudio incluyó a 1567 hombres y 3726 mujeres mayores de 20 años que tuvieron ideas suicidas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Corea de 2007 a 2012. La educación (OR 6.30 para educación primaria), el cáncer (OR 2.40) y el trastorno depresivo (OR 3.27) se catalogaron como factores de riesgo para el intento de suicidio en los hombres. La educación (OR 3.80 para educación primaria), la seguridad básica nacional de los medios de subsistencia (OR 1.82), la limitación de la actividad diaria (OR 1.64), el trastorno depresivo (OR 3.10), el estrés (OR 3.56), el tabaquismo (OR 2.26) y el ejercicio vigoroso (OR 3.43) se catalogaron en mujeres<sup>22</sup>.

## **3. PREVALENCIA TRANSNACIONAL Y FACTORES DE RIESGO PARA IDEACIÓN SUICIDA, PLANES E INTENTO – 2008**

La prevalencia de ideas suicidas, planes e intentos suicidas a lo largo de la vida nacional es de 9,2% (s.e. = 0,1), 3,1% (s.e. = 0,1) y 2,7% (s.e. = 0,1). Los factores de riesgo para los intentos incluían ser mujeres (OR 1.7), jóvenes (OR 12.4 entre 18 y 34 años), menos educados (OR 2.6 para estudiantes), solteros (OR 1.4) y con trastornos mentales (trastornos del estado de ánimo con un OR entre 3,4 a 5,9, los trastornos del control de los impulsos con un OR entre 3,3-6,5, los trastornos de ansiedad con un OR entre 2,8-4,8 y trastornos por uso de sustancias con un OR entre 2,8-4,6<sup>23</sup>).

## **4. PREVALENCIA DE 12 MESES Y FACTORES DE RIESGO PARA INTENTO DE SUICIDIO EN LAS ENCUESTAS MUNDIALES DE SALUD MENTAL DE LA OMS – 2010**

Los datos provienen de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS (llevadas a cabo entre 2001 y 2007), en las que 108.705 adultos de 21 países fueron entrevistados. En general, pocas variables socio-demográficas se asociaron con los intentos de suicidio entre los ideadores. En los países



desarrollados, el abuso físico infantil predijo intentos planeados y no planeados, mientras que el abuso sexual predijo sólo los intentos planeados de suicidio, y el abandono infantil y la violencia familiar predijeron intentos no planeados. En los países en desarrollo, ninguna de las 16 psicopatologías parentales o adversidades infantiles consideradas en el análisis predijo intentos planificados, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada de los padres era el único predictor significativo de intentos no planificados. En los países desarrollados, la fobia específica (OR = 2,6) y el trastorno de conducta (OR = 16,4) fueron los únicos trastornos que predijeron los intentos de suicidio planificado, mientras que ninguno predijo intentos no planificados. En los países en desarrollo, el trastorno de pánico (OR = 3,9), trastorno de conducta (OR = 10,0) y dependencia de drogas (OR = 7,3) fueron los únicos trastornos que predijeron positivamente los intentos planificados. El trastorno de ansiedad generalizada se asoció con un riesgo significativamente reducido de realizar un intento planificado (OR = 0,3). El trastorno de ansiedad de separación de adultos fue el único trastorno que predijo los intentos no planificados positivamente (OR = 4,0), mientras que el trastorno de ansiedad generalizada se asoció con un riesgo significativamente reducido de realizar un intento no planificado (OR = 0,0). Las ORs bivariadas de los predictores positivos significativos se encontraban en el rango de 2,6-16,4, aunque cabe señalar que los intervalos de confianza para los RUP más altos fueron bastante amplios debido a la rareza comparativa de los trastornos predictores<sup>24</sup>.

##### **5. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS, PERFIL CLÍNICO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL ENTRE INTENTADORES DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE DOS HOSPITALES DE HAWASSA, ETIOPÍA: ESTUDIO TRASNVERSAL – 2017**

Se evaluó un total de 96 individuos, de los cuales 56 (58,3%) eran mujeres. La edad media de los participantes en el estudio fue de 21,5 (8,0) años. La mayoría, 75 (78,1%) de los participantes del estudio tenían menos de 25

años. Ingerir venenos pesticidas y agentes corrosivos fueron utilizados por la mayoría para intentar suicidarse. La enfermedad mental se encontró en sólo tres (3,1%) de los participantes del estudio. La mayoría de los participantes en el estudio informaron que las peleas con miembros de la familia, que se enfrentaban a una crisis financiera y que tenían un embarazo no deseado y no deseado eran razones inmediatas para intentar suicidarse<sup>25</sup>.

## **6. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO, IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA NACIONAL FRANCESA – 2013**

En general, el 3,9% de los encuestados de 15 a 85 años informaron haber ideado suicidio el año pasado, y el 0,5% informaron de un intento de suicidio en ese período de tiempo. En general, el tabaquismo diario se asoció con intento de suicidio en mujeres, pero no en hombres (OR 2.9 para mujeres). Por otro lado, la ingesta diaria de alcohol solo se asoció con ideación suicida en varones (OR 1.4), más no con intento suicida. Una historia de agresión sexual (OR 2.7 y 4.1 para varones y mujeres), y los intentos previos de suicidio fueron fuertes predictores de intento de suicidio para hombres y mujeres (OR 46.5 y 25.8 respectivamente)<sup>26</sup>.

## **7. FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN DIFERENTES GRUPOS ETÁREOS EN ESPAÑA – 2014**

La prevalencia durante toda la vida de la ideación suicida y los intentos en España fueron, respectivamente, 3,67% y 1,46%. Los trastornos mentales presentaron los mayores efectos significativos en la ideación suicida durante toda la vida.

El estado civil, el consumo excesivo de alcohol y la situación ocupacional se asociaron con la ideación suicida durante toda la vida en personas de 18 a 49 años (OR 2.27 para personas no casadas, OR 3.26 para el consumo de alcohol y OR 3.46 y 2.40 para discapacitado y desempleado), mientras que la soledad se asoció con el grupo de 50 a 64 años (OR 1.18) y problemas

financieros con el grupo de mayores de 65 años (OR 2.19). EN cuanto a los intentos de suicidio, la edad fue inversamente relacionada con los intentos de suicidio durante toda la vida. Además, un estado de salud deficiente y la presencia de depresión durante toda la vida y la presencia combinada de depresión durante toda la vida y trastornos de ansiedad se asociaron significativamente con los intentos de suicidio durante toda la vida. (OR 1.79, 9.06 y 25.34 respectivamente)<sup>27</sup>.

#### **8. IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA ENTRE USO DE OPIOIDES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y PRESENCIA DE TRASTORNOS DE OPIOIDES PRESCRITOS ENRE ADULTOS DE ESTADOS UNIDOS – 2012**

El cinco por ciento de los encuestados (n = 2.021) informaron ideación suicida; de ellos, el 15% (n = 310) informó intento de suicidio. Con ajustes para las características demográficas y de consumo de drogas, los usuarios anteriores, persistentes y de reciente aparición fueron más propensos a reportar ideación en comparación con los nunca usuarios de opiáceos sin receta médica (OR 2.54 para los usuarios antiguos, OR 3.51 para los usuarios persistentes y OR 2.21 para los usuarios de aparición reciente). Entre los ideadores, los usuarios persistentes también habían aumentado las probabilidades de intento en comparación con los que nunca usaron (OR 1.69), pero con los ajustes demográficos el OR disminuyó a 1.53 <sup>28</sup>.

#### **9. RIESGO DE REINTENTOS Y SUICIDIO LUEGO DE UN INTENTO DE SUICIDIO – 2017**

Este estudio observacional forma parte de un programa de gestión telefónica de un año. Se incluyeron todos los primeros intentos de suicidio evaluados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Parc Taulí (n = 1241) reclutados durante un período de cinco años (enero de 2008 a diciembre de 2012). Las mujeres representaron el 62,4% de nuestra muestra y la edad promedio fue de 40,8 ± 16,0. Los re-intentos de suicidio tuvieron mayor riesgo de ser diagnosticados con trastornos de personalidad (OR 1.52) y trastornos

por consumo de alcohol (OR 2.47 – 2.66), después del primer intento. El método más frecuente utilizado en el intento de suicidio índice fue la sobredosis de drogas (70,8%)<sup>29</sup>.

#### **10.COMPORTAMIENTO SUICIDA EN TE RAU HINENGARO: ECNUESTA DE SALUD MENTAL DE NUEVA ZELANDA – 2006**

Las prevalencias de por vida fueron 15.7% para la ideación suicida, 5.5% para el plan del suicidio y 4.5% para el intento del suicidio, y eran consistentemente perceptiblemente más altas para las mujeres que en varones. Las prevalencias de doce meses fueron de 3.2% para la ideación, 1.0% para el plan y 0.4% para el intento. El riesgo de hacer un plan o un intento fue mayor en personas más jóvenes y en personas con ingresos familiares bajos. Después del ajuste debido a los factores sociodemográficos, no hubo diferencias étnicas en la ideación. Los individuos con trastorno mental presentaron un elevado riesgo de ideación (11,8%), plan (4,1%) e intento (1,6%) en comparación con aquellos sin trastorno mental. Los riesgos de ideación suicida, plan e intento se asociaron con trastorno del estado de ánimo, trastorno por uso de sustancias y trastorno de ansiedad. La depresión mayor fue el trastorno específico más fuertemente asociado con la ideación suicida, el plan y el intento<sup>30</sup>.

#### **11.FACTORES DE RIESGO PARA INTENTO A SUICIDIO EN UNA REPLICACIÓN DE ENCUESTA DE COMORBILIDADES EN ESTADOS UNIDOS – 2006**

Las estimaciones de prevalencia de suicidio, planes e intentos de suicidio de doce meses son del 2,6%, 0,7% y 0,4%. Dentro de factores sociodemográficos, tener una edad de 18 a 44 años, ser de raza negra, ser pobre y estar previamente casado se relacionó con intento de suicidio entre los ideadores con ORs de 2.9, 5, 4.5 y 3.6 respectivamente. Los intentos de suicidio previos tienen un OR de 58, siendo un riesgo muy alto para un nuevo intento. Dentro de la psicopatología de los padres, las correlaciones

significativas incluyen depresión (OR 15.7), ansiedad generalizada (OR 3.8) y trastorno de pánico (OR 6). Dentro de los trastornos psiquiátricos del paciente encontramos a la ansiedad generalizada con un OR de 4.5, a los trastornos del ánimo con un OR de 1.2, a desordenes de conducta con un OR de 7.3 y a la dependencia de drogas ilícitas con un OR de 7.4. Además, el tener cualquier desorden psiquiátrico tiene un OR de 1.1 y el tener de tres a más un OR de 1.2 <sup>31</sup>.

## **12. FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA E IDEACIÓN SUICIDA PERSISTENTE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. BOGOTÁ – 2008**

Los casos aumentaron de 6 en octubre-2004 hasta 10 en octubre-2005, con promedio mensual:  $12 \pm 3,6$  casos. El 80 % tenía 30 años o menor edad, 66,7 % eran mujeres, 24,4 % estudiantes y 20,5 % desempleados. Como desencadenantes: disfunción familiar y conflictos de pareja en 35,2 % cada uno. El 49 % consumió alcohol previo al intento suicida. La persistencia de ideación suicida se asoció con tener 31 años o más, desempleo, más de un intento suicida previo, conflictos sin resolver y disfunción familiar. La no resolución de conflictos, OR=106,7 (IC 95 %: 6,8, 1668,4) y la disfunción familiar, OR=11,05 (IC95 %: 1,7, 71,2) fueron predictores de la persistencia de ideación suicida en el modelo de regresión logística <sup>32</sup>.

## **13. ASOCIACIÓN ENTRE USO DE SUSTANCIAS, ABUSO Y DEPENDENCIA CON EL POSTERIOR COMPORTAMIENTO SUICIDA – 2000**

Los datos de la encuesta general de población de Estados Unidos se utilizan para desagregar las asociaciones de trastornos por consumo de sustancias con intentos de suicidio con el fin de evaluar una serie de hipótesis sobre los procesos que conducen a estas asociaciones. El consumo de alcohol y drogas predice intentos posteriores de suicidio después de controlar los trastornos sociodemográficos y los trastornos mentales comórbidos. El uso previo no es un predictor significativo entre los no usuarios actuales. El abuso

y la dependencia son predictores significativos entre los usuarios de tres de las 10 sustancias consideradas (alcohol, inhalantes y heroína). El número de sustancias utilizadas es más importante que los tipos de sustancias utilizados para predecir el comportamiento suicida. La desagregación muestra que los efectos del uso están en gran medida en la ideación suicida y en los intentos no planeados entre los ideadores. En comparación, los efectos del uso en los planes de suicidio y los intentos planeados entre los ideadores no son significativos. Los clínicos deben ser conscientes de que el uso actual de sustancias, incluso en ausencia de abuso o dependencia, es un factor de riesgo significativo para los intentos de suicidio no planeados entre los ideadores <sup>33</sup>.

#### **14. CONSUMO AGUDO DE ALCOHOL E INTENTO SUICIDA – 2004**

Se fusionaron siete estudios de sala de emergencia realizados en los Estados Unidos, Canadá, México y Australia entre 1984 y 1996, con muestras probabilísticas y metodología similar, lo que arrojó un total de 102 intentos de suicidio (el 52% en su totalidad eran hombres y el 59% tenía menos de 30 años). Treinta y seis pacientes informaron de uso de alcohol dentro de las 6 horas anteriores al intento de suicidio. Cuando el consumo habitual de alcohol durante los últimos 12 meses sirvió como valor de control, el riesgo relativo estimado (RR) para los pacientes que informaron el consumo de alcohol dentro de las 6 horas previas al intento de suicidio fue 9,6 (intervalo de confianza del 95%: 5,7-16,3). Aunque la prevalencia del consumo de alcohol difiere según el sexo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en los RR estimados (RR = 13,6 hombres y RR = 5,3 mujeres,  $p = 0,11$  para la prueba de heterogeneidad) <sup>34</sup>.

#### **15. PREVALENCIA DE IDEACIÓN, PLANEAMIENTO E INTENTO SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS EN ITALIA – 2008**

La prevalencia de suicidio, planes e intentos de suicidio fue de 3,0%, 0,7% y 0,5%, respectivamente. Entre los ideadores, la probabilidad de hacer siempre

un plan era 24.6% y el intento era el 18.2%. Los riesgos de ideación, plan o intento de suicidio fueron significativamente más comunes en las mujeres que en los hombres (OR, 2,6-4,9). La edad estuvo inversamente relacionada con el riesgo de ideación suicida, con valores OR mayores asociados con la disminución de la edad; sin embargo, el mayor riesgo de intento de suicidio se encontró en la cohorte de edad mediana (35 – 49 años). Las edades de inicio temprana de la ideación del suicidio se asociaron perceptiblemente con un riesgo más grande del intento (OR, 5.8); y entre los ideadores, tener un plan del suicidio fue asociado con un riesgo perceptiblemente más alto de hacer un intento del suicidio (OR, 19.7). La presencia de un trastorno mental se asoció con un riesgo significativamente mayor de ideación, plan e intento de suicidio, incluso después de controlar los factores sociodemográficos y las variables relacionadas con el suicidio. En general, la relación fue más fuerte en los trastornos por uso de sustancias (OR, 6,7-59,8), seguidos de trastornos del estado de ánimo (OR, 8,4-17,4) y trastornos de ansiedad (OR, 4,9-9,9). Además, el riesgo fue significativamente mayor en los entrevistados que informaron 3 o más trastornos (OR, 10.6-22.0), en comparación con los participantes sin comorbilidad <sup>35</sup>.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

El suicidio es un problema importante de salud pública que constituye una de las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad <sup>36,37</sup>, calculándose que anualmente se suicidan entre de 1,2 y 1,5 millones de personas alrededor del mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos <sup>38</sup>. Es, además, la principal emergencia para un profesional de salud mental <sup>39</sup>.

Debido a que el suicidio es un problema contemporáneo y creciente, conlleva a la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas <sup>40</sup>.

## DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES

### Comportamiento suicida

El comportamiento suicida se refiere a una serie de comportamientos que incluyen pensar en suicidio (o ideación), planear suicidio, intentar suicidarse y suicidarse<sup>7</sup>. Es todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza y esto comprende <sup>41</sup>:

- Ideación suicida, que comprende un amplio espectro de pensamiento, que puede adquirir las siguientes formas de presentación como el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico y la idea suicida con una adecuada planificación o plan suicida.
- Intento o tentativa suicida, que se da cuando el individuo ejecuta la acción, pero no llega a consumarse, por alguna razón, impericia o falla en el método.
- Suicidio consumado, que se da cuando el individuo logra poner fin a su vida.<sup>42</sup>

### Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, 800 mil personas se suicidan cada año,<sup>7,8</sup> siendo la segunda causa de defunción entre las personas entre 15 y 29 años después de los accidentes de tránsito <sup>7</sup>. Sin embargo, Por cada suicidio hay muchas más personas que intentan suicidarse cada año, siendo los resultados epidemiológicos sobre tentativas de suicidio difíciles de determinar.<sup>13</sup>

La Organización Mundial de la Salud, hizo un estudio encontrando que la prevalencia reportada de haber realizado uno o más intentos de suicidio fue de 3 por 1000 individuos (es decir, 0,3%) en hombres y mujeres de países de ingresos altos, 3 por 1000 en varones y 6 por 1000 en mujeres de mediana edad, y 4 por 1000 en hombres y mujeres de países de bajos ingresos. De



acuerdo a esto, la prevalencia mundial estimada de intento de suicidio autoinformado sería de aproximadamente 4 por 1000 adultos. Dada la tasa estimada de suicidios globales de 15,4 por 100 000 adultos de 18 años y más, esto indicaría que para cada adulto que murió de suicidio hubo probablemente más de 20 que hicieron uno o más intentos de suicidio. Sin embargo, como en el caso de las tasas de suicidio e intentos de suicidio, existe una amplia variación por región, sexo, edad y método.<sup>7</sup>

Además, en otras literaturas se informa que la prevalencia de ideación suicida varía del 2 al 15 % en la población general y esto podría presentarse en una de cada 3 personas durante el curso de la vida.<sup>43</sup>

Según estadísticas nacionales (Instituto de Salud Mental del Perú “Honorio Delgado Noguchi”) la cantidad de suicidios ha aumentado en los últimos años en nuestro país, siendo la tasa en la última década de 3 a 4 por 100 000 habitantes. Además, por lo menos un millar de personas intentan suicidarse, siendo la principal causa la depresión, calculándose aproximadamente que por cada suicidio ocurren 10 a 30 intentos.<sup>4</sup>

Por último, según un estudio Nacional de Salud mental, en Lima Metropolitana y el Callao, para el año 2012, el 2,8% de personas intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 0,4% lo ha intentado en el último año, siendo un 0.1% de sexo masculino y un 0.7% de sexo femenino. Además, de las personas que intentaron suicidarse, un 3,57% considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución.<sup>5,6</sup>

### **Factores de riesgo**

El riesgo suicida es multifactorial. Los factores de riesgo para el acto suicida se pueden clasificar en sociales, demográficos, ambientales, económicos y médicos <sup>42,43</sup>, debido a que para que se cometa suicidio deben confluír una serie de eventos, circunstancias o elementos, que lleven a decidir "impulsiva" o "reflexiva y planificadamente" poner fin a la propia vida. Entendido así,

numerosos aspectos contribuirán al suicidio, el cual no debe contemplarse como consecuencia de un factor o causa única.<sup>9</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud se pueden dividir en:

### **Factores de riesgo social**

- Barreras para acceder a la atención médica, pues el comportamiento suicida se incrementa con la presencia de comorbilidades.
- Acceso a medios de suicidio
- Reporte de medios inapropiados y uso de medios sociales
- Estigma contra la búsqueda de ayuda para comportamientos suicidas

### **Factores de riesgo de la comunidad**

- Desastres, guerras y conflictos, pueden incrementar el riesgo de suicidio debido a los impactos destructivos que tienen sobre el bienestar social, la salud, la vivienda, el empleo y la seguridad financiera.
- Discriminación, debido a que puede conducir a una continua experiencia de eventos estresantes que pueden evocar conductas suicidas.
- Trauma y abuso, que incrementan el estrés emocional y pueden causar depresión y comportamientos suicidas en población vulnerable.
- Aislamiento y falta de apoyo social
- Conflicto, discordancia o pérdida de relaciones interpersonales. En estos casos, se observa mayor riesgo de intento suicida en viudos, separados y divorciados.

### **Factores de riesgo individuales**

- Intento previo de suicidio, el cual es el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población.
- Desórdenes mentales, que se encuentran presentan en la mayoría de personas que mueren por suicidio. Dentro de estos, se encuentra principalmente la depresión y los trastornos del humor.
- Uso nocivo de alcohol y otras sustancias, debido a que el abuso de sustancias nocivas incrementa el riesgo de suicidio.
- Pérdida de trabajo o pérdida financiera
- Desesperación, cuando se combina con otros trastornos mentales o intentos suicidas previos.
- Enfermedad crónica
- Historia familiar de suicidio, que puede tener una influencia disruptiva en la vida de una persona.

### **Factores demográficos**

- Ancianos y adolescentes
- Sexo, evidenciándose que el intento suicida es más frecuente en mujeres, mientras que el suicidio consumado es más frecuente en varones. <sup>7,14,39,43</sup>

Debido a todos estos factores, resulta fundamental realizar una pesquisa certera de los factores de riesgo que tiene el paciente para poder así evaluar el riesgo real de realizar un intento, de reincidir en éste y de finalmente morir por esta causa. La eficiencia con que se realice la entrevista y se detallen los factores de riesgo serán de ayuda para decidir la conducta de manejo y derivación adecuada según el contexto clínico en que nos encontremos.<sup>45</sup>

En otras literaturas, dividen a estos factores en fijos y modificables, como:

- **Factores fijos**, dentro de los cuales tenemos el intento previo, los factores genéticos, los de género, edad, etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. Son llamados de esta

forma, debido a que, a pesar de un buen tratamiento psiquiátrico, no serán modificables.

- **Factores modificables**, dentro de los cuales se encuentran principalmente, la ansiedad y la depresión, pero también la interrupción del tratamiento médico, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.

Otras clasificaciones, los dividen en:

- **Factores primarios**, que incluyen los trastornos psiquiátricos y las enfermedades crónicas
- **Factores secundarios**, que son los que llevan a una actitud disfuncional. En estos se encuentran la dificultad en la solución de los problemas y el pesimismo.
- **Factores terciarios**, que incluyen los factores sociodemográficos.<sup>40</sup>

Pese a las distintas clasificaciones para los factores de riesgo, estos son los que llevarán a la conducta suicida.

### **Métodos más utilizados**

El perfil de los métodos de suicidio depende de su disponibilidad, en particular de la disponibilidad de medios técnicos<sup>46</sup>. Sin embargo, en distintos estudios, se ha mencionado a la sobre ingesta de medicamentos como el más utilizado para la tentativa de suicidio.<sup>13,14</sup>

La organización Mundial de la Salud, a partir de su base de datos de mortalidad, observó que el envenenamiento por plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos y el salto al vacío en ciudades y sociedades urbanas como la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China. El análisis de correspondencias reveló una polarización entre el suicidio con plaguicidas y el suicidio por arma de fuego, situándose entre

ambos y en retroceso los métodos tradicionales, como el ahorcamiento y el salto al vacío.<sup>47</sup>

### **Trastornos psiquiátricos asociados**

Los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia, somatización y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. En adolescentes se encuentran trastornos de conducta, depresión, fobias simples y ansiedad generalizada. También existe relación entre suicidio y trastornos de alimentación en adolescentes mujeres, trastornos de conducta en hombres (límite y sociópata) y abuso de sustancias en ambos sexos. Dentro de estos podemos destacar los siguientes:

**Depresión.** Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales[DSM-V] (American Psychiatric Association - APA, 2013), la depresión es un período en el que se presenta un cambio del funcionamiento previo, estado de ánimo decaído, pérdida de interés o placer, cambios de apetito, sueño, actividad motora, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y “pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo” . En personas con trastorno depresivo al menos un 27% han tenido un intento de suicidio a lo largo de sus vidas. La depresión puede incrementar hasta 12 veces el riesgo de suicidio cuando predomina la desesperanza, asociada con intencionalidad y alta letalidad . La vivencia de sufrimiento en la depresión, evidente en cartas de personas que han realizado actos suicidas, se ha relacionado con mayor frecuencia e intensidad de ideación y conductas suicidas.

**Ansiedad.** Según el DSM-V (APA, 2013) los trastornos de ansiedad “se caracterizan por miedo excesivo ante amenazas reales o percibidas y ansiedad como anticipación de amenazas futuras. Se ha encontrado asociación de varios trastornos de ansiedad con ideación e intentos suicidas”, y las personas con fobias específicas “tienen un 60% más de probabilidad de intentos de suicidio que personas sin el diagnóstico. Sin embargo, esta elevada tasa puede deberse a la comorbilidad con trastornos de personalidad y otros trastornos de ansiedad”. También se ha hallado que “la presencia de ataques de pánico y diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados con una mayor tasa de intentos e ideación suicida, incluso cuando se tienen en cuenta la comorbilidad, una historia de abuso infantil y otros factores de riesgo de suicidio”.

**Trastornos de personalidad.** Definidos por el DSM-V (APA, 2013) como un patrón perdurable e inflexible “de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, y se manifiesta en la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos”. Estos trastornos se presentan hasta en un 70% en personas suicidas, y se encuentran implicados rasgos como autoestima pobre, impulsividad, ira y agresividad, siendo las dimensiones de desregulación emocional y la impulsividad las que mayor prevalencia han presentado en estudios retrospectivos.

Las personas que padecen trastornos de personalidad tienen mayor riesgo de suicidio. Hay especial evidencia para los trastornos límite de personalidad, narcisista e histriónico, antisocial y esquizotípico. El 56% de personas que se suicidan presentan dichos trastornos en comorbilidad con abuso de drogas y alcohol, al igual que el 65% de quienes lo intentan.

El intento de suicidio se considera un criterio diagnóstico de trastorno de la personalidad tipo límite (TPL). En personas con dicho trastorno se ha encontrado una prevalencia de 60% a 80% de comportamientos auto lesivos (Mendieta, 1997) y un 10% de suicidios consumados en menores de 30 años

(Soloff et al., 2002), en su mayoría mujeres (Qin, 2011), ya que en el TPL existe una fuerte presencia de inestabilidad emocional (Yen et al., 2004) conductas autodestructivas e impulsivas como conducción temeraria, gastos, robos, atracones y purgas, abuso de sustancias, encuentros sexuales sin protección, auto mutilaciones e intentos suicidas (APA, 2001; Sodeberg, 2001). En el estudio de Espinosa et al. (2009) se encontró que el 46% de los pacientes con TPL obtuvo puntuaciones elevadas en una escala de desesperanza, asociada con síntomas de ansiedad crónica e incertidumbre frente al futuro.

**Abuso de sustancias psicoativas.** Según el DSM-V (APA, 2013) las condiciones clasificadas como inducidas por uso o abuso de sustancias son: “intoxicación, abstinencia y otros trastornos (psicóticos, bipolar y relacionados, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos y relacionados, del sueño, disfunciones sexuales, delirio, y neurocognitivos)”. En general, el riesgo para todos los trastornos relacionados con sustancias se asocia con sobredosis accidentales y deliberadas. “La repetida intoxicación y abstinencia pueden estar asociadas con depresiones severas lo suficientemente intensas como para dar lugar a intentos y suicidios. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que no deben confundirse sobredosis accidentales no fatales con intentos de suicidio”.

El abuso de sustancias presenta altos niveles de comorbilidad con otros trastornos mentales, aumentando su incidencia de un 19% a 45% (Bakken & Vaglum, 2007). Cerca del 50% de quienes se suicidan están intoxicados y el 18% de las personas con diagnóstico de alcoholismo se suicidan (Maris, 2002).

El riesgo de suicidio en personas que consumen sustancias aumenta 2.6 veces. El alcohol (72,9%), el cannabis y los sedantes (6,8%), los estimulantes (9,6%), los opioides (Borges, Walter, & Kessler, 2000) y los fármacos de prescripción son los más utilizados para llevar a cabo actos suicidas. También, el abuso/dependencia de cocaína tiene una prevalencia

de 40,5% en casos de ideación suicida y 39, 2% de intentos .Algunos autores explican la asociación entre consumo de sustancias y suicidio (Bernal et al., 2007; Borges et al., 2000) proponiendo que la intoxicación puede reducir la inhibición y aumentar el riesgo de un acto de suicidio impulsivo, alterar la capacidad de juicio y potenciar la disforia, generar disfunción cerebral, cambios neuropsicológicos, cambio en estado de ánimo y conducta violenta, que son potenciados cuando se consume más de una sustancia.

### **Neurobiología**

Si bien es cierto, varios factores de riesgo han sido identificados para el suicidio, las bases neurobiológicas aún no están totalmente claras. Sin embargo, muchas investigaciones apuntan a un claro papel del sistema serotoninérgico, donde alteraciones a este nivel tendrían un papel relevante en la patogénesis del suicidio.

Debido a que el suicidio es una acción agresiva e impulsiva que se acompaña generalmente de frustración, irritabilidad, miedo e ira, se involucran 4 sistemas principales de neurotransmisión:

- a. Serotonérgico
- b. Dopaminérgico
- c. Noradrenérgico
- d. GABAérgico

Otro aspecto relevante es el genético. Una historia familiar de suicidio y violencia se ha asociado a la conducta suicida en todas las fases del ciclo vital y, de manera relevante, existe la observación de que los niños adoptados que se suicidaron, tenían el antecedente de suicidio en los padres biológicos. Algunos estudios sobre el patrón de la herencia genética del comportamiento suicida indican que se trata de una herencia poligénica con presencia del alelo L en el gen codificador de la enzima triptofano hidroxilasa, la enzima limitante de la biosíntesis de la serotonina, lo cual se ha asociado a un aumento del riesgo suicida. Además, un polimorfismo del gen



transportador de serotonina parece intervenir en el suicidio violento y en los intentos de suicidio. El gen de la enzima hidroxilasa triptofano (TPH) se encuentra en el cromosoma 11 y tiene dos polimorfismos. En el líquido cefalorraquídeo (LCF), el metabolito de la 5-HT, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), se encuentra asociado al gen del TPH. Por otro lado, el gen del transportador plasmático de membrana de la 5-HT (5-HTT) se ubica en el cromosoma 17. En suma, las tres variantes mencionadas, el genotipo de TPH, los niveles bajos de LCR5-HIAA y una baja actividad del genotipo 5-HTT, se encuentran asociados en los sujetos que tienen una conducta violenta y suicida. Estas anomalías de la neurotransmisión serotoninérgica pudieran estar relacionadas con la diátesis suicida al predisponer a los individuos a comportamientos impulsivos y autoagresivos.<sup>48</sup>

### **Diagnóstico**

La evaluación inicial debe centrarse en la gravedad del intento suicida, determinándose de esta manera la necesidad o no de hospitalización del paciente. Para ello, es necesario una historia clínica completa donde se indique:

- Factores de riesgo y sus características
- Descripción en detalle del tipo de intento
- Enfermedad médica asociada
- Antecedentes, tanto personales como familiares
- Antecedentes de abuso o dependencia de sustancias
- Dinámica familiar
- Rasgos de la personalidad
- Fortalezas y debilidades personales
- Tolerancia a la frustración y el dolor
- Respuesta en el pasado frente a situaciones de estrés
- Historia de impulsividad y agresividad
- Examen físico y mental <sup>43</sup>

Según la Escuela de Medicina de Harvard, esta evaluación se debe basar en 5 aspectos principales:

- a. Evaluación médica y psiquiátrica
- b. Factores de riesgo
- c. Nivel de modificación de los factores de riesgo
- d. Acto suicida
- e. Determinación de factores protectores

La sumatoria de estos 5 pilares de evaluación, permiten determinar clínicamente el nivel de riesgo y decidir las medias de intervención específicas.<sup>10</sup>

### **Valoración del riesgo suicida**

Esta valoración debe hacerse tanto por riesgo de repetición de la tentativa como por riesgo de suicidio consumado. Para ello se cuenta con numerosas escalas de evaluación y cuestionarios, entre las cuales se puede mencionar:

- SAD Person Scale
- Suicide Intent Scale
- Scale for Suicide Ideation
- Hopelessness Scale

Resulta fundamental realizar una pesquisa certera de los factores de riesgo que tiene el paciente para poder así evaluar el riesgo real de realizar un intento, de reincidir en éste y de finalmente morir por estar causa. La eficiencia con que se realice la entrevista y se detallen los factores de riesgo serán de ayuda para decidir la conducta de manejo y derivación adecuada según el contexto clínico en que nos encontremos.<sup>13</sup>

### **Tratamiento**

El abordaje se guiará por 3 aspectos fundamentales:

- a. Manejo y estabilización de complicaciones
- b. Asegurar la supervivencia del paciente y prevenir nuevos intentos a través de hospitalizaciones breves

c. Instauración de estrategias farmacológicas o psicoterapéuticas individuales y/o familiares.<sup>33,43</sup>

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés puede ser suficiente, el cual deberá indagar los sistemas de apoyo disponibles como familia o amigos que puedan ayudar y apoyar al paciente <sup>42</sup>. Sin embargo, si el tratamiento ambulatorio no fuera posible, se debe tomar otras medidas, dentro de las cuales se tiene:

#### **Tratamiento farmacológico**

El cual se realizará en función del trastorno psiquiátrico que presente el paciente. Dentro de ello, se prescribe:

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Litio

Además, se indicará cualquier fármaco que mejore su calidad de vida, como los antiinflamatorios, en caso de dolor.

#### **Psicoterapia**

La cual también se indicará en función a las necesidades del paciente:

- De orientación psicodinámica
- Reestructuración cognitiva
- Terapia electro convulsiva<sup>13,39,42</sup>

#### **Prevención**

Los intentos de suicidio resultan en una carga social y económica significativa para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar la lesión, el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados, por lo que el tratamiento y la prevención son importantes.<sup>11</sup>

Para la prevención del suicidio y del intento de suicidio se debe tomar en cuenta algunos principios fundamentales como:

- a. Evitar la aparición de la desesperanza, deseos de morir e ideas suicidas.
- b. Evitar que las ideas suicidas se transformen en una conducta.
- c. Prevenir la reaparición de crisis suicidas.
- d. Reducir los factores de riesgo que facilitan la aparición de suicidalidad.
- e. Tratar adecuadamente los trastornos psiquiátricos y las crisis psicosociales.
- f. Promover ganancia de tiempo, que permita una nueva reflexión bajo una oferta terapéutica óptima del/la paciente suicida.<sup>10</sup>

Para esto es de suma importancia el rol de la familia y de la promoción de la salud mental y espiritual.<sup>42</sup>

## **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

### **Definición de Intento Suicida**

Acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, pero que le cause algún tipo de lesión.<sup>46</sup>

### **Definición de factor de riesgo**

Característica o exposición de un individuo, la cual aumenta su probabilidad de sufrir una lesión o enfermedad.

### **Definición de intento de suicidio previo**

Acto previo no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, pero que le cause algún tipo de lesión.

### **Definición de uso de sustancias adictivas**

Consumo de una droga u otro químico que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona.

**Definición de trastorno psiquiátrico**

Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento o exposición de un individuo.

**Definición de disfunción familiar**

Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia, y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.<sup>47</sup>

**Definición de disfunción de pareja**

Característica o exposición de un individuo, la cual aumenta su probabilidad de sufrir una lesión o enfermedad.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. HIPÓTESIS:**

#### **HIPÓTESIS GENERAL**

- Existen factores de riesgo asociados al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital San José

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- El antecedente de padecer algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para el intento de suicidio en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016
- El uso de sustancias adictivas son un factor de riesgo para el intento de suicidio en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016
- El antecedente de disfunción familiar es un factor de riesgo para el suicidio en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016
- El intento previo de suicidio es un factor de riesgo para el suicidio en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016

## 3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

### **Variables independientes:**

Intento de suicidio previo  
Uso de sustancias adictivas  
Antecedente de trastorno psiquiátrico  
Disfunción familiar

### **Variables intervinientes:**

Edad  
Sexo  
Número de intentos de suicidio previos  
Métodos empleados  
Principal diagnóstico psiquiátrico  
Tipo de sustancia adictiva empleada  
Número de trastornos psiquiátricos registrados  
Número de sustancias adictivas consumidas.

### **Variable dependiente:**

Intento de suicidio  
Las definiciones y valores de las mismas están descritas dentro de la operacionalización de variables. (Anexo 1)

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

- Diseño de estudio: Observacional
- Por el alcance de los resultados: Analítico, Caso – Control
- Por el tiempo de ocurrencia de los hechos: Retrospectivo

### **4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACION**

Todos los pacientes adultos atendidos por Emergencia en el Hospital San José durante el periodo Enero a diciembre del año 2016

#### **MUESTRA**

Se usó el programa para hallar el tamaño de muestra “Sample Size” de los cuáles se obtienen los siguientes valores:

- Frecuencia de exposición de entre los controles: 0.34
- Odds Ratio previsto: 2
- Nivel de confianza: 0.95
- Poder estadístico: 0.8
- Frecuencia de exposición estimada entre los casos: 0.61
- Números de controles por caso: 2
- Valor z para alfa: 1.96
- Valor z para beta: 0.84
- Valor P: 0.05
- Números de casos en la muestra: 38
- Número de controles en la muestra: 76

Con ello, la distribución fue de 38 pacientes para los casos( intento de suicidio) y 76 para los controles( sin intento de suicidio)

#### **UNIDAD DE ANALISIS**

Un paciente con diagnóstico de intento de suicidio atendido por Emergencia en el Hospital San José durante el periodo Enero a diciembre del año 2016



## **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de intento de suicidio atendidos por Emergencia en el Hospital San José durante el periodo Enero a diciembre del año 2016

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Historias clínicas con datos incompletos
- Historias clínicas con datos ininteligibles.

## **4.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Mediante la recolección de información de las historias clínicas del Hospital San José, habiendo solicitado previamente los permisos correspondientes al presente hospital, se procederá a recabar la información necesaria tomando en cuentas los criterios de inclusión y exclusión. Una vez obtenida la información, se procederá a tabular los datos y elaborar los gráficos y tablas para así poder formular las conclusiones correspondientes.

## **4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El instrumento utilizado será la ficha de recolección de datos elaborada por el propio investigador, donde se encontrarán las variables mencionadas en la operacionalización de variables. (Anexo 1 y 3)

El mismo investigador se encargará de llenar las fichas de recolección de datos, por lo que el mismo llevará el control de calidad de los datos.

## **4.6 RECOLECCIÓN DE DATOS**

Mediante la revisión del libro de atenciones en emergencia y posterior búsqueda de las historias clínicas correspondientes en el departamento de

archivo de historias clínicas del Hospital San José, habiendo solicitado previamente los permisos correspondientes al presente hospital, se procederá a recabar la información necesaria tomando en cuentas los criterios de inclusión y exclusión. Una vez obtenida la información, se procederá a tabular los datos y elaborar los gráficos y tablas para así poder formular las conclusiones correspondientes.

Además, se garantizará la confidencialidad de los resultados obtenido de las historias clínicas, proporcionándoles información al término del estudio sobre estos resultados a la institución de salud.

## 4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

### **METODOS DE ANALISIS DE DATOS SEGUN TIPO DE VARIABLES**

Los métodos que se usarán para el análisis de los datos serán tanto la analítica descriptiva e inferencia.

- **Estadística descriptiva:** Las variables cuantitativas se presentaron en medidas de tendencia central (media o mediana) o medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) previa evaluación de la distribución de los valores. Para las variables cualitativas se utilizó medidas de distribución de frecuencia.

- **Estadística inferencial:** Se trabajó con un 95% de confianza con un nivel de significancia estadística  $p < 0,05$ . Las variables categóricas se analizaron con test de  $\chi^2$  o test Fisher. Además, se realizó la regresión logística binaria con lo que se obtuvo un odds ratio (OR) ajustado para hallar asociación más precisa entre las variables estudiadas.

Debido a ello, se presentará la información obtenida a través de gráficos y tablas.

## **PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANALISIS DE DATOS**

Para el análisis de los datos se usará el software estadístico IBM SPSS v.23 (Statistical Package for Social and Sciences), así como el programa Microsoft Excel 2016. Con esto, se procederá a la elaboración de gráficos y tablas.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 RESULTADOS

En la investigación se obtuvo una muestra de 114 personas, distribuidos en 38 casos y 76 controles.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016

##### EDAD

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad

	CON INTENTO DE SUICIDIO	SIN INTENTO DE SUICIDIO
<b>Mínima</b>	18	18
<b>Máxima</b>	46	52
<b>Media</b>	28.26	27.68
<b>Desviación estándar</b>	8.708	9.087

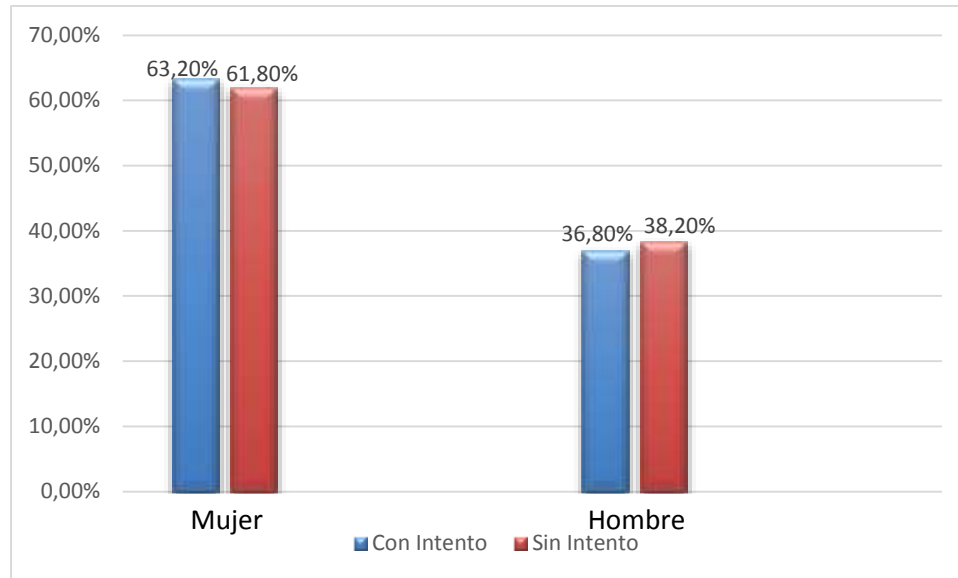
Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En la TABLA 1 se aprecia la distribución de la edad en ambos grupos de estudio, siendo la edad mínima 18 años para todos los pacientes. Además, la edad máxima fue de 46 y 52 años para aquellos pacientes con y sin intento de suicidio, respectivamente. De la misma manera se observa que la edad

promedio fue de  $28.26 \pm 8.708$  años para los casos y  $27.68 \pm 9.087$  para los controles.

## SEXO

**Gráfico 1. Distribución de los pacientes según sexo**



**Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas**

En el GRÁFICO 1 se observa la distribución de pacientes según sexo. Se encuentra que es más frecuente en pacientes mujeres con diagnóstico y sin diagnóstico de intento de suicidio con un 63.2 y 61.8%, respectivamente. Además, hay una menor frecuencia de pacientes hombres, con un 36.80 y 38.20%, para ambos grupos de estudio.

## INTENTO DE SUICIDIO

Tabla 2. Intento de suicidio previo

<i>Intento de suicidio previo</i>	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>	<i>TOTAL</i>
<b>SI</b>	<b>25 (65.8%)</b>	<b>27 (35.5%)</b>	<b>52 (45.6%)</b>
<b>NO</b>	<b>13 (34.2%)</b>	<b>49 (64.5%)</b>	<b>62 (54.4%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38 100%</b>	<b>76 100%</b>	<b>114 100%</b>

Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En la TABLA 2 se aprecia la frecuencia de intento de suicidio previo en los pacientes. Siendo que en un 65.8% de los pacientes con intento de suicidio ya contaban con este antecedente, y en el caso de los pacientes sin intento de suicidio se observa que en un 64.5% de ellos, no contaban con intento de suicidio previo.

Tabla 3. Número de intentos de suicidio previos

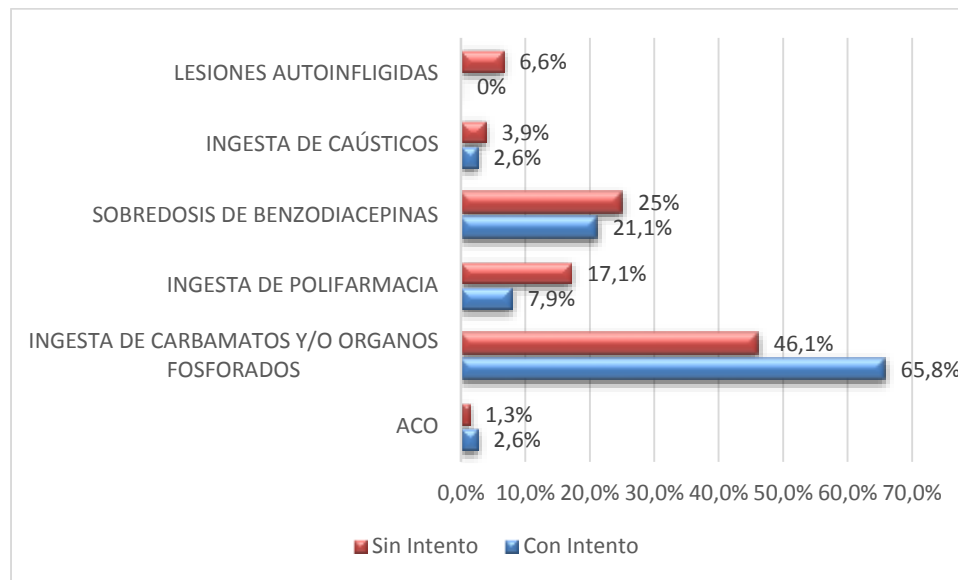
	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>
<b>Mínima</b>	0	0
<b>Máxima</b>	2	1
<b>Media</b>	0.87	0.36
<b>Desviación estándar</b>	0.74	0.482

Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En la TABLA 3 se aprecia el número de intentos de suicidio previos por los pacientes, siendo la media de  $0.87 \pm 0.74$  para los pacientes con intento de suicidio y  $0.36 \pm 0.482$  para los pacientes sin intento de suicidio. Además, se observa que la cantidad mínima de intentos previos para ambos grupos es 0. De la misma manera, la máxima cantidad de intentos previos es de 2, para los casos y 1, para los controles.

## MÉTODO EMPLEADO

**Gráfico 2. Métodos empleados**



**Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas**

En el GRÁFICO 2 se aprecia los métodos empleados por los pacientes, donde se evidencia que la ingesta de carbamatos y/o órganos fosforados es el más frecuente con un 65.8 y 46.1% para ambos grupos estudiados, respectivamente. Además, se aprecia que el método menos empleado son las lesiones autoinfligidas con 0 y 6.6% para ambos grupos estudiados, respectivamente.

## TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

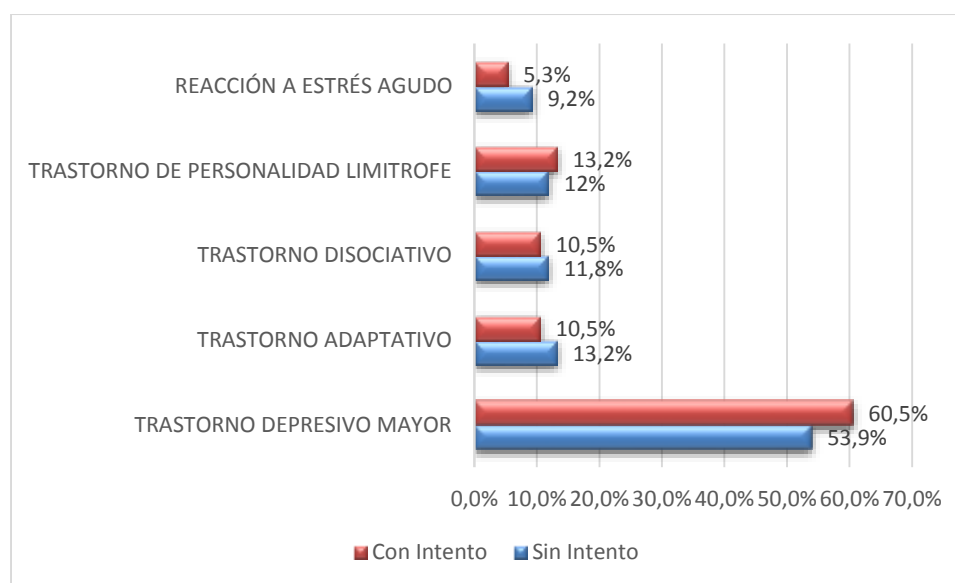
Tabla 4. Antecedente de trastorno psiquiátrico

<i>TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</i>	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>	<i>TOTAL</i>
<b>SI</b>	<b>27 (71.1%)</b>	<b>19 (25.0%)</b>	<b>46 (40.4%)</b>
<b>NO</b>	<b>11 (28.9%)</b>	<b>57 (75.0%)</b>	<b>68 (59.6%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38 100%</b>	<b>76 100%</b>	<b>114 100%</b>

Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En la TABLA 4 se aprecia la frecuencia de aquellos pacientes con antecedente de trastorno psiquiátrico. Siendo que en un 71.1% de los pacientes con intento de suicidio ya contaban con algún tipo de diagnóstico psiquiátrico, y en el caso de los pacientes sin intento se observa que en un 75.0% de ellos, no contaban con diagnóstico previo.

Gráfico 3. Principal diagnóstico psiquiátrico en pacientes



Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas



En el GRÁFICO 3 se aprecia los diagnósticos psiquiátricos registrados en los pacientes, siendo el trastorno depresivo mayor, más frecuente para los pacientes con diagnóstico y sin diagnóstico de intento de suicidio con un 60.5 y 53.9%, respectivamente. Además, se evidencia que la reacción a estrés agudo es el menos frecuente para ambos grupos con 5.3 y 9.2%, respectivamente.

**Tabla 5. Número de trastornos psiquiátricos registrados**

	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>
<b>Mínima</b>	1	1
<b>Máxima</b>	3	3
<b>NÚMERO DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS REGISTRADOS</b>	<b>Media</b>	<b>2.26</b>
	<b>Desviación estándar</b>	<b>0.724</b>
		<b>0.786</b>

**Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas**

En la TABLA 5 se aprecia el número de número de trastornos psiquiátricos registrados en los pacientes, siendo la media de  $2.26 \pm 0.724$  para pacientes con intento de suicidio y  $1.91 \pm 0.786$  para aquellos sin intento. Además, se observa que la cantidad mínima de diagnósticos registrados es 1 para ambos grupos y la máxima 3, para ambos grupos.

## SUSTANCIAS ADICTIVAS

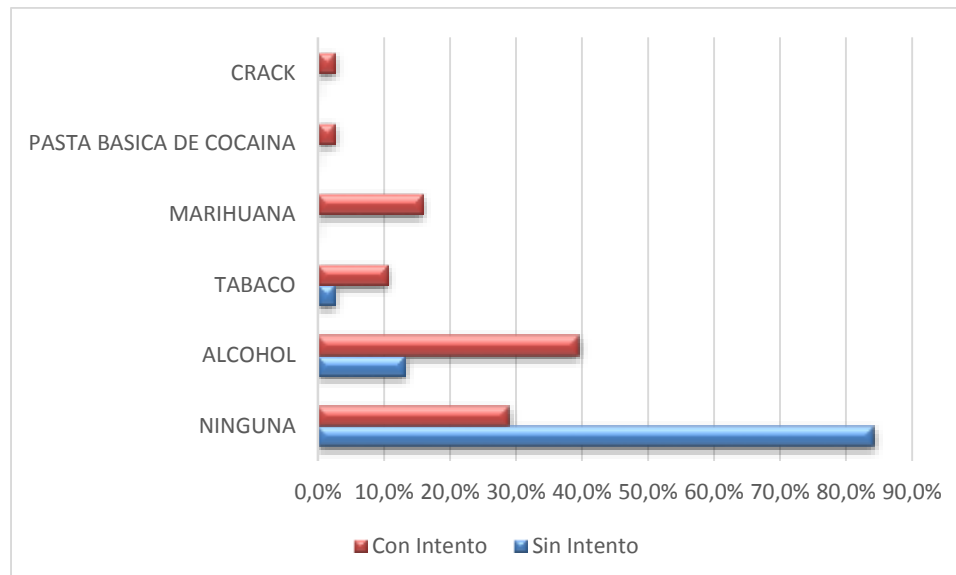
Tabla 6. Uso de sustancias adictivas

<i>USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS</i>	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>	<i>TOTAL</i>
<b>SI</b>	<b>21 (55.3%)</b>	<b>14 (18.4%)</b>	<b>35 (30.7%)</b>
<b>NO</b>	<b>17 (44.7%)</b>	<b>62 (81.6%)</b>	<b>79 (69.3%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38 100%</b>	<b>76 100%</b>	<b>114 100%</b>

Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En la TABLA 6 se aprecia la frecuencia de uso de sustancias adictivas en los pacientes. En donde se aprecia que es más frecuente en los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio (55.3%) en comparación con los pacientes sin diagnóstico de intento de suicidio, los cuales en un 81.6% no usa ningún tipo de sustancia.

Gráfico 4. Tipo de sustancia adictiva empleada



Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En el GRÁFICO 4 se observa las sustancias adictivas empleadas por los pacientes, encontrándose que la sustancia adictiva más empleada en aquellos pacientes con diagnóstico de intento de suicidio es el alcohol en un 39.5%. En el caso de los pacientes sin diagnóstico de intento de suicidio, se aprecia 84.2% de ellos no utiliza ninguna sustancia adictiva.

**Tabla 7. Número de sustancias adictivas consumidas**

	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>
<b>Mínima</b>	0	0
<b>Máxima</b>	3	2
<b>Media</b>	<b>1.08</b>	<b>0.21</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>0.912</b>	<b>0.524</b>

**Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas**

En la TABLA 7 se aprecia el número de sustancias adictivas consumidas por los pacientes, siendo la media de  $1.08 \pm 0.912$  para los y  $0.21 \pm 0.524$  para los controles. Además, se observa que la cantidad mínima de sustancias adictivas consumidas para ambos grupos es 0. De la misma manera, la máxima cantidad de sustancias consumidas es de 3, para los casos y 2, para los controles.

## DISFUNCIÓN FAMILIAR

Tabla 8. Registro de disfunción familiar en historia clínica

<i>DISFUNCIÓN FAMILIAR</i>	<i>Con intento de suicidio</i>	<i>Sin intento de suicidio</i>	<i>TOTAL</i>
<b>SI</b>	<b>26 (68.4%)</b>	<b>28 (36.8%)</b>	<b>54 (47.4%)</b>
<b>NO</b>	<b>12 (31.6%)</b>	<b>48 (63.2%)</b>	<b>60 (52.6%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38 100%</b>	<b>76 100%</b>	<b>114 100%</b>

Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas

En la TABLA 8 se aprecia el registro de disfunción familiar en la historia clínica de los pacientes. Se observa que en un 68.4 % de los pacientes que presentaron intento de suicidio registran disfunción familiar en sus historias clínicas en contraste con los que no lo presentaron, que en 63.2% no registra el antecedente de disfunción familiar.

## ANÁLISIS BIVARIADO Y MULTIVARIADO PARA LOS FACTORES DE RIESGO E INTENTO DE SUICIDIO.

**Tabla 9. Análisis bivariado entre los factores de riesgo e intento de suicidio**

	Casos (n =38)	Controles (n= 76)	P	OR (IC 95%)
<i>Antecedente Trastorno psiquiátrico</i>				
<b>SI</b>	27 (71.1%)	19 (25.0%)	0.000	7.364 (3.078-17.619)
<b>NO</b>	11 (28.9%)	57 (75.0%)		
<i>Uso de sustancias adictivas</i>				
<b>SI</b>	21 (55.3%)	14 (18.4%)	0.000	5.471 (2.30-12.970)
<b>NO</b>	17 (44.7%)	62 (81.6%)		
<i>Disfunción Familiar</i>				
<b>SI</b>	11 (28.9%)	28 (36.8%)	0.001	3.714 (1.623-8.499)
<b>NO</b>	27 (71.1%)	48 (63.2%)		
<i>Intento de suicidio previo</i>				
<b>SI</b>	25 (65.8%)	27 (35.5%)	0.002	3.490 (1.540-7.912)
<b>NO</b>	13 (34.2%)	49 (64.5%)		

**Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas**

En la TABLA 9 se aprecia el análisis de las variables estudiadas mediante la prueba de Chi cuadrado. Se aprecia que las variables: antecedente de trastorno psiquiátrico, uso de sustancias adictivas, disfunción familiar e intento de suicidio tienen un valor p estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) siendo sus valores de 0.000, 0.000, 0.001 y 0.002, respectivamente. Además, se encontró que el OR para las variables: antecedente de trastorno psiquiátrico, uso de sustancias adictivas, disfunción familiar e intento de suicidio previo fue de 7.364, 5.471, 3.714 y 3.490, respectivamente.

**Tabla 10. Análisis multivariado mediante regresión logística binaria**

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<i>Antecedente Trastorno psiquiátrico</i> <b>SI</b> <b>NO</b>	5.698 1	(2.179 – 10.319)	0.001
<i>Uso de sustancias adictivas</i> <b>SI</b> <b>NO</b>	3.751 1	(1.163 – 8.205)	0.010
<i>Disfunción Familiar</i> <b>SI</b> <b>NO</b>	4.263 1	(2.359 – 18.623)	0.004
<i>Intento de suicidio previo</i> <b>SI</b> <b>NO</b>	1.875 1	(1.125 – 5.023)	0.027

**Fuente: Hospital San José, archivo de historias clínicas**

En la TABLA 10 se aprecia la aplicación del análisis multivariado mediante la prueba de regresión logística binaria para las variables estudiadas, encontrándose que las variables: antecedente de trastorno psiquiátrico, uso de sustancias adictivas, disfunción familiar e intento de suicidio previo, son estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) siendo sus valores de 0.001, 0.010, 0.004 y 0.027, respectivamente. Además, se encontró que el OR “ajustado” para las variables: antecedente de trastorno psiquiátrico, uso de sustancias adictivas, disfunción familiar e intento de suicidio previo fue de 5.698, 3.751, 4.263 y 1.875, respectivamente.

## 5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el servicio de emergencia del Hospital San José del Callao estuvo conformado por una muestra de 114 pacientes, divididos en 38 casos (intento de suicidio) y 76 controles (sin intento de suicidio).

En el análisis descriptivo, se encontró que el promedio de edad fue de  $28.68 \pm 8.70$  para los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio en comparación a aquellos sin diagnóstico de intento de suicidio el cual fue de  $27.68 \pm 9.08$ . Con respecto al sexo, se encontró que el intento de suicidio es más frecuente en las mujeres, presentándose en un 63.2% de los casos. Esto guarda relación con lo descrito por la literatura, además de los estudios realizados a nivel nacional e internacional.<sup>15,17,18,23</sup>

El método más empleado para intento de suicidio fue la ingesta de carbamatos y/o órganos fosforados en un 65.8 % de los casos, seguido de la sobredosis de benzodiazepinas con un 21.1%; por otra parte, el método menos empleado fue la ingesta de anticonceptivos con 2.6% de los casos. Estos resultados guardan relación con lo descrito por Paredes et al. donde en 75.3% de los intentos de suicidio fue por uso de compuestos de órgano fosforados y el 20.3%, por intoxicación medicamentosa<sup>18</sup>. Godoy et al. indica que el 47.8% de los intentos de suicidio fue debido a la ingesta de fármacos y de ellos el 90.9% correspondían a benzodiazepinas<sup>19</sup>.

Con respecto al antecedente de trastorno psiquiátrico, se encontró que el 71.1% de los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio contaban con diagnóstico previo y el 28.9% fue diagnosticado al momento de la evaluación por el servicio de Psiquiatría posterior al intento de suicidio. Dentro de los pacientes “casos”, el 60.5 % tenían al trastorno depresivo mayor como diagnóstico principal y el 82.2% contaba con más de un diagnóstico. Estos hallazgos guardan relación con lo estudiado anteriormente en la misma institución por Coronado-Molina, quién indica que en el 50% de los casos los pacientes tuvieron el diagnóstico de trastorno

depresivo mayor con síntomas psicóticos además de que 29% de los pacientes estudiados tuvo más de un diagnóstico<sup>15</sup>. De la misma manera, Mosquera halló que la depresión fue el diagnóstico más frecuente con un 57% de sus casos estudiados<sup>17</sup>. En relación al diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico. Cuando se realizó el análisis bivariado se obtuvo un valor  $p=0.001$  ( $<0.05$ ), y se halló un valor de OR = 5.698 (IC 95%:2.179 – 10.319). Esto indica que se encuentra asociación estadísticamente significativa. Además, aquellos pacientes que cuentan con antecedente de trastorno psiquiátrico tendrían 5.698 veces más riesgo de realizar un intento de suicidio en comparación con los que no registran dicha alteración. Este resultado guarda relación a lo encontrado en estudios realizados a nivel internacional, como lo descrito por Nock et al. donde se encuentra una asociación que oscila entre 2.8- 6.5 para distintos trastornos mentales e intento de suicidio<sup>23</sup>.

De la misma manera, en un estudio realizado por Borges et al. se encontró que la asociación de distintos trastornos mentales e intento de suicidio, oscilan entre 1.1 para cualquier trastorno psiquiátrico y 15.7 para la depresión<sup>31</sup>.

Con respecto al uso de sustancias adictivas, se encontró que el 30.7% de los pacientes estudiados consumen algún tipo de sustancia adictiva y aquellos que cuentan con diagnóstico de intento de suicidio lo realizan en un 55.3% de los casos. En contraste con los pacientes sin diagnóstico de intento de suicidio, los cuales en un 81.6% no usa ningún tipo de sustancia. Dentro de los pacientes “casos”, el 39.5 % consume alcohol y el 29.0% consume más de una sustancia. Estos hallazgos son mayores a los realizados previos en la misma institución por Coronado-Molina, quién indica que en el 16% de los casos los pacientes cursaban con algún trastorno adictivo<sup>15</sup>. De la misma manera, Mosquera halló que el consumo de sustancias psicoactivas estaba presente en un 13.9% de los pacientes<sup>17</sup>. En relación a la relación entre uso de sustancias adictivas e intento de suicidio. Cuando se realizó el análisis bivariado se obtuvo un valor  $p=0.010$  ( $<0.05$ ), y se halló un valor de OR = 3.751(IC 95%:1.163 – 8.205). Esto indica que se encuentra asociación estadísticamente significativa. Además, aquellos pacientes que consumen



sustancias adictivas tendrían 3.751 veces más riesgo de realizar un intento de suicidio en comparación con los que no registran dicho patrón. Estos resultados son similares tal como lo describe Miret et al. donde se encuentra un valor de OR de 3.26 para el consumo de alcohol e intento de suicidio <sup>27</sup>. Además, Borges et al. indica que la asociación entre dependencia de drogas ilícitas e intento presenta un OR de 7.4 <sup>31</sup> e incluso, Scocco et al. demuestra que la asociación entre trastorno por uso de sustancias e intento de suicidio, presenta un OR que oscila entre 6.7 y 59.8<sup>35</sup>.

Con respecto al antecedente registrado en historia clínica de disfunción familiar, se encontró que el 47.4% de los pacientes presentan dicho registro por el servicio de Psiquiatría y aquellos que cuentan con diagnóstico de intento de suicidio lo presentan en un 68.4% de los casos. En contraste con los pacientes sin diagnóstico de intento de suicidio, los cuales en un 63.2% no presentan disfunción familiar. Estos hallazgos son mayores a los realizados previos en la misma institución por Coronado-Molina, quién indica que en el 15% de los casos los pacientes cursaban con problemas interpersonales (relacionados a crisis familiares) <sup>15</sup>. Por otra parte, Vásquez en su estudio realizado en el INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi indicó que los conflictos familiares estaban presentes en 27.6% de los pacientes <sup>20</sup>. En relación a la relación entre disfunción familiar e intento de suicidio. Al realizar el análisis bivariado se obtuvo un valor  $p=0.004$  ( $<0.05$ ), y se halló un valor de OR = 4.263 (IC 95%:2.359 – 18.623). Esto indica que se encuentra asociación estadísticamente significativa. Además, aquellos pacientes que cuentan con registro en la historia clínica por parte del servicio de Psiquiatría de disfunción familiar tendrían 4.263 veces más riesgo de realizar un intento de suicidio en comparación con los que no presentan dicho registro.. Esto guarda relación con lo descrito por Pérez-Olmos et al. quién indica que la disfunción familiar está presente en un 35.2% de los casos, además la asociación entre estas dos variables (disfunción familiar e intento de suicidio) tienen un valor OR de 11.05 <sup>32</sup>.

Con respecto al intento de suicidio previo, se encontró que el 45.6% de los pacientes presentan dicho registro por el servicio de Psiquiatría y aquellos que cuentan con diagnóstico de intento de suicidio lo presentan en un 65.8% de los casos. En contraste con los pacientes sin diagnóstico de intento de suicidio, los cuales en un 35.5% presentan dicho antecedente. Estos hallazgos son mayores a los realizados previos en la misma institución por Coronado-Molina, quién indica que en el 29% de los pacientes cursaban con intentos previos<sup>15</sup>. Similar a lo encontrado por Paredes et al. en su estudio realizado donde indicó que los pacientes que presentan reintentos de suicidio abarcan el 13% de los casos<sup>18</sup>. En relación a la relación entre intento de suicidio previo e intento de suicidio. Al realizar el análisis bivariado se obtuvo un valor  $p=0.027$  ( $<0.05$ ), y se halló un valor de  $OR = 1.875$  (IC 95%:1.125 – 5.023). Esto indica que se encuentra asociación estadísticamente significativa. Además, aquellos pacientes que cuentan con intento previo de suicidio tendrían 1.875 veces más riesgo de realizar un intento de suicidio nuevo en comparación con los que no presentan este antecedente. Estos resultados son equiparables a los encontrados en las revisiones internacionales. Tal como lo indica Husky et al, quién indica que los hombres con intento previo de suicidio tienen 46.5 veces más riesgo de sufrir un intento nuevo en comparación con las mujeres, quienes tienen 25.8 más veces de presentar intento de suicidio con el mismo antecedente. Cabe mencionar que se encontró mayor asociación, debido a que, el estudio fue a mediante una encuesta a nivel nacional(Francia).<sup>26</sup>

Cabe resaltar que al momento de realizar el análisis bivariado mediante Chi cuadrado se encontró que las variables: antecedente de trastorno psiquiátrico, uso de sustancias adictivas, disfunción familiar e intento de suicidio presentaban un valor  $p$  estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) siendo sus valores de 0.000, 0.000, 0.001 y 0.002, respectivamente. Además, el  $OR$  que presentaban las mismas fueron de 7.364 (IC 95%:3.078-17.619), 5.471(IC95%:2.30-12.970), 3.714 (IC 95%:1.623-8.499) y 3.490(1.540-7.912), respectivamente. Sin embargo, al realizar la regresión logística se encuentra que los valores de las mismas variables estudiadas presentan un valor  $p$  de: 0.001, 0.010,0.004 y 0.027, respectivamente. Además, los valores de

OR “ajustados” fueron 5.698 (IC 95%:2.179 – 10.319), 3.751 (IC 95%:1.163 – 8.205), 4.263 (IC 95%:2.359 – 18.623) y 1.875 (IC 95%:1.125 – 5.023). Esto se explica, debido a que, al realizar la regresión logística binaria, se estudia cómo afectan e interactúan entre sí, las variables independientes (factores de riesgo) con la variable dependiente (intento de suicidio). Por ello, el antecedente de trastorno psiquiátrico es aquel factor de riesgo que estaría más relacionado al intento de suicidio.

## CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- En los pacientes con intento de suicidio, se encontró que el sexo más frecuente es el femenino (63.2%), la edad promedio fue de 28.2 años, el método más empleado fue la ingesta de carbamatos y/o órganos fosforados (65.8%). La sustancia adictiva más consumida fue el alcohol (39.5%)
- El trastorno depresivo mayor (60.5%) fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en pacientes con intento de suicidio seguido del trastorno de personalidad limítrofe (13.2%).
- El antecedente de trastorno psiquiátrico aumenta 5.6 más el riesgo de realizar un intento de suicidio. (OR=5.698, IC 95%:2.179 – 10.319)
- El uso de sustancias adictivas conlleva 3.7 veces más el riesgo de intento de suicidio. (OR=3.751, IC 95%:1.163 – 8.205)
- La disfunción familiar aumenta 4.2 veces más el riesgo de intento de suicidio. (OR=4.263, IC 95%:2.359 – 18.623)
- El intento de suicidio previo aumenta 1.8 veces más el riesgo de intento de suicidio. (OR=1.875, IC 95%:1.125 – 5.023)

## RECOMENDACIONES

- Se debe considerar que todo paciente con intento de suicidio debe tener una minuciosa evaluación por el servicio de psiquiatría al momento de su admisión en emergencia y seguimiento por consultorio externo.
- Por la presencia de factores de riesgo encontrados para intentos de suicidio en la población estudiada se recomienda: establecer procedimientos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico precoz. Brindar información a padres y/o familiares acerca de factores de riesgo, así como, la detección oportuna de causantes de conflictos en la familia, adicciones, depresión y evitar las consecuencias que de estas se derivan.
- Se recomienda realizar un estudio con mayor tamaño muestral, a fin de encontrar mayores factores de riesgo asociados al problema de estudio.
- De la misma manera, se sugiere comparar las distintas terapias utilizadas a fin de conseguir la más adecuada para evitar reintentos en los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera, H. M. E. (2007). Mensajes audiovisuales para la promoción de la salud y la prevención del suicidio en los adolescentes. Tesis de Doctorado, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
2. WHO | Suicide rates per (100 000 population) [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates\\_crude/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/)
3. WHO | Suicide rates (per 100 000 population) [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/)
4. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2017/002.html>
5. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. 1a ed. Vol. XXIX. Lima: Anales de Salud Mental; 2013.
7. WHO | Suicide [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
8. OMS | Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)

9. WHO | World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)
10. OMS | Suicidio [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
11. Tomas Baader M, Edmundo Urra P, Rocío Millán A, Lisette Yáñez M. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. el 1 de mayo de 2011;22(3):303–9.
12. OMS | Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. WHO. [citado el 29 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
13. Insa PAS i, Barrachina JG, Lacal GS. RTM-IV: recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Comunicación y Ediciones Sanitarias*; 2012. 932 p.
14. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública*. 2010;12(5):713–21.
15. Coronado-Molina O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev Neuro-Psiquiatr*. octubre de 2014;77(4):242–9.
16. Vásquez F, Nicolás Y, Martínez R, Vite V, Falconí S, Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” 2003. *Rev Neuropsiquiatr*. 2005;68(1–2):67–82.

17. Mosquera A. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital “hermilio valdizán” durante febrero 2000 – enero 2001. [Trabajo de Investigación]. [Lima. Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
18. Paredes P C, Orbegoso R O, Rosales T P. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2006;23(4):293–6.
19. Godoy ÓR, Terán NG, Castro CH, Guerrero RM. Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins -EsSalud. Rev Fac Med HUMANA [Internet]. 2013 [citado el 2 de agosto de 2017];12(1). Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/155>
20. Vásquez F. Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (1996 - 1998). Salud Ment. 1998;14(1/2):65–76.
21. Amones M. Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio del 2011 a Junio del 2012 [Internet]. [Tacna - Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna; 2015 [citado el 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/416/TG0269.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Choi SB, Lee W, Yoon J-H, Won J-U, Kim DW. Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. BMC Public Health. el 15 de junio de 2017;17(1):579.
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry J Ment Sci. febrero de 2008;192(2):98–105.



24. Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys [Internet]. PubMed Journals. [citado el 2 de julio de 2017]. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/20816034/>
25. Ayehu M, Solomon T, Lemma K. Socio-demographic characteristics, clinical profile and prevalence of existing mental illness among suicide attempters attending emergency services at two hospitals in Hawassa city, South Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* 2017;11:32.
26. Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord.* diciembre de 2013;151(3):1059–65.
27. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord.* julio de 2014;163:1–9.
28. Kuramoto SJ, Chilcoat HD, Ko J, Martins SS. Suicidal ideation and suicide attempt across stages of nonmedical prescription opioid use and presence of prescription opioid disorders among U.S. adults. *J Stud Alcohol Drugs.* marzo de 2012;73(2):178–84.
29. Parra-Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry.* el 4 de mayo de 2017;17(1):163.
30. Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA, New Zealand Mental Health Survey Research Team. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry.* octubre de 2006;40(10):896–904.

31. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Risk factors for twelve-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med.* diciembre de 2006;36(12):1747–57.
32. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo JY, Suárez-Díaz MJ. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev Salud Pública.* julio de 2008;10(3):374–85.
33. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol.* el 15 de abril de 2000;151(8):781–9.
34. Borges G, Cherpitel CJ, MacDonald S, Giesbrecht N, Stockwell T, Wilcox HC. A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol.* el 1 de noviembre de 2004;65(6):708–14.
35. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. *Compr Psychiatry.* febrero de 2008;49(1):13–21.
36. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* el 1 de enero de 2012;5(1):8–23.
37. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares M-T, Diego-Otero Y de, Benítez-Parejo N, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *An Psicol.* octubre de 2013;29(3):810–5.
38. Gómez-Restrepo C. Intento de suicidio y suicidio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42(1):1–2.

39. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias De La Conducta/ Psiquiatría Clínica. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 1470 p.
40. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental. octubre de 2006;29(5):66–74.
41. García Valencia J, Palacio Acosta C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, et al. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2007 [citado el 26 de julio de 2017];XXXVI(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80636404>
42. Nizama Valladolid M. Suicidio. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(2):81–5.
43. Restrepo CG, Bayona GH, Urrego AR, Oleas HS, Restrepo MU. Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana; 890 p.
44. Martínez-Aguayo JC, Arancibia M M, Silva I H. Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. junio de 2015;53(2):127–33.
45. Mejía M, Sanhueza P, González J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. Revista Memoriza. 2011;8:15–25.
46. Teruel DS. Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. Mágina Rev Univ. 2012;(16):61–80.
47. Larroca F. "La familia disfuncional, la dinamica de los grupos y sus aplicaciones prácticas", Madrid España (2010)
48. Gutiérrez-García AG, Contreras CM. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud Ment. agosto de 2008;31(4):321–30.

# ANEXO

## ANEXO 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><b>Problema principal</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José de Enero a Diciembre del 2016?</p>	<p><b>Objetivo principal</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital San José y su estado de alteración mental de Enero a Diciembre del 2016</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Existen factores de riesgo asociados al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital San José</p>	<p><b>Variable dependiente</b></p> <p><b>Intento de suicidio</b></p>
<p><b>Problemas específicos</b></p>	<p><b>Objetivos específicos</b></p>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p>	<p><b>Variables independientes</b></p>
<p>a) ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con intento de suicidio?</p> <p>b) ¿El padecer de algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos?</p> <p>c) ¿Existe relación entre el uso de sustancias adictivas y el intento de suicidio en pacientes adultos?</p> <p>d) ¿El antecedente de disfunción familiar es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos?</p> <p>e) ¿El intento de suicidio previo es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos?</p>	<p>a) Identificar las características clínico-epidemiológicas de la población de pacientes con Intento de suicidio en pacientes adultos</p> <p>b) Determinar que el antecedente de padecer algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.</p> <p>c) Determinar que el uso de sustancias adictivas es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.</p> <p>d) Demostrar que el antecedente de disfunción familiar es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.</p> <p>e) Determinar que el intento previo de suicidio es un factor de riesgo para intento de suicidio en pacientes adultos.</p>	<p>-El antecedente de padecer algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para el intento de suicidio en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016</p> <p>-El uso de sustancias adictivas son un factor de riesgo para el intento de suicidio en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016</p> <p>-El antecedente de disfunción familiar es un factor de riesgo para el suicidio en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016</p> <p>-El intento previo de suicidio es un factor de riesgo para el suicidio en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José durante el 2016</p>	<p>Intento de suicidio previo</p> <p>Uso de sustancias adictivas</p> <p>Antecedente de trastorno psiquiátrico</p> <p>Disfunción familiar</p>

## ANEXO 2: Operacionalización de Variables

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Edad	Interviniente	Cuantitativa	De Razón	Fecha de Nacimiento	Años	Biológica	Tiempo de vida en años que presentó el paciente al momento de su admisión por el servicio de emergencia.	Tiempo de vida de una persona cumplido en años.
Sexo	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Características biológicas	Mujer/Hombre	Biológica	Condición orgánica del paciente desde su nacimiento.	Conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en mujeres y hombres.
Intento de suicidio	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de intento de suicidio	Ausente = 0, Presente = 1	Diagnóstica	Intento de suicidio atendido por emergencia y registrado en la historia clínica del paciente	Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir.

Antecedente de Trastornos psiquiátricos	Independiente	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos	Ausente = 0, Presente = 1	Diagnóstica	Afecciones psiquiátricas registradas en base a la historia clínica del paciente	Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento, las cuales son registradas mediante la evaluación psiquiátrica.
Principal diagnóstico psiquiátrico	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Tipo de trastornos psiquiátrico	1= Trastorno depresivo mayor 2= Trastorno adaptativo 3= Trastorno disociativo 4= Trastorno de personalidad límite 5= Reacción a estrés agudo	Diagnóstica	Tipo de afecciones psiquiátricas registradas en base a la historia clínica del paciente	Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento, las cuales son registradas mediante la evaluación psiquiátrica.
Número de diagnósticos psiquiátricos registrados	Interviniente	Cuantitativa	De razón	Cantidad de diagnósticos psiquiátricos registrados	Desde 1 diagnóstico hasta los registrados en la historia clínica.	Clínica	Número de afecciones psiquiátricas registradas en base a la historia clínica del paciente	Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento, las cuales son registradas mediante la

								evaluación psiquiátrica.
Uso de sustancias adictivas	Independiente	Cualitativa	Nominal	Uso de sustancias adictivas	No uso = 0, Uso = 1	Clínica	Uso de sustancias adictivas según el registro de la historia clínica del paciente	Consumo de una droga u otro químico que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona
Número de sustancias adictivas empleadas	Interviniente	Cuantitativa	De Razón	Número de sustancias adictivas empleadas	Desde 0 sustancias hasta los registrados en la historia clínica.	Clínica	Cantidad de sustancias adictivas según el registro de la historia clínica del paciente	Consumo de una droga u otro químico que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona
Tipo de sustancia adictiva empleada	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Tipo de sustancia adictiva empleada por el paciente	0= Ninguna 1= Alcohol 2= Tabaco 3= Marihuana 4= Pasta básica de cocaína 5= Crack	Diagnóstica	Tipo de sustancias adictivas empleada según el registro de la historia clínica del paciente	Tipo de droga u otro químico que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona
Disfunción familiar	Independiente	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia disfunción familiar	Ausente = 0, Presente = 1	Clínica	Antecedente de disfunción familiar registrado en la historia clínica del paciente	Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia, y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el

								surgimiento de patologías específicas o inespecíficas las cuales son registradas mediante la evaluación psiquiátrica.
Intento previo de suicidio	Independiente	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de intento previo de suicidio	Ausente = 0, Presente = 1	Clínica	Intento de suicidio previo registrado en la historia clínica del paciente	Acto previo no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, pero que le cause algún tipo de lesión.
Número de intentos de suicidio previos	Interviniente	Cuantitativa	De Razón	Número de intentos de suicidio previos	Desde 0 intentos hasta los registrados en la historia clínica.	Clínica	Cantidad de intentos de suicidio previos registrado en la historia clínica del paciente	Acto previo no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, pero que le cause algún tipo de lesión.



### **Anexo 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Ficha de recolección de datos para el estudio “Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital San José en el periodo Enero a Diciembre del año 2016”

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. DATOS GENERALES:
  - a. NÚMERO DE FICHA:
  - b. SEXO: HOMBRE ( )      MUJER( )
  - c. EDAD:
2. INTENTO DE SUICIDIO:
  - a. SÍ: ( )      NO: ( )
  - b. INTENTO PREVIO DE SUICIDIO: SÍ : ( )      NO: ( )
  - c. NÚMERO DE INTENTOS:
3. MÉTODO EMPLEADO:
4. TRASTORNO PSIQUIÁTRICO
  - a. SÍ: ( )      NO: ( )
  - b. DIAGNÓSTICO PREVIO: SÍ: ( )      NO: ( )
  - c. DIANÓSTICO REGISTRADO:
  - d. NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS:
5. USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS
  - a. SÍ: ( )      NO: ( )
  - b. TIPO DE SUSTANCIA:
  - c. NÚMERO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS:
6. DISFUNCIÓN FAMILIAR
  - a. SÍ: ( )      NO: ( )
7. INTENTO DE SUICIDIO PREVIO
  - a. SÍ: ( )      NO: ( )