

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en  
pacientes con depresión del servicio de psiquiatría del Centro  
Materno Infantil Juan Pablo II confraternidad durante el periodo  
enero – diciembre 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO PRESENTADO POR LA BACHILLER**

**Ybañez Villacorta, Selene**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD.**

**ASESOR DE TESIS**

**Dr. Milko Yamil Quispe Cisneros**

**LIMA – PERÚ 2018**

## **DATOS GENERALES**

### **Título del proyecto**

Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero-diciembre 2017.

### **Autor**

Selene Ybañez Villacorta

### **Asesor**

Dr. Milko Yamil Quispe Cisneros

### **Director de tesis**

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

### **Diseño general del estudio**

Observacional, cuantitativo, analítico y transversal

### **Departamento y Sección Académica**

Facultad de Medicina Humana “Manuel Huamán Guerrero”, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

### **Lugar de Ejecución**

Instalaciones del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad, ubicado en Los Olivos 15307, Los Olivos, Lima-Perú.

### **Duración**

4 meses.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a mi director de tesis, Dr. Jhony De La Cruz Vargas, mi más amplio agradecimiento por el apoyo y tiempo brindado en la elaboración de este trabajo de investigación; así mismo, agradezco a mi asesor de tesis, Dr. Milko Yamil Quispe Cisneros por su apoyo desinteresado durante este proceso.

Finalmente, agradezco a mi familia por todo el amor incondicional, la paciencia, exigencia y dedicación que me han brindado desde el primer día.

*A mis padres, Rosaura y Fernando, quienes nunca dejaron de creer en mí y me ofrecieron su apoyo incondicional a pesar de las circunstancias.*

*A mi abuela Felicia, por ser mi motivación para no renunciar a mis sueños.*

## RESUMEN

*Introducción:* La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que más de 800.000 personas se suicidan anualmente. En este contexto, es de gran relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, ya que son factores de riesgo de intentos suicidas subsecuentes y suicido consumado.

*Objetivo:* Determinar los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre 2017.

*Método:* Estudio observacional analítico transversal. Se realizó un análisis descriptivo y análisis bivariado con chi cuadrado y calculando el OR de las variables estudiadas.

*Resultados:* La muestra estuvo constituida por 109 pacientes, donde el 73.4% pertenecían al sexo femenino y el 26.6 al sexo masculino; la prevalencia de conducta suicida encontrada fue 72.5%. Se halló que son factores de riesgo significativos el haber tenido algún tipo de conducta suicida previa (OR=6.7; IC95%=2.8-16.2), el haber sufrido abuso psicológico (OR=3.3; IC95%=1.8-5.7) y el no mantener adherencia al tratamiento (OR=10.83; IC95%=4.10-28.61).

*Conclusiones:* El factor de riesgo más importante asociado a la conducta suicida hallado en este estudio fue el no mantener adherencia al tratamiento, seguido de haber tenido alguna conducta suicida previa y ser víctima de abuso psicológico.

**Palabras clave:** Depresión, conducta suicida, factores de riesgo.

## ABSTRACT

*Introduction:* The World Health Organization (WHO) reports that more than 800,000 people take their lives annually. In this context, the study of behaviors related to suicide, which are the risk factors of subsequent suicides and completed suicide, is of great relevance.

*Objective:* To determine the risk factors associated with suicidal behavior in patients with depression of the Psychiatry service of the C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad during the period January - December 2017.

*Method:* Cross-sectional analytical observational study. A descriptive analysis and bivariate analysis were performed with chi-square and calculating the OR of the variables studied.

*Results:* The sample consisted of 109 patients, where 73.4% belonged to the female sex and 26.6 to the male sex; the prevalence of suicidal behavior found was 72.5%. It was found that the significant risk factors are: having had some type of previous suicidal behavior (OR = 6.7, 95% CI = 2.8-16.2), having suffered psychological abuse (OR = 3.3, 95% CI = 1.8-5.7) and not maintaining adherence to treatment (OR = 10.83, 95% CI = 4.10-28.61).

*Conclusions:* The most important risk factor associated with suicidal behavior found in this study was not maintaining adherence to treatment, followed by having had some previous suicidal behavior and being a victim of psychological abuse.

**Key words:** Depression, suicidal behavior, risk factors.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Lista de tablas</b> .....	9
<b>Lista de gráficos</b> .....	10
<b>Lista de anexos</b> .....	12
<b>Introducción</b> .....	13
<b>Capítulo I: Problema de investigación</b>	
1.1. Planteamiento del problema .....	14
1.2. Formulación del problema .....	15
1.3. Justificación de la investigación .....	15
1.4. Delimitación del problema: Línea de investigación .....	16
1.5. Objetivos de la investigación .....	16
<b>Capítulo II: Marco teórico</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación .....	18
2.2. Bases teóricas .....	27
2.3. Definición de conceptos operacionales .....	36
<b>Capítulo III: Hipótesis y variables</b>	
3.1. Hipótesis: General y específicas .....	39
3.2. Variables principales de la investigación .....	40
<b>Capítulo IV: Metodología</b>	
4.1. Tipo y diseño de la investigación .....	41
4.2. Población y muestra .....	41
4.2.3. Criterios de inclusión .....	42

4.2.4. Criterios de exclusión .....	43
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	43
4.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	43
<b>Capítulo V: Resultados y discusión</b>	
5.2. Resultados .....	44
5.3. Discusión de resultados .....	54
<b>Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones</b>	
6.2. Conclusiones .....	58
6.3. Recomendaciones .....	59
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo A .....</b>	<b>65</b>
<b>Anexo B .....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.	26
<b>Tabla 2.</b> Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.	26
<b>Tabla 3.</b> Criterios diagnósticos de depresión mayor según DSM-5.	29
<b>Tabla 4.</b> Características sociodemográficas de los pacientes con conducta suicida del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero- diciembre 2017. ....	45
<b>Tabla 5.</b> Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de conducta suicida previa durante el periodo enero-diciembre 2017. ....	46
<b>Tabla 6.</b> Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según el consumo de drogas lícitas y/o ilícitas durante el periodo enero-diciembre 2017. ....	48
<b>Tabla 7.</b> Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de abuso psicológico durante el periodo enero-diciembre 2017. ....	49
<b>Tabla 8.</b> Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de abuso físico durante el periodo enero-diciembre 2017. ....	49
<b>Tabla 9.</b> Análisis estadístico con Chi cuadrado de los factores de riesgo sociodemográficos y relacionados al paciente vs la presencia de conducta suicida en pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad. ....	52

**Tabla 10.** Análisis bivariado de factores asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 53

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según sexo durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 40

**Gráfico 2.** Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según grupo etario durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 41

**Gráfico 3.** Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según estado civil durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 42

**Gráfico 4.** Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de conducta suicida durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 43

**Gráfico 5.** Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según tipo de conducta suicida durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 44

**Gráfico 6.** Distribución de pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de antecedente familiar de conducta suicida durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 47

**Gráfico 7.** Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de abuso sexual durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 50

**Gráfico 8.** Distribución de los pacientes con depresión del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad según adherencia al tratamiento durante el periodo enero-diciembre 2017. .... 51

# **LISTA DE ANEXOS**

## **ANEXOS A**

**ANEXO 1:** MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ANEXO 2:** OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**ANEXO 3:** FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## **ANEXOS B**

**ANEXO 4:** ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

**ANEXO 5:** CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR

**ANEXO 6:** OFICIO DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

**ANEXO 7:** CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA SEDE HOSPITALARIA

**ANEXO 8:** ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

**ANEXO 9:** REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

# INTRODUCCIÓN

La palabra “suicidio” es un latinismo, que deriva de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo.<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido el suicidio como una prioridad de salud pública, ya que para el 2017 se estima que más de 800.000 personas se han quitado la vida a nivel mundial. En este contexto, es de gran relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio, ya que son factores de riesgo de intentos suicidas subsecuentes e inclusive del suicido consumado.<sup>2</sup>

La presencia de algún trastorno psiquiátrico activo es una de las variables que más está relacionada con el riesgo de suicidio, y entre ellos encontramos a la depresión en primer lugar, ya que la tasa anual de suicido es de 20 a 40 veces mayor en las personas con esta enfermedad.<sup>3</sup>

La mayoría de los intentos suicidas que amenazan la vida y son médicamente graves se tratan en los servicios de emergencia. De hecho, los departamentos de emergencia también son los primeros en ver y manejar los intentos menos severos desde el punto de vista médico, además de ver a los pacientes que presentan ideas suicidas. Es por ello que debe haber un interés emergente en los servicios de emergencia como sitios de prevención del suicidio, por lo que es muy importante reconocer los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas y así poder modificar las actividades de prevención que se están llevando a cabo de manera no estratégica y descoordinada.

# CAPÍTULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. En una alta proporción de naciones, principalmente en países con gran desarrollo industrial, el suicidio se ubica entre las primeras tres causas de muerte en grupos de 15 a 34 años. Cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio y se cree que el número de víctimas anuales podría ascender a cerca de un millón y medio antes del año 2020.<sup>4</sup> Algunos trastornos psiquiátricos están íntimamente relacionados con el suicidio. Se considera que el 50% o más de los suicidios consumados son realizados por personas que sufren de un trastorno afectivo, principalmente depresión. La población en general presenta 0.01 % de intentos suicidas que se multiplican por 10 en pacientes depresivos.<sup>5</sup>

En el Perú no existen estudios de alcance nacional sobre el estado de la salud mental de la población. Los estudios realizados se focalizan en Lima y en la sierra peruana, que comprende las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. De acuerdo con estos estudios, 37,3% de la población tuvo alguna vez en su vida un trastorno mental. El 19% de la población de Lima y 17% de la de la sierra han sufrido un episodio de depresión en algún momento de su vida, y 25,3% y 21,1%, respectivamente, tuvieron en algún momento de su vida trastornos de ansiedad.<sup>6</sup> La depresión es el diagnóstico clínico más frecuente asociado al suicidio (39,4% de los casos). El suicidio se ubica en el cuarto lugar entre las causas de muerte violenta en Lima, y es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una razón de 2:1.<sup>7</sup>

Las conductas suicidas se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas

suicidas) y los suicidios consumados o completados. La conducta suicida se presenta en todas las razas y culturas, informes estadísticos señalan que el intento suicida es más frecuente en mujeres y el suicidio en el sexo masculino. Entre los factores que se relacionan con esta conducta se encuentran los biológicos, rasgos de personalidad y algunas variables psicosociales que se presentan en los individuos y que predisponen a este comportamiento anormal.<sup>8</sup> Se considera que el intento suicida es más frecuente entre los jóvenes y que el suicidio aumenta con la edad; el riesgo en los solteros es dos veces mayor que en los casados, y las tasas más altas se han identificado entre los separados, especialmente los hombres.<sup>9</sup> Por estas razones, la medición del riesgo suicida y la identificación de las personas con depresión en riesgo de cometer un intento suicida son tareas prioritarias para poder establecer políticas de prevención.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El suicidio es un fenómeno humano que ha estado presente en todas las épocas históricas y que ha sido observada bajo diferentes enfoques en relación a los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura, lo que ha determinado que el propio concepto de suicidio y la actitud hacia la conducta suicida cambie con el tiempo.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, es decir, aproximadamente una cada 40 segundos.<sup>10</sup> Alrededor del 75% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos. A nivel mundial, las tasas de suicidio son más altas en las personas de 70 años y más. En algunos países, sin embargo, las tasas más altas se encuentran entre los más jóvenes.

Globalmente, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en los jóvenes de 15 a 29 años.<sup>11</sup>

La depresión es el principal factor responsable de los suicidios consumados, tanto en pacientes con diagnóstico de depresión como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología depresiva comórbida.<sup>12</sup> En cuanto a los intentos de suicidio, las tasas oscilan entre 14% y 50% para depresiones unipolares y el 20% y 58% para las depresiones bipolares.<sup>13</sup> En relación a la ideación suicida, muchos estudios coinciden en que suponen un buen indicador de la intensidad de la enfermedad.<sup>14</sup>

La importancia de la presente investigación se centra en poder reconocer los factores de riesgo predisponentes a la aparición de conductas suicidas para poder identificar a los pacientes con riesgo de suicidio y prevenir las conductas suicidas antes de que se produzcan y servir como base para la realización de otros estudios a nivel regional para establecer estrategias de prevención.

#### **1.4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo tiene como línea de investigación la Salud Mental que se encuentra en la décimo sexta Prioridad Nacional de Investigación en Salud 2015-2021 dentro de la especialidad de Psiquiatría; y se realizó en el servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.

#### **1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Determinar si el sexo está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si la edad está asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si el estado civil está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si la conducta suicida previa está asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si el antecedente familiar de conducta suicida está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si el abuso psicológico está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si el abuso físico está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si el abuso sexual está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si el consumo de drogas lícitas y/o ilícitas está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- Determinar si la falta de adherencia al tratamiento está asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

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

**Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama.<sup>15</sup>**

Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con la violencia dirigida hacia otros en adolescentes escolares de la ciudad de Pucallpa en el periodo marzo-abril de 2008 a través de un cuestionario de salud mental adaptado. Tuvo una muestra de 530 adolescentes de 12 a 19 años, encontrando que el 31,3% de los adolescentes presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con predominio del sexo femenino y el grupo etario entre 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones. Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta, pero no con pensamiento heteroagresivo; por lo que concluyeron que existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro.

**Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Jerson Muñoz M; Verónica Pinto M; Héctor Callata C; Nilton Napa D; Alberto Perales C.<sup>16</sup>**

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). La muestra estaba compuesta por 1500 estudiantes del CEPUSM seleccionados

aleatoriamente, divididos en adolescentes (15-19 años) adultos jóvenes (20-24 años), encontrando que el 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Se identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir, por lo que concluyeron que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

**Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. Castro Paredes P; Oswaldo Orbegoso R; Paul Rosales T.<sup>17</sup>**

Los autores realizaron un estudio descriptivo para determinar las características de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica. Concluyeron que el intento suicida 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 se encontró 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%).

**Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. Alberto Perales, Elard Sánchez, Alejandra Parhuana, Rosa Carrera, Harold Torres.<sup>18</sup>**

Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de la conducta suicida y variables asociadas en estudiantes de nutrición de una universidad pública peruana y tuvo una población de 131 alumnos del primero al cuarto año. Encontraron que la prevalencia de la conducta suicida global fue de 39,5%: (deseos de morir, 35,2%; pensamiento suicida, 20%; plan suicida, 8,1% e intento suicida, 9,4%); de ideación homicida, 13,9% y de indicadores de conducta antisocial, 27,5%; prevalencia puntual de depresión 4,6%; y de ansiedad 3,1%.

Además, en el análisis bivariado la conducta suicida global se asoció en forma significativa a ideación homicida y al tipo de familia: vivir con familia nuclear constituyó un factor protector; el intento suicida estuvo asociado también a indicadores de conducta antisocial. Concluyeron que uno de cada 11 estudiantes había intentado suicidarse por lo menos una vez durante su vida y que ese tipo de conducta se hallaba generalmente asociado a otros problemas de salud mental.

**Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Guilherme Borges, Ricardo Orozco, Corina Benjet, Maria Elena Medina-Mora. México, 2010.<sup>19</sup>**

Este estudio tuvo como objetivo presentar una panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de tendencia y actual, así como de la conducta suicida en México. Encontraron que de 1970 a 2007 el suicidio en México ha crecido en 275% y se incrementó en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.

**Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Marcela Larraguibel Q., Patricia González M, Vania Martínez N, Ricardo Valenzuela G. Chile, 2010.<sup>20</sup>**

El objetivo de este artículo fue revisar en la literatura científica los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes. Encontraron que mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas; las conductas suicidas aumentan con la edad; y que existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre la depresión y la conducta suicida, aunque la depresión por sí misma sea un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo. Finalmente concluyen que la derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos

en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida.

**Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Fredy Hernán Villalobos-Galvis. Colombia, 2009.<sup>21</sup>**

El objetivo de este estudio se centró en conocer la presencia y las características de las conductas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto. Los resultados mostraron que cerca de un 30% de los estudiantes encuestados tuvieron alguna conducta suicida durante su vida. 18% presentaron ideas suicidas y el 8% llevaron a cabo intentos de suicidio. Se halló mayor presencia de conductas suicidas en mujeres, en jóvenes entre los 17 y 20 años, en universitarios y en estudiantes del sector público. Los métodos de suicidio más utilizados fueron el corte con objetos filosos, el consumo de pastillas o medicamentos y la ingesta de otras sustancias. De todas las personas que reportaron un intento de suicidio, tan sólo un 20% acudió a un servicio de salud y otro 48% lo comentó con alguien. Al revisar la presencia de eventos vitales estresantes se halló que quienes habían tenido un intento de suicidio presentaron un mayor número de eventos estresantes. Los eventos asociados con intento de suicidio fueron violación sexual, maltrato físico, vivir alejado de la familia y conductas suicidas de un ser querido. Por otro lado, para la ideación suicida los eventos más relevantes fueron: una enfermedad mortal, la pérdida del empleo en familiares, la separación o divorcio de los padres y la presencia de conductas suicidas en seres queridos.

**Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Sonia Micin; Verónica Bagladi. Chile, 2011.<sup>22</sup>**

Los objetivos de este estudio fueron caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios. Los resultados indicaron incidencias consistentemente altas con hallazgos en poblaciones universitarias extranjeras y nacionales. Se encontraron tasas significativas para trastornos adaptativos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, desordenes de

personalidad y antecedentes conducta suicida. Un alto porcentaje presentó alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión.

**Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Paula Paveza, Natalia Santandera, Jorge Carranza, Pablo Vera-Villaruel. Chile, 2009.<sup>23</sup>**

Este estudio tuvo como objetivo evaluar los factores de riesgo familiares asociados al intento de suicidio en adolescentes con un trastorno depresivo. Se evaluaron 32 adolescentes con depresión, con edades comprendidas entre 13 y 18 años, que recibieron tratamiento psicológico en seis centros públicos de salud mental en Santiago y 32 padres, madres o tutores. En esta investigación no se observó una asociación estadística significativa entre el intento suicida de los adolescentes y los factores de riesgo familiares (orden familiar, presencia de factores estresantes familiares y salud mental de los padres). Sin embargo, hubo una asociación significativa entre la ideación suicida de los adolescentes, su adaptabilidad familiar y la ideación suicida de parientes cercanos.

**Comportamientos suicidas en pacientes ambulatorios psiquiátricos adultos, I: Descripción y prevalencia. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC. EE.UU., 1993.<sup>24</sup>**

Los autores tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de los comportamientos suicidas en pacientes con un espectro amplio de enfermedades psiquiátricas. Evaluaron 651 pacientes en un periodo de dos años con la Encuesta de Suicidio Harkavy Asnis, que evalúa las variables demográficas, la historia actual y pasada de las conductas suicidas del paciente, así como los miembros de la familia y los compañeros, y una descripción detallada de cada intento anterior; y la Lista de verificación de Síntomas de Hopkins-90. Encontraron que el 55% de los pacientes tenían antecedentes de ideación suicida, y el 25% informaron al menos un intento de suicidio previo. Los métodos predominantes de intento fueron la sobredosis (53%), el salto (17%) y el corte de la muñeca (17%). Las tasas de ideación suicida entre pacientes con trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia y trastorno bipolar), trastornos de adaptación y abuso de alcohol/sustancias fueron significativamente mayores que las de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

**Ideación suicida e intentos de suicidio: comorbilidad con depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por abuso de sustancias. Bronisch T, Wittchen HU. Alemania, 1994.<sup>25</sup>**

En este estudio se investigó el efecto de la comorbilidad psiquiátrica sobre las tasas de ideación suicida y los intentos de suicidio de una población general adulta. De la población general, 4.1% (2.2% hombres y 4.1% mujeres) tuvieron intentos de suicidio durante su vida. Solo 2 de 18 personas que intentaron suicidarse no cumplieron los criterios para un diagnóstico de DSM-III-R. Los casos con depresión mayor no tuvieron un OR para los intentos de suicidio significativamente más alto que los sujetos sin diagnóstico de DSM-III. Sin embargo, los casos con una depresión mayor y un diagnóstico de trastorno de ansiedad mostraron OR significativamente elevados. Por lo que concluyeron que la comorbilidad de la ansiedad y la depresión, y no la depresión en sí misma, era un factor de riesgo para los intentos de suicidio.

**Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. Chávez AM, Pérez R. México, 2004.<sup>26</sup>**

Este trabajo tuvo como objetivo identificar la prevalencia y los factores asociados a la ideación y el intento suicida en los estudiantes del nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. El rango de edad de los estudiantes fue de 13 a 22 años. Se encontraron indicadores de ideación suicida en la cuarta parte de los estudiantes, mientras que el 8.6% de los mismos había tenido al menos un intento de quitarse la vida, mismo que generalmente se presentó alrededor de los 13 años; las principales motivaciones para intentarlo se refirieron a aspectos interpersonales o afectivo, y en casi todas las variables evaluadas se encontró una mayor frecuencia de mujeres.

**Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Villalobos-Galvis, F. Colombia, 2009.<sup>27</sup>**

Este estudio fue de tipo descriptivo, conformado por 463 estudiantes, pertenecientes a seis colegios y dos universidades, de edades comprendidas entre 9 y 30 años, a los que se les aplicó una versión adaptada de la Cédula de Indicadores Parasuicidas. Los resultados mostraron que cerca de un 30% de los

estudiantes encuestados había tenido alguna conducta suicida durante su vida. De esta manera, se encontró que 18% presentaron ideas suicidas y el 8% llevaron a cabo intentos de suicidio. Se halló mayor presencia de conductas suicidas en mujeres, en jóvenes entre los 17 y 20 años, en universitarios y en estudiantes del sector público. Igualmente, se halló que el número de episodios de se presentaron por primera vez entre los 13 y 15 años de edad. De todas las personas que reportaron un intento de suicidio, tan sólo un 20% acudió a un servicio de salud y otro 48% lo comentó con alguien. Al revisar la presencia de eventos vitales estresantes se halló que quienes habían tenido un intento de suicidio presentaron un mayor número de eventos estresantes. Los eventos asociados con intento de suicidio fueron violación sexual, maltrato físico, vivir alejado de la familia y conductas suicidas de un ser querido. Por otro lado, para la ideación suicida los eventos más relevantes fueron: una enfermedad mortal, la pérdida del empleo en familiares, la separación o divorcio de los padres y la presencia de conductas suicidas en seres queridos.

**Factores de riesgo asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Horacio G., Sahagún E., Ruiz G. México, 2010.<sup>28</sup>**

El objetivo de este 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, para lo cual se entrevistaron 106 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de intento de suicidio divididos en dos grupos: pacientes con tentativa suicida de baja letalidad y otro con tentativa de alta letalidad. Del total de 106 pacientes, 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Se encontró que sólo dos factores tuvieron significancia estadística: “vivir solo” e “intoxicación etílica previa”. Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, y 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.

**Diferencias de sexo en predictores clínicos de actos suicidas después de la depresión mayor: un estudio prospectivo. Oquendo M, Bongiovi-Garcia M, Galfalvy H. EE.UU., 2007.<sup>29</sup>**

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar si existían diferencias de sexo en los factores de riesgo clínicos asociados con el comportamiento suicida. Se realizó un estudio prospectivo con una duración de dos años en pacientes con depresión mayor (DSM-III-R). Durante el seguimiento se encontró que el 16.6% de los pacientes intentaron o se suicidaron. Los antecedentes familiares de actos suicidas, el consumo de drogas en el pasado, el tabaquismo, el trastorno límite de la personalidad y la separación precoz de los padres triplicaron el riesgo de futuros actos suicidas en los hombres. Para las mujeres, el riesgo de futuros actos suicidas fue seis veces mayor para los intentos suicidas anteriores; cada intento pasado aumentó tres veces el riesgo futuro. La ideación suicida, la letalidad de los intentos pasados, la hostilidad, los síntomas depresivos subjetivos, menos razones para vivir, el trastorno límite de la personalidad comórbido y el tabaquismo también aumentaron el riesgo de futuros actos suicidas para las mujeres.

**Factores asociados con los fenómenos suicidas en los adolescentes: una revisión sistemática de los estudios basados en la población. Evans E, Hawton K, Rodham K. Reino Unido, 2004.<sup>30</sup>**

El presente metanálisis se informaron los resultados de una revisión sistemática de la literatura internacional sobre estudios poblacionales de factores asociados con fenómenos suicidas en adolescentes. Los factores encontrados abarcan dominios psiquiátricos, psicológicos, físicos, personales, familiares y sociales y se comparó la cantidad de evidencia en apoyo de asociaciones entre fenómenos suicidas y factores específicos con la cantidad de evidencia contra tales asociaciones.

**Conductas Agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. Rodríguez, J, Fernandez, A. Chile, 2006.<sup>31</sup>**

El objetivo del estudio fue relacionar las conductas agresivas con el consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios de 18 años a 26 años, de nivel socioeconómico medio alto y alto. Las drogas lícitas consideradas fueron

tabaco y alcohol, y las ilícitas, marihuana, cocaína y éxtasis. La muestra estuvo constituida por 400 universitarios con edades comprendidas entre los 18 y 26 años, y encontraron que el 21% había participado en riñas o peleas callejeras en el año y un 11,3% en el último mes. Las peleas en el último año se asociaron al consumo de marihuana, cocaína, éxtasis e intentos de suicidio y la participación de las mujeres se asoció con intentos de suicidio, mientras que en los hombres esta variable se asoció al consumo de drogas duras.

**Prevalencia de suicidio en los programas de dependencia química: datos preliminares de una muestra nacional y una evaluación de los factores de riesgo. Kausch O., McCormick R. EE.UU., 2002.<sup>32</sup>**

En este trabajo se determinó la prevalencia de suicidios consumados durante un año en pacientes de centros médicos del Departamento de Asuntos Veteranos. Se halló que de un total de 248 suicidios completados, 11 ocurrieron en programas de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, y 5 adicionales ocurrieron entre pacientes que recibieron abuso combinado de sustancias para pacientes ambulatorios y tratamiento psiquiátrico. La mayoría de los suicidios fueron cometidos por hombres que tenían una adicción primaria al alcohol (63%) y el 38% de la muestra tenía un trastorno del ánimo comórbido mientras que otro 38% tenía un trastorno comórbido de la personalidad.

**El suicidio como un resultado para los trastornos mentales. Un metaanálisis. Harris E., Barraclough B. Reino Unido, 2007.<sup>33</sup>**

Este metaanálisis brinda una estimación del riesgo de suicidio de los trastornos psiquiátricos comunes, para lo cual se extrajeron 249 informes con dos años o más de seguimiento y menos del 10% de pérdida de sujetos, y se compararon los números de suicidios observados con los esperados y se calculó una razón de mortalidad estandarizada (SMR) para cada trastorno. Se encontró que de 44 trastornos considerados, 36 tenían una SMR significativamente elevada para el suicidio, cinco tenían una SMR elevada que no alcanza la significación, una SMR no se planteó y para dos entradas no se pudo calcular la SMR; por lo que concluyeron que prácticamente todos los trastornos mentales tienen un mayor riesgo de suicidio, a excepción del retraso mental y la demencia.

**Baca García Enrique, Aroca Fuensanta. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Baca E., Fuensanta A. España, 2014.<sup>34</sup>**

En este estudio se reclutaron 505 pacientes con historia de intentos de suicidio y 277 pacientes sin ella, como controles, en tres hospitales generales de Madrid. La variable dependiente fue la existencia o no de historia de intentos de suicidio y las variables independientes, el diagnóstico y los factores de riesgo vinculados a los intentos de suicidio según la literatura médica. Hallaron que el riesgo de suicidio fue mayor en pacientes con depresión (OR=3.4; IC 95%=1.8-4.8) y con comorbilidad ansiedad-depresión (OR=4.3; IC 95%=2.4-7.8) a diferencia de los pacientes no diagnosticados con éstos. Los pacientes que no tenían hijos presentaron un riesgo de intentos de suicidio mayor respecto a quienes sí los tenían (OR=3.8; IC 95%=2.3-6.2). Finalmente, la edad del paciente menor de 35 años y la historia familiar de conducta suicida incrementaron el riesgo de intento de suicidio (OR=2.2; IC 95%=1.1-4.5).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas.<sup>10</sup> Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo caracterizado por la presencia de tristeza patológica, incapacidad para experimentar placer, pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, apatía, decaimiento, desesperanza, irritabilidad, y sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a los deberes y exigencias de la vida diaria; aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático. Por ello, podemos concluir que en las personas con trastorno depresivo encontramos una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.<sup>35</sup> Distinguir los cambios de humor entre los grados clínicamente significativos de depresión (por ejemplo, depresión mayor) y los que ocurren “normalmente” sigue siendo problemático y lo mejor es considerar que los síntomas de la depresión ocurren en un continuo de gravedad. Se debe tener en cuenta que la identificación de la depresión mayor se basa tanto en su gravedad

como también en la persistencia, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social del paciente.<sup>36</sup> Sin embargo, está establecido que cuanto mayor es la gravedad de la depresión, mayor es la morbilidad y las consecuencias adversas.<sup>13</sup> Cuando se toman en conjunto con otros aspectos que deben considerarse, como la duración, el estadio de la enfermedad y el historial de tratamiento, existen problemas considerables cuando se trata de clasificar la depresión en categorías.<sup>35</sup>

El diagnóstico clínico del trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, tales como el deterioro progresivo en la apariencia y en el aspecto personal, facies triste o apática, enlentecimiento psicomotriz, disminución del tono de voz, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (tales como culpa o ruina), alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.<sup>36</sup> Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Comúnmente, en una enfermedad depresiva mayor el estado de ánimo y el afecto no varían o reaccionan a las circunstancias, es decir, permanecen bajos durante el transcurso de cada día, aunque para algunas personas el estado de ánimo varía diariamente, con una mejoría gradual con el transcurso de las horas para volver a un estado de ánimo bajo al despertar. Para otros, el estado de ánimo puede ser reactivo a experiencias y eventos positivos, aunque estas elevaciones en el estado de ánimo no suelen mantenerse, y a menudo los sentimientos depresivos vuelven a surgir rápidamente.<sup>37</sup>

La edad promedio del primer episodio de depresión mayor ocurre a partir de la segunda década de vida y, aunque el primer episodio puede ocurrir en cualquier momento desde la primera infancia hasta la vejez, una gran proporción de personas afectadas tienen su primer episodio depresivo en la infancia o la adolescencia.<sup>36</sup> Tal como la forma de presentación inicial y el tipo de enfermedad depresiva, el periodo prodrómico también varía considerablemente. Es común que algunos pacientes experimentan una variedad de síntomas en los meses previos a la enfermedad completa, que incluyen fobias, ataques de pánico, ansiedad y síntomas depresivos más leves; mientras que otros pueden desarrollar una enfermedad depresiva grave o severa con bastante rapidez, y no es común que aparezca después de un evento vital estresante importante. A

veces, los síntomas somáticos dominan el cuadro clínico que lleva al médico a investigar una posible enfermedad física subyacente hasta que los cambios de humor sean más obvios.<sup>38</sup>

El diagnóstico de depresión, tanto en la clínica como en la investigación, se realiza a través de criterios utilizados a nivel mundial, tanto los de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).<sup>35</sup>

La CIE-1054 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: aumento de fatigabilidad, ánimo depresivo y pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.<sup>10</sup>

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.**

<p><b>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</b></p>
<p><b>B. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</b></p>
<p><b>C. Síndrome somático:</b> alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.</li><li>– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.</li><li>– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.</li><li>– Empeoramiento matutino del humor depresivo.</li><li>– Presencia de enlentecimiento motor o agitación.</li><li>– Pérdida marcada del apetito.</li><li>– Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.</li><li>– Notable disminución del interés sexual.</li></ul>

**Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.**

<p><b>A. Criterios generales para episodio depresivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</li><li>– El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.</li></ul>
--

**B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:**

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

**C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

**D. Puede haber o no síndrome somático**

- **Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este

tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Se ha publicado recientemente la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) <sup>35</sup> que separa la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. Sin embargo, no introduce cambios significativos con respecto a los criterios diagnósticos para el episodio de depresión mayor de la edición anterior, pero sí incluye modificaciones y nuevas especificaciones para describir el estado clínico actual, las cuales se comentan a continuación. Mantiene que la característica principal es un episodio de al menos 2 semanas consecutivas en el que el paciente manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (tabla 3).<sup>39</sup>

**Tabla 3. Criterios diagnósticos de depresión mayor según DSM-5**

<p><b>A.</b> Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p><b>B.</b> Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el aspecto social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p><b>C.</b> El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p><b>D.</b> El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p><b>E.</b> Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

Antiguamente se tenía el concepto de que la depresión era un trastorno de tiempo limitado, con una duración promedio de 4 a 6 meses con una recuperación completa después, sin embargo actualmente está claro que tanto la recuperación incompleta y la recaída son más comunes de lo que se pensaba.<sup>35</sup> El estudio de la OMS de los trastornos mentales en 14 centros de todo el mundo encontró que el 50% de los pacientes aún tenían un diagnóstico de depresión un año después del inicio del cuadro y al menos el 10% tenían depresión crónica o persistente.<sup>40</sup> Se considera que aproximadamente el 50% de las personas tendrá al menos un episodio de depresión mayor más después del primero; después del segundo y tercer episodios, el riesgo de nuevas recaídas aumenta a 70 y 90% , respectivamente.<sup>41</sup>

Se ha observado que los episodios recurrentes de depresión siguen un patrón estacional que se ha denominado “trastorno afectivo estacional” (SAD). Aunque la definición de patrón estacional puede aplicarse tanto al trastorno bipolar como a la depresión recurrente, parece ser más frecuente en la segunda (70 a 80%)<sup>42</sup>, siendo la depresión recurrente de invierno mucho más común que los episodios recurrentes de verano.<sup>42</sup>

La depresión también es una causa importante de discapacidad en todo el mundo. En 1990 fue la cuarta causa más común de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en el mundo, y se prevé que se convierta en la segunda causa más común para 2020.<sup>10</sup> Existe una clara relación entre la gravedad de la enfermedad y el grado de discapacidad, y los inicios de la depresión se asocian con el inicio de la discapacidad, con una duplicación aproximada de la discapacidad social y laboral.<sup>40</sup>

Además de las experiencias subjetivas de las personas con depresión, el impacto en el funcionamiento social y ocupacional, la salud física y la mortalidad es notorio. Los efectos emocionales, motivacionales y cognitivos de la enfermedad disminuyen la capacidad de una persona para trabajar de manera efectiva, generando pérdidas en el ingreso personal y familiar, así como la pérdida de contribución a la sociedad. El estigma asociado con los problemas de salud mental en general y la opinión pública de que otros pueden ver a una persona con depresión como desequilibrada o neurótica, pueden explicar en parte la reticencia de las personas con depresión para buscar ayuda.<sup>41</sup>

La depresión también puede agravar el dolor, la angustia y la discapacidad asociados con problemas de salud física, así como también afectar los resultados.

El suicidio representa casi el 1% de todas las muertes y casi dos tercios de esta cifra se producen en personas con depresión.<sup>10</sup> Es decir, tener depresión conduce a un riesgo cuatro veces mayor de suicidio en comparación con la población general, que se eleva a casi 20 veces en los pacientes con depresión severa.<sup>3</sup> En ocasiones, la depresión también puede provocar actos de violencia contra otros e incluso puede incluir homicidio.<sup>15</sup> Las relaciones interpersonales también se ven negativamente afectadas, y la depresión de los padres puede llevar a la negligencia de los niños y a las perturbaciones significativas en los niños.<sup>40</sup>

La depresión es un proceso multifactorial y complejo, por lo que la probabilidad de su desarrollo depende de diversos factores de riesgo, los cuales no han podido ser identificados en su totalidad ni se han podido definir las interacciones entre ellos hasta el momento. Aún no se conoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrollan.<sup>43</sup> Es importante tener en cuenta que la identificación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con diversas limitaciones: en primer lugar, es difícil establecer qué factores que influyen en el inicio y cuáles influyen en el mantenimiento de la enfermedad; en segundo lugar, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser tanto causas como consecuencias de la enfermedad. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia<sup>38</sup>. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales y sociales (sexo femenino, enfermedades crónicas, trastornos de personalidad, trastorno de ansiedad, bajo nivel de recursos económicos, circunstancias laborales adversas y estrés crónico)<sup>11</sup>, cognitivos (esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales)<sup>44</sup>, familiares y genéticos (descendientes de pacientes con depresión y polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina).<sup>45</sup>

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida.<sup>4</sup> El riesgo de suicidio en las personas con depresión aumenta en cuatro veces en comparación con la población general, e inclusive la cifra se eleva hasta 20 veces

más en el caso de personas con depresión severa.<sup>3</sup> Es por ello que diversos estudios señalan la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo.<sup>36</sup>

La conducta suicida en el paciente con depresión es el resultado de la confluencia de distintos factores y situaciones que se combinan entre sí para generar comportamientos que irían desde la ideación hasta el suicidio consumado. Actualmente se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un conglomerado de pensamientos de diferente naturaleza y gravedad, que van desde la ideación (aceptación de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio).<sup>44</sup> Un episodio depresivo puede aumentar el riesgo de suicidio, así también como en el período de remisión parcial.<sup>40</sup> Se han identificado diversos factores asociados con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión, los cuales son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión y presencia de trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas.<sup>24</sup> Se ha descrito que el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresión también son factores de riesgo asociados al suicidio en pacientes con depresión.<sup>38</sup>

## 2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

**a. Conducta suicida:** La OMS define la conducta suicida como la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión con la intención real o aparente de morir. En algunas ocasiones, estos comportamientos pueden utilizarse como medio de comunicación o como expresión de cólera, rabia o frustración ante situaciones conflictivas. Puede implicar una serie de comportamientos que varían según la intencionalidad y el grado de sus efectos. Entre los tipos de conducta suicida podemos definir:<sup>46</sup>

- Amenaza suicida: Son verbalizaciones, insinuaciones o afirmaciones relacionadas con la intención de cometer suicidio.
- Gesto suicida: Es el conjunto de conductas que se realizan de forma voluntaria cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o

daño de alguna función o parte del cuerpo, sin la intención real de morir y que tiene como fin una ganancia secundaria.

- Intento de suicidio: Es una conducta autodestructiva en la que existe intención de morir, pero que no llega a ser efectivo.
- Suicidio frustrado: Suicidio que no llega a consumarse porque existe intervención de otras personas que impiden alcanzar el propósito esperado.

Se debe tener en cuenta que el suicidio consumado es registrado en estadísticas recolectadas oficialmente a través del certificado de defunción, mientras que en el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, y por ende es mucho más difícil tener registro de las ideaciones o los planes suicidas.<sup>19</sup>

- b. Conducta suicida previa:** Se define como la presencia de algún tipo de conducta suicida (amenaza, gesto, intento o frustración). Para el presente estudio se considera cualquier conducta que se haya presentado antes del año 2017.
- c. Antecedente familiar de conducta suicida:** Se define como la presencia de al menos un familiar con conducta suicida entre la historia familiar del paciente.
- d. Abuso psicológico:** Forma de maltrato mediante el que una persona somete a otra a humillaciones, burlas, ofensas y palabras hirientes.
- e. Abuso físico:** Se define como cualquier tipo de agresión, que no sea accidental, en la que se usa la fuerza física. Esta agresión puede ser con un objeto, arma, sustancia o con alguna parte del cuerpo (pies, puños, etc.) y abarca desde un empujón o golpe con la mano abierta, hasta cualquier lesión que cause incapacidad o muerte.
- f. Abuso sexual:** Se define como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin el consentimiento de alguno de ellos.

- g. Consumo de drogas lícitas y/o ilícitas:** Se define como un consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no se encuentra relacionado con una práctica médica aceptable ni se encuentra relacionado a ella.
- h. Adherencia al tratamiento:** Se define como el cumplimiento del tratamiento instaurado; es decir, cumplir la indicación médica de acuerdo con la dosificación prescrita y a lo largo del tiempo indicado.

# **CAPÍTULO III**

## **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. HIPÓTESIS**

#### **3.1.1. Hipótesis General**

- Ha: Sí existen factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.

#### **3.1.2. Hipótesis Específica**

- H1a: El sexo está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H2a: La edad está asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H3a: El estado civil está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H4a: La conducta suicida previa está asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H5a: El antecedente familiar de conducta suicida está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.

- H6a: El abuso psicológico está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H7a: El abuso físico está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H8a: El abuso sexual está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H9a: El consumo de drogas lícitas y/o ilícitas está asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.
- H10a: La falta de adherencia al tratamiento está asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad.

### 3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>
Conducta suicida
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>
Edad
Sexo
Estado civil
Conducta suicida previa
Historia familiar de conducta suicida
Abuso físico
Abuso sexual
Abuso psicológico
Consumo de drogas lícitas y/o ilícitas
Adherencia al tratamiento

# **CAPÍTULO IV**

## **METODOLOGÍA**

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

Se realizó un estudio de tipo observacional, cuantitativo, analítico - correlacional y transversal.

- Observacional, ya que no habrá intervención del investigador, sólo se limitará a medir las variables del estudio.
- Cuantitativo, porque se utilizará los datos recogidos de las historias clínicas, los cuales serán expresados en cuadros y mediante métodos estadísticos se buscará la relación entre variables.
- Analítico - Correlacional, pues se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre las variables del estudio.
- Transversal, debido a que se realiza una sola medición de los sujetos y se evalúa de forma concurrente la exposición y el evento de interés.

### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **4.2.1. Población**

El presente estudio tuvo como población a los pacientes con el diagnóstico de depresión que acudieron al servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.

#### 4.2.2. Muestra

Según la Ecuación Estadística para Proporciones Poblacionales dónde:  
z= 95%, N= 150 y e= 10%

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Se determinó que el tamaño de la muestra debía ser mayor a 59 pacientes, por lo que se decidió incluir a todos los pacientes con diagnóstico de depresión que hubiesen sido atendidos durante el periodo enero – diciembre del 2017. Sin embargo, de los 150 pacientes que conformaban inicialmente la muestra, se excluyeron 33 historias clínicas debido a que no se consignaba si es que existía adherencia al tratamiento y 8 historias clínicas debido a que estaban escritas con letra ilegible, quedando la muestra finalmente conformada por 109 pacientes.

#### 4.2.3. Criterios de inclusión

- Pacientes de todas las edades atendidos con el diagnóstico de depresión en el servicio de Psiquiatría del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad.
- Pacientes atendidos durante el periodo enero-diciembre del año 2017.
- Pacientes que recibieron al menos dos atenciones durante el año 2017 en el servicio de Psiquiatría del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad.

#### **4.2.4. Criterios de exclusión**

- Pacientes con conducta suicida sin diagnóstico de depresión.
- Pacientes con comorbilidades psiquiátricas.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas o ilegibles.

### **4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó mediante una ficha de recolección de datos, la cual también fue considerada el instrumento del estudio y se muestra en el Anexo 1. Con ella se obtuvieron los datos de interés de las historias clínicas, los cuáles fueron registrados en una base de datos virtual utilizando el programa Microsoft Excel 2017.

### **4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24.0 para Windows. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo para determinar frecuencias de cada una de las variables; luego se realizó un análisis inferencial bivariado de las variables nominales utilizando la prueba de *chi cuadrado*. Finalmente se hicieron los cálculos del *odds ratio* con intervalos de confianza (IC) al 95% para determinar la relación entre las variables independientes y la variable dependiente. En todo momento se consideró un  $p < 0.05$  como significativamente estadístico.

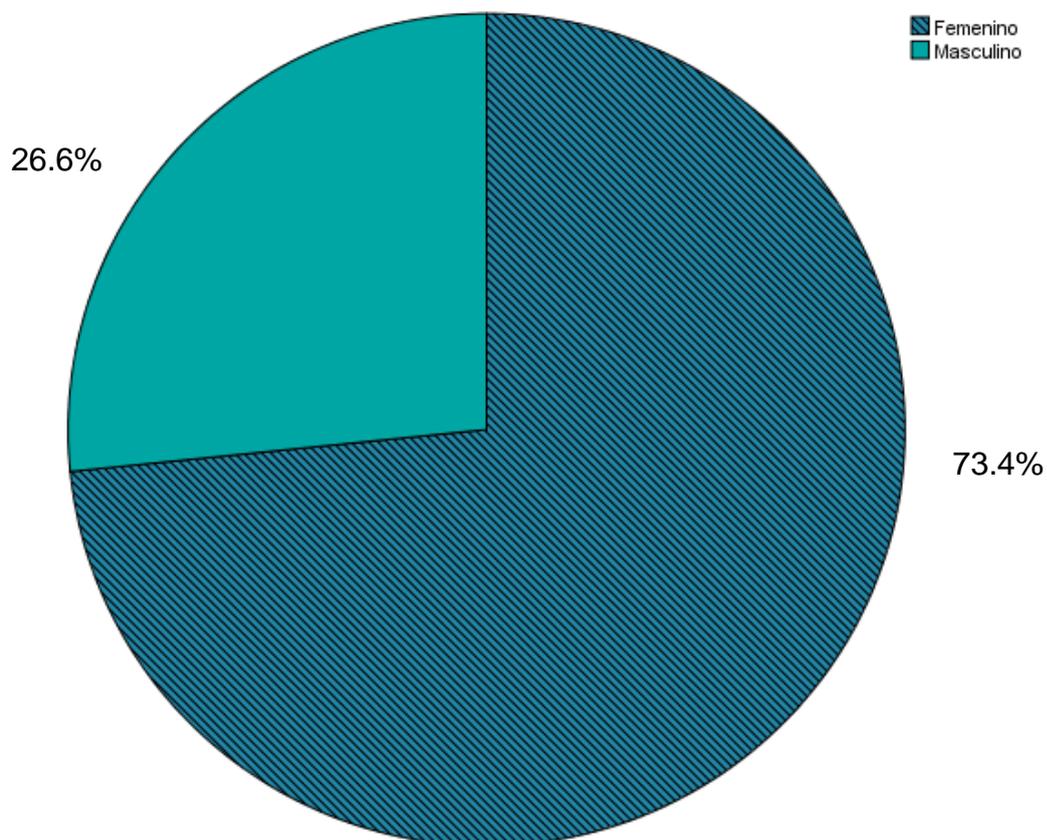
# CAPÍTULO V

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

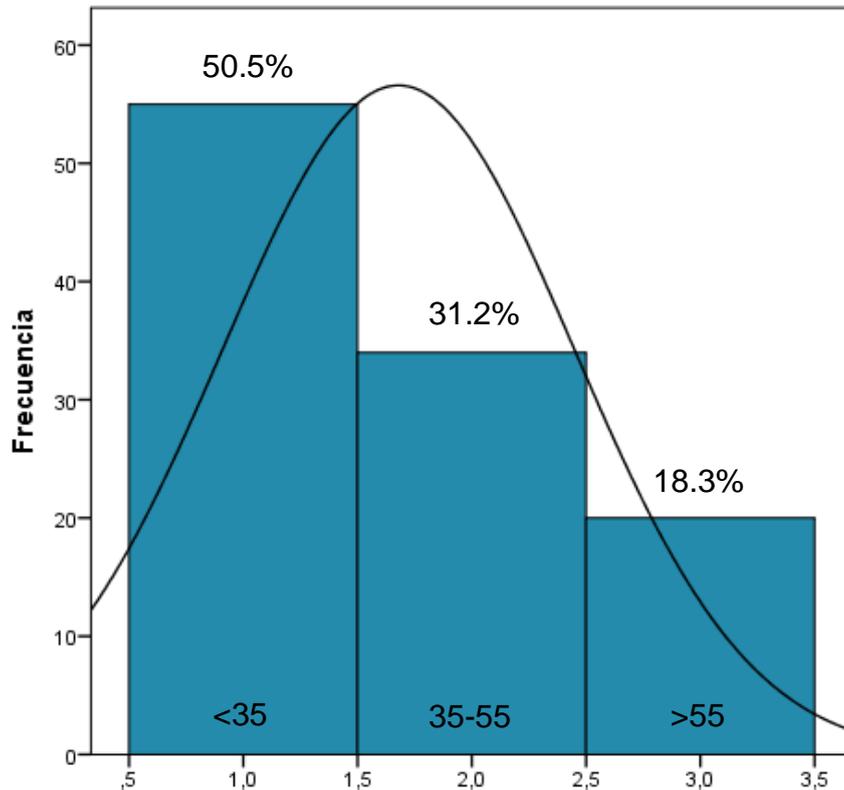
### 5.1. RESULTADOS

De los 109 pacientes que conformaron la muestra, 80 fueron del sexo femenino (73.4%) y 29 del sexo masculino (26.6%) (Gráfico 1). El 50.5% de la muestra corresponde al grupo etario menor de 35 años, 31.2% al grupo de 35 a 55 años y 18.3% al grupo mayor de 55 años. (Gráfico 2). La mayor parte de la muestra pertenecía al estado civil soltero con 46 pacientes (42.2%), seguido por casado con 28 pacientes (25.7%), conviviente con 16 pacientes (14.7%), viudo con 10 pacientes (9.2%) y finalmente divorciado con 9 pacientes (8.3%) (Gráfico 3).

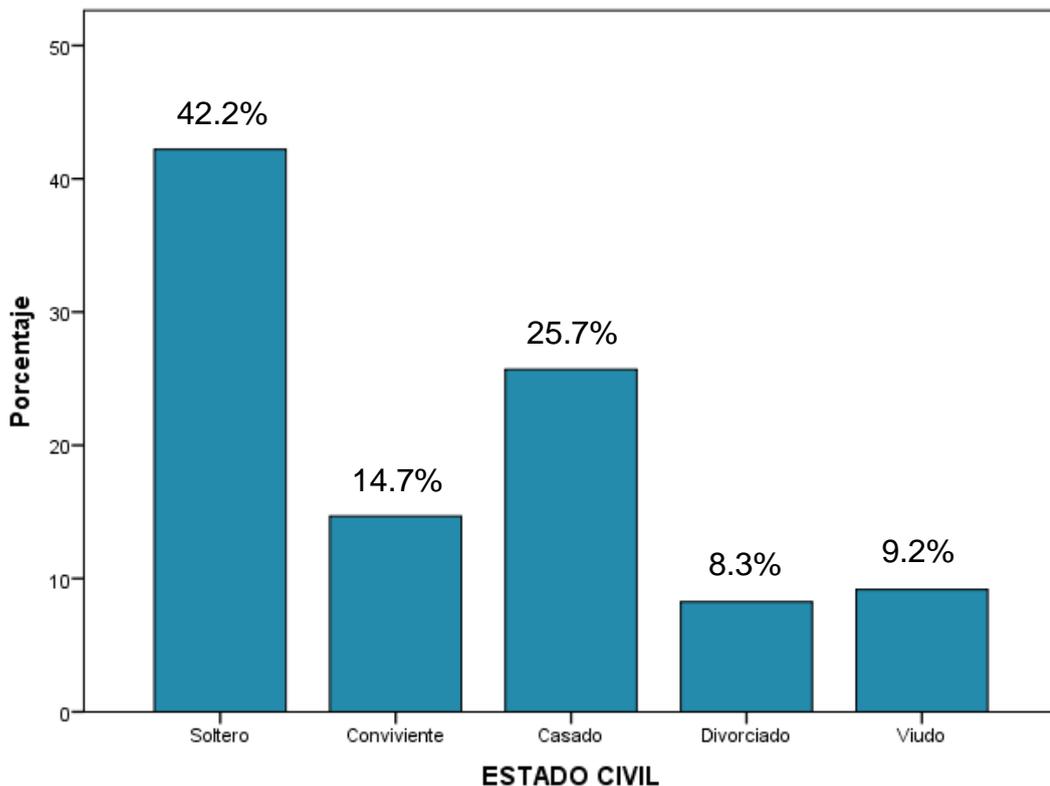
**Gráfico 1. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según sexo durante el periodo enero-diciembre 2017.**



**Gráfico 2. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según grupo etario durante el periodo enero-diciembre 2017.**

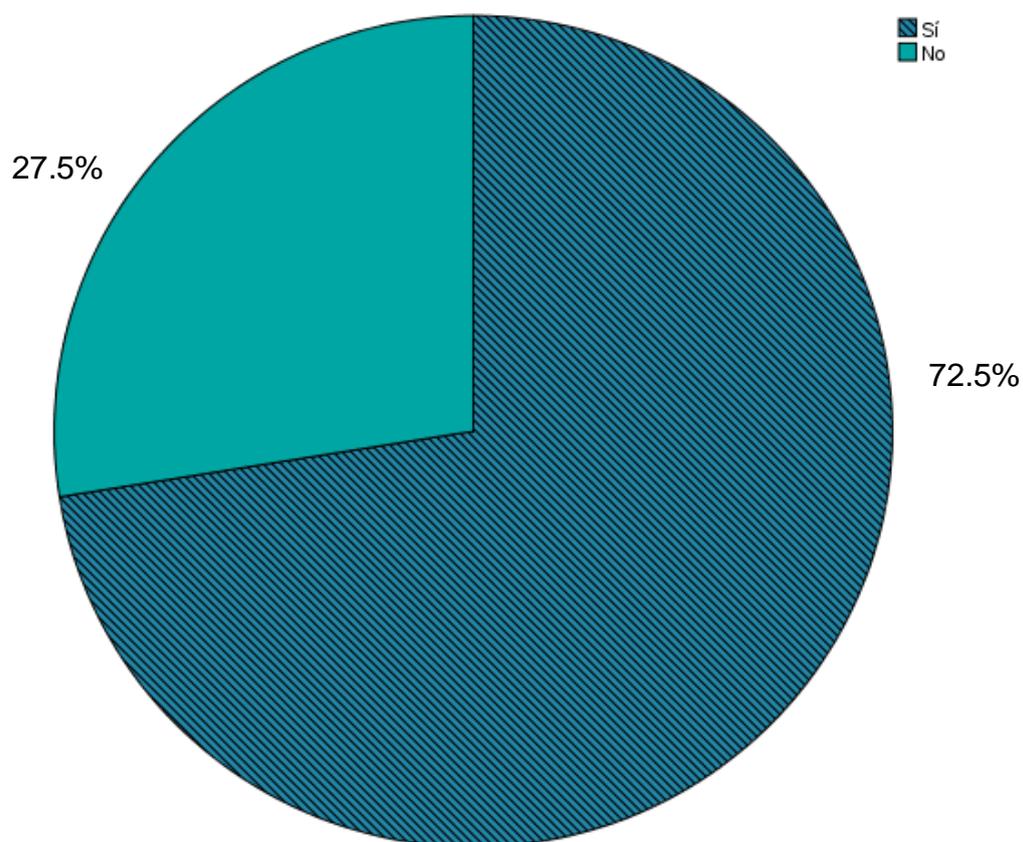


**Gráfico 3. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según estado civil durante el periodo enero-diciembre 2017.**

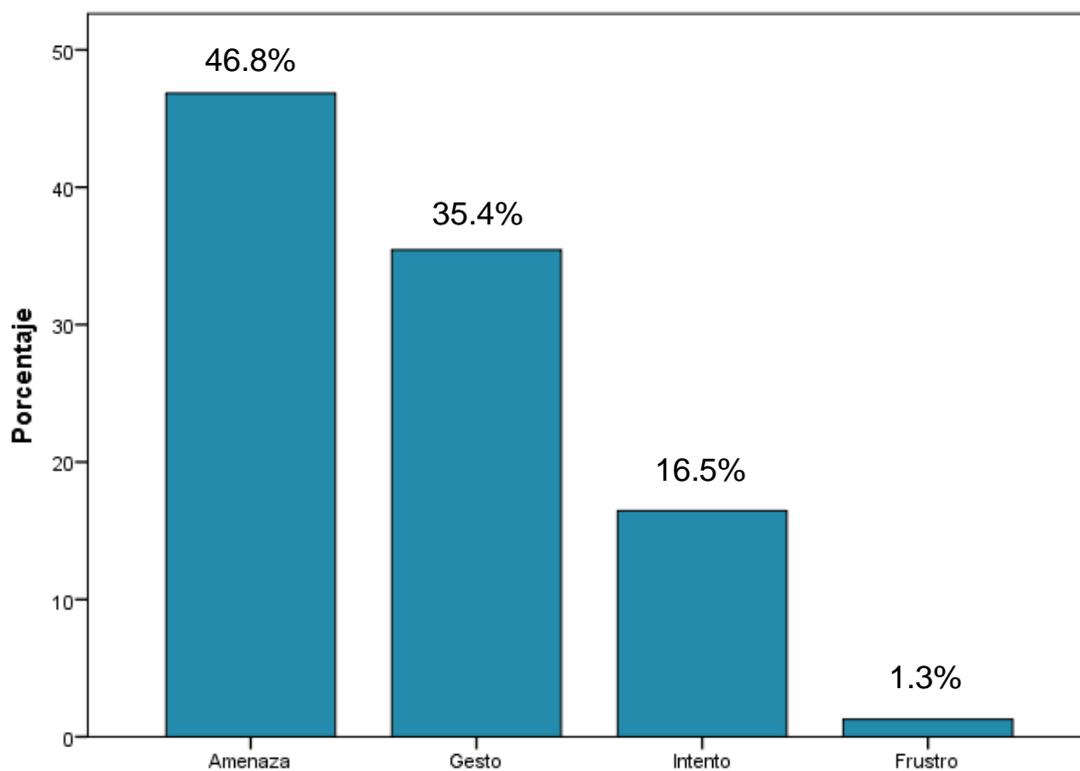


Del total de la muestra, 79 pacientes (72.5%) presentaron por lo menos un cuadro del espectro de conducta suicida (Gráfico 4). De estos pacientes, el 46.8% ha realizado algún tipo de amenaza suicida, el 35.4% ha tenido un gesto suicida, el 16.5% ha tenido al menos un intento suicida y sólo se reportó 1 caso donde hubo un suicido frustrado (Gráfico 5).

**Gráfico 4. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de conducta suicida durante el periodo enero-diciembre 2017.**



**Gráfico 5. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según tipo de conducta suicida durante el periodo enero-diciembre 2017.**



**Tabla 4. Características sociodemográficas de los pacientes con conducta suicida del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero-diciembre 2017.**

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	<35	38	48.1%
	35-55	27	34.2%
	>55	14	17.7%
Sexo	Femenino	62	78.5%
	Masculino	17	21.5%
Estado civil	Soltero	35	44.3%
	Conviviente	8	10.1%
	Casado	21	26.6%
	Divorciado	7	8.9%
	Viudo	8	10.1%

El 48.1% de los pacientes que tuvieron algún tipo de conducta suicida tenía menos de 35 años, 78.5% pertenecían al sexo femenino y el 44.3% eran solteros.

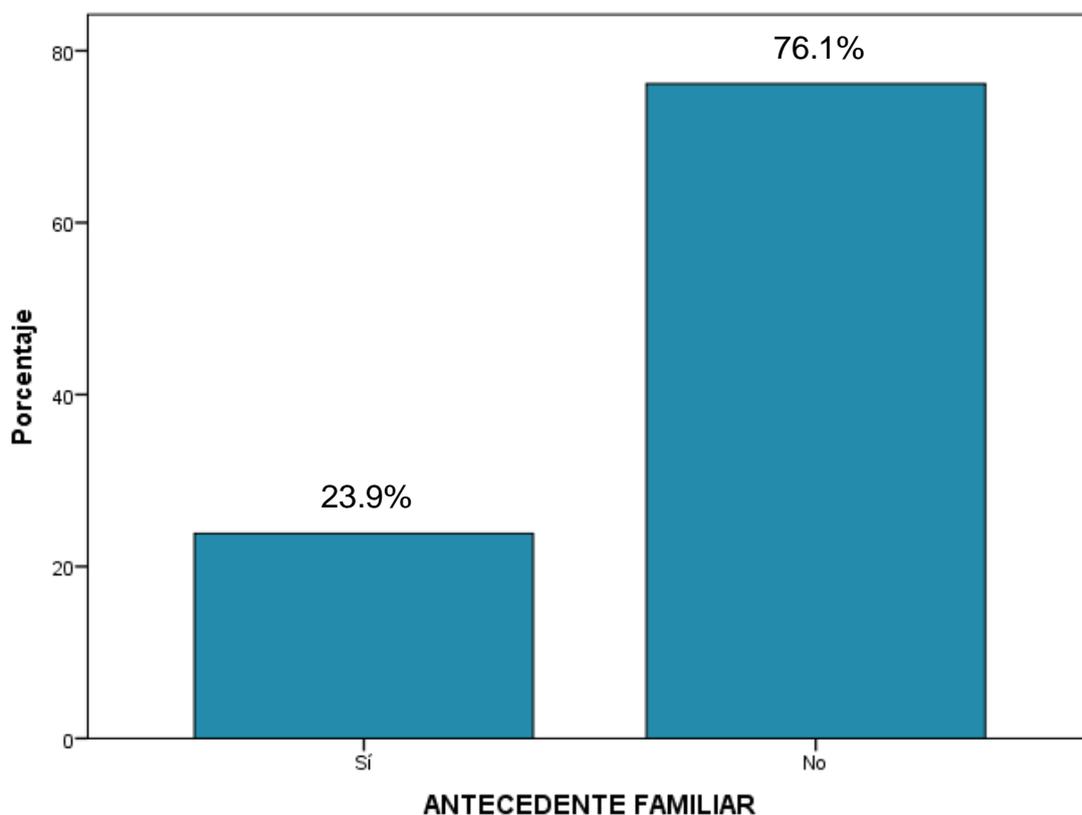
**Tabla 5. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de conducta suicida previa durante el periodo enero-diciembre 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	60	55%	55%	55%
No	49	45%	45%	100%
Total	109	100%	100%	

De los 109 pacientes con diagnóstico de depresión, 60 (55%) había tenido algún tipo de conducta suicida antes de ser atendidos durante el año 2017.

Solo 26 pacientes (23.9%) tuvieron antecedente familiar de conducta suicida (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Distribución de pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de antecedente familiar de conducta suicida durante el periodo enero-diciembre 2017.**



**Tabla 6. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según el consumo de drogas lícitas y/o ilícitas durante el periodo enero-diciembre 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	32	29.4%	29.4%	29.4%
No	77	70.6%	70.6%	100%
Total	109	100%	100%	

De los 109 pacientes que conformaban la muestra, solo 32 pacientes (29.4%) refirieron haber consumido algún tipo de droga durante el año 2017.

**Tabla 7. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de abuso psicológico durante el periodo enero-diciembre 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	54	49.5%	49.5%	49.5%
Múltiples ocasiones	55	50.5%	50.5%	100%
Total	109	100%	100%	

Del total de pacientes, 50.5% refirió haber sido víctima de abuso psicológico en múltiples ocasiones mientras que 49.5% negó haberlo recibido. Ninguno de los pacientes refirió haber sido víctima de abuso psicológico en una sola ocasión.

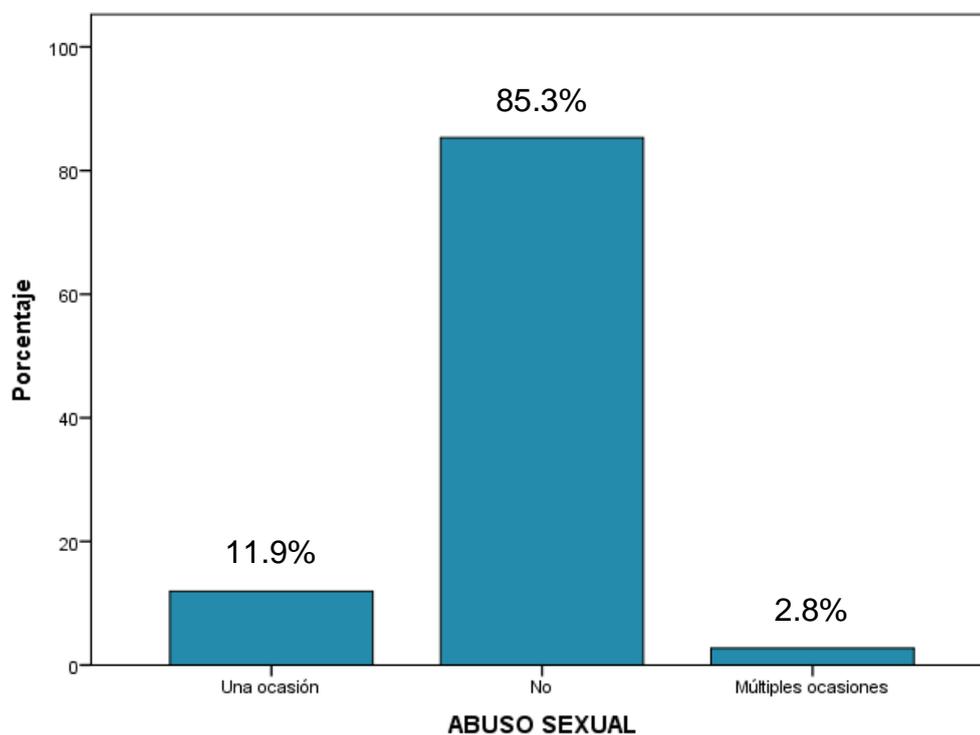
**Tabla 8. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de abuso físico durante el periodo enero-diciembre 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Una ocasión	1	0.9%	0.9%	0.9%
Múltiples ocasiones	22	20.2%	20.2%	21.1%
No	86	78.9%	78.9%	100%
Total	109	100%	100%	

Solo 1 paciente (0.9%) refirió haber sido víctima de abuso físico en una ocasión, 22 pacientes (20.2%) refirieron haber sufrido de abuso físico en múltiples ocasiones; y 86 (78.9%) negaron haber sido víctimas de abuso físico.

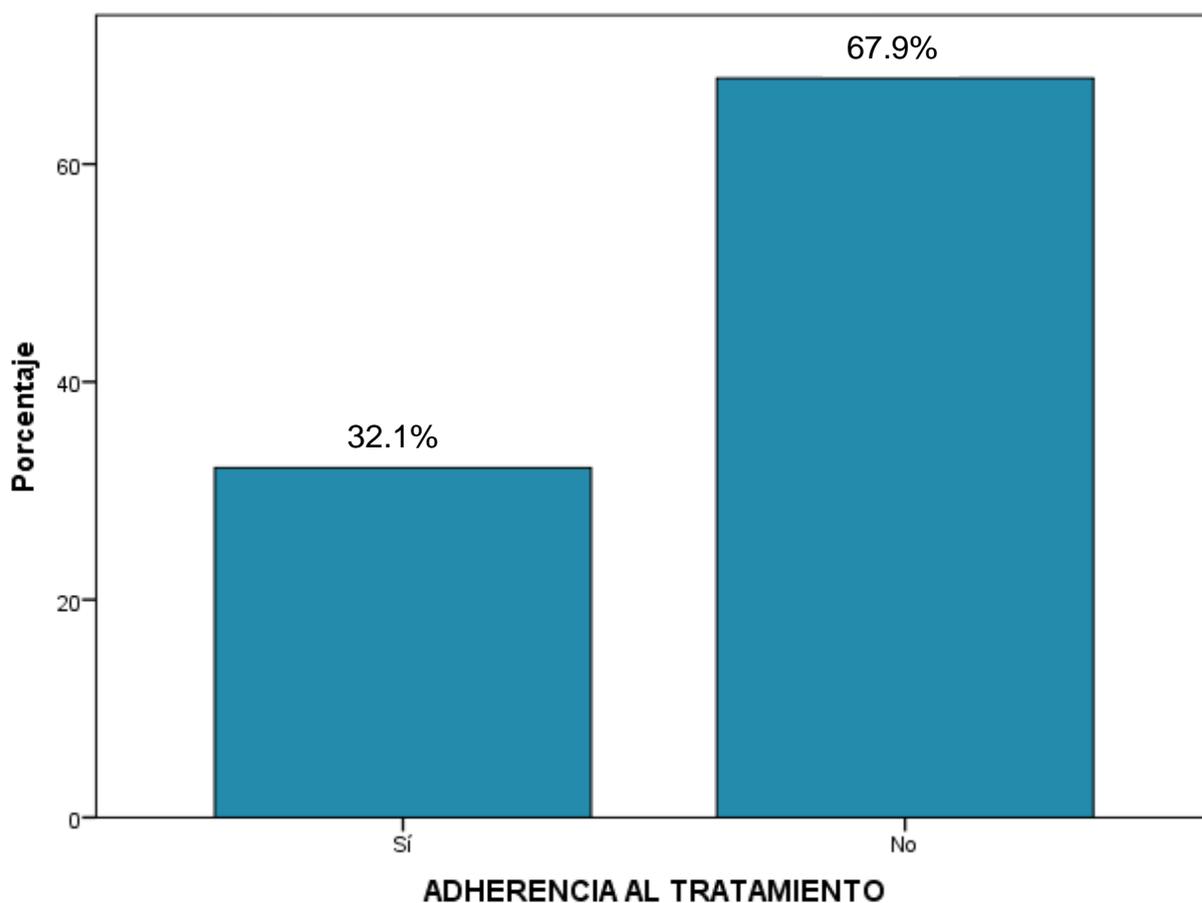
Del total de la muestra, 11.9% fue víctima de abuso sexual en una ocasión, 2.8% en múltiples ocasiones y 85.3% negó haber sido víctima de abuso sexual (Gráfico 7)

**Gráfico 7. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según la presencia de abuso sexual durante el periodo enero-diciembre 2017.**



De los 109 pacientes, el 32.1% refirió seguir adecuadamente su tratamiento, mientras que el 67.9% no reportó adherencia al tratamiento (Gráfico 8).

**Gráfico 8. Distribución de los pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad según adherencia al tratamiento durante el periodo enero-diciembre 2017.**



Tras aplicarse la prueba de chi cuadrado para determinar la validez de la hipótesis nula en cada una de las variables se evidenció que solo tres de los factores estudiados (conducta suicida previa, abuso psicológico y adherencia al tratamiento) presentaron significancia estadística (Tabla 9).

**Tabla 9. Análisis estadístico con Chi cuadrado de los factores de riesgo vs la presencia de conducta suicida en pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad.**

Factor	Valor de p	Significancia
Sexo	0.051	No significativo
Edad	0.550	No significativo
Estado civil	0.303	No significativo
Conducta previa	0.000	Significativo
Antecedente familiar	0.937	No significativo
Abuso de sustancias	0.928	No significativo
Abuso psicológico	0.008	Significativo
Abuso físico	0.824	No significativo
Abuso sexual	0.544	No significativo
Adherencia al tratamiento	0.000	Significativo

Finalmente se calculó el OR de cada una de las variables del estudio (Tabla 10). Se encontró que ninguna de las variables sociodemográficas fue estadísticamente significativa. De las demás variables, fueron estadísticamente significativos el haber tenido algún tipo de conducta suicida previa (OR=6.69; IC 95%=2.54-17.62), el ser víctima de abuso psicológico (OR=3.25; IC 95%=1.32-7.99) y la falta de adherencia al tratamiento (OR=10.83 IC95%=4.10-28.61).

**Tabla 10. Análisis bivariado de factores asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del C.M.I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero-diciembre 2017.**

FACTORES DE RIESGO	CONDUCTA SUICIDA						OR	IC 95%	p
	SÍ		NO		%	%			
	n	%	n	%					
SEXO	FEMENINO	62	78.5%	18	60%	2.43	0.98-6.01	0.054	
	MASCULINO	17	21.5%	12	40%	0.41	0.16-1.01		
EDAD	<35	38	48.1%	17	56.7%	0.70	0.30-1.65	0.425	
	35-55	27	34.2%	7	23.3%	1.70	0.64-4.47	0.278	
	>55	14	17.7%	6	20%	1.66	0.58-4.72	0.341	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	35	44.3%	11	36.6%	1.37	0.57-3.26	0.471	
	CONVIVIENTE	8	10.1%	8	26.7%	0.30	0.10-0.92	0.031	
	CASADO	21	26.6%	7	23.3%	1.18	0.44-3.14	0.729	
	DIVORCIADO	7	8.9%	2	6.7%	1.36	0.26-6.95	0.711	
	VIUDO	8	10.1%	2	6.7%	1.57	0.31-7.89	0.579	
CONDUCTA PREVIA	SÍ	53	67%	7	23.3%	6.69	2.54-17.62	0.000	
	NO	26	33%	23	76.7%				
ANTECEDENTE FAMILIAR	SÍ	19	24%	7	23.3%	1.04	0.38-2.80	0.937	
	NO	60	76%	23	76.7%				
ABUSO DE SUSTANCIAS	SÍ	23	29.1%	9	30%	0.95	0.38-2.40	0.927	
	NO	56	70.9%	21	70%				
ABUSO PSICOLÓGICO	SÍ	46	58.2%	9	30%	3.25	1.32-7.99	0.010	
	NO	33	41.8%	21	70%				
ABUSO FÍSICO	SÍ	17	21.5%	6	20%	1.09	0.38-3.11	0.862	
	NO	62	78.5%	24	80%				
ABUSO SEXUAL	SÍ	12	15.2%	4	13.3%	1.16	0.34-3.93	0.806	
	NO	67	84.8%	26	86.7%				
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	NO	65	82.3%	9	30%	10.83	4.10-28.61	0.000	
	SÍ	14	17.7%	21	70%				

## 5.2. DISCUSIÓN

El primer hallazgo del estudio que resulta llamativo es la alta prevalencia de la conducta suicida en la muestra, ya que el 72.5% de las personas atendidas con el diagnóstico de depresión durante el año 2017 presentaron algún tipo de conducta suicida. Este es un hallazgo que se ha presentado de manera consistente en diversos estudios con poblaciones similares, tales como los de Evans et al. y Villalobos et al.<sup>27, 30</sup>

En estos pacientes, la amenaza suicida fue la conducta de mayor prevalencia (46.8%), seguido de cerca por el gesto suicida (35.4%). Los estudios de Asnis et al. y Bronisch et al.<sup>24, 25</sup> muestran que la prevalencia de la amenaza y gesto suicida en pacientes con depresión oscila entre 69% y 47% respectivamente. Desde este punto de vista, se hallaron prevalencias mucho menores en comparación con las de otros países. Por otro lado, se halló una prevalencia de intento suicida de 16.5%, similar a la encontrada en los estudios internacionales de Pavez et al. y Micin et al.<sup>19, 20</sup> pero mucho mayor a la reportada en los estudios nacionales de Paredes et al. y Perales et al.<sup>14, 15</sup>, que oscilan entre 3.8 - 9.4%.

En relación a los factores sociodemográficos, se encontró que las conductas suicidas fueron más frecuentes en pacientes del sexo femenino (78.2%) que del sexo masculino (21.8%), distribución que también ha sido reportada en múltiples estudios, como en los de Cano et al., Muñoz et al., Perales et al. y Horacio et al.<sup>12, 13, 15, 28</sup> en los que también se menciona que las personas de sexo masculino tienen mayor prevalencia de suicidio consumado, ya que utilizan métodos cuya eficacia para consumar el suicidio es más elevada como lo describieron Chávez et al.<sup>26</sup>

El grupo etario con mayores proporciones de conducta suicida fue el comprendido por pacientes menores de 35 años (46.8%), resultado similar al de los estudios de Perales et al, Borges et al. y Micin et al.<sup>15, 16, 19</sup>. En la muestra de este estudio se evidenció que la conducta suicida aparece desde edades tan tempranas como los 12 años. La alta prevalencia hallada en esta muestra concuerda con lo planteado por Villalobos et al.<sup>27</sup> quienes ya habían afirmado que las conductas suicidas se presentan con mayor prevalencia en los adolescentes y adultos jóvenes, ya que plantean que los jóvenes están en mayor

riesgo de presentarlas dado a que hay una mayor exposición al estrés y a factores de riesgo.

Con respecto al estado civil, la proporción de pacientes con conducta suicida fue mayor en el grupo de los solteros (44.3%), resultado similar al estudio mexicano de Horacio et al. donde se reportó que el no tener pareja estable / vivir solo aumentaba el riesgo de suicidio en 6.7 veces.<sup>28</sup>

Sin embargo, a pesar de que los resultados obtenidos con respecto a los factores sociodemográficos concuerdan con los encontrados en la literatura nacional e internacional, tras aplicar la prueba de Chi cuadrado y realizar el cálculo de OR, se pudo determinar que los resultados no son estadísticamente significativos y por lo tanto no extrapolables a la población general, a excepción del estado civil conviviente (OR=0.3 IC 95%=0.10-0.92; p=0.031), pero que no representa a la variable estado civil en su totalidad.

La existencia de algún tipo de conducta suicida previa ha sido ampliamente reconocida en los estudios de Perales et al.<sup>15</sup>, Villalobos et al.<sup>18</sup>, Bronisch et al.<sup>25</sup> y Oquendo et al.<sup>29</sup> como un factor relevante en la aparición de nuevas conductas suicidas. El estudio prospectivo norteamericano de Oquendo et. al halló que para las mujeres, el riesgo de presentar nuevas conductas suicidas en un futuro fue seis veces mayor para las que habían tenido conductas suicidas anteriores; y cada intento pasado aumentó tres veces el riesgo futuro.<sup>29</sup> En el presente trabajo, de los 60 pacientes que tuvieron algún tipo de conducta suicida previa, 53 (88.3%) volvieron a presentarla durante el año de estudio, siendo uno de los factores de riesgo más importantes encontrados en la muestra (OR=6.69; IC 95%=2.54-17.62). Es decir, la probabilidad de que los pacientes que hayan presentado algún tipo de conducta suicida previa vuelvan a presentarla en un futuro es casi 7 veces que la de los pacientes que no tuvieron ningún tipo de conducta previa.

Existe discrepancia sobre si existe una relación directa entre antecedente familiar de conducta suicida con la aparición de conductas suicidas en el paciente. En algunos análisis multivariados de literatura anglosajona recopilados en el metaanálisis de Evans et al., se describe que una historia familiar de intentos suicidas podría tener una contribución independiente significativa en la variación del fenómeno suicida en adolescentes.<sup>30</sup> Por otro lado, estudios latinoamericanos como el de Baca et al. concluyen que la existencia de

comorbilidades como el trastorno de ansiedad (OR=4.3; IC 95%= 2.4-7.8) es un factor de riesgo más importante para la conducta suicida que otros factores como la historia familiar de conducta suicida o condiciones adversas en edades tempranas.<sup>34</sup> En el presente estudio no se encontró asociación significativa entre en antecedente familiar de conducta suicida con la aparición de conducta suicida en el paciente (OR=1.04 IC 95%=0.38-2.80; p=0.937).

El haber sido víctima de abuso psicológico fue otro de los factores de riesgo estadísticamente significativos hallados en este estudio (OR=3.25; IC 95%= 1.32-7.99); todos los pacientes que fueron víctimas de abuso psicológico refirieron haberlo sufrido en múltiples ocasiones. Chávez et al. mencionan que los llamados factores precipitantes juegan un importante papel en la génesis de la ideación y los intentos suicidas. Ejemplos de este tipo de circunstancias son: ser víctima de abuso, acoso o violación, aborto, y la pérdida de personas significativas, ya sea por muerte o separaciones.<sup>26</sup>

En el metaanálisis de Evans et al., los resultados de tres estudios evaluados indicaron una asociación entre abuso físico y conducta suicida. Los resultados de los análisis multivariados de dos de los estudios indicaron que la asociación era probablemente directa. La asociación con abuso sexual fue investigada en siete estudios de esta revisión sistemática, y una gran asociación fue encontrada, con hallazgos significativos en todos los reportes. Tres de los estudios realizaron análisis multivariados e indicaron que el abuso sexual podría tener una contribución independiente significativa en la variación de los intentos suicidas.<sup>30</sup> A pesar de que los OR de los pacientes que sufrieron abuso físico y sexual fueron de 1.09 (IC 95%=0.38-3.11; p=0.862) y 1.16 (IC 95%=0.34-3.93; p=0.806) respectivamente, ninguna de las dos variables fue estadísticamente significativa en el presente estudio. Esto puede deberse a que de los 79 pacientes que presentaron algún tipo de conducta suicida, solo 17 (21.5%) refirieron haber sido víctimas de abuso físico y 12 (15.1%), de abuso sexual, por lo que un estudio con una muestra más amplia podría arrojar resultados similares a los que se reportan.

Existen numerosas investigaciones que estudian la relación entre el consumo de drogas lícitas y/o ilícitas y la conducta suicida. Rodríguez et al. mencionan que el consumo de drogas es un factor de riesgo predictivo de conductas violentas, y constituye un factor predictor de la violencia dirigida hacia el propio individuo,

como sería la conducta suicida.<sup>31</sup> En el estudio de Kaush et al. realizado con individuos en rehabilitación por consumo de drogas y personas sanas, se encontró que uno de los principales riesgos asociados al consumo de drogas es el suicidio, especialmente en jóvenes de sexo masculino.<sup>32</sup> Indudablemente, la dependencia a sustancias que se asocia a una tasa de suicidio más elevada es la producida por las benzodiacepinas, como lo describen Harris et al. donde concluyen que el riesgo se multiplica por 44 entre los consumidores de este tipo de fármacos.<sup>33</sup> Se han reportado resultados similares con otras sustancias como el alcohol, cannabis, tabaco y otros en el metaanálisis de Evans et al.<sup>30</sup> Sin embargo, a pesar de lo reportado en la literatura, tampoco se obtuvieron resultados significativos al asociar el consumo de drogas con la presencia de algún tipo de conducta suicida.

Finalmente, uno de los aspectos poco tomados en cuenta por la literatura es la relación entre la ausencia de adherencia al tratamiento y la aparición de conducta suicida en los pacientes con depresión. De los 79 pacientes que presentaron algún tipo de conducta suicida, 65 (82.2%) negaron haber seguido correctamente las indicaciones del psiquiatra tratante, mientras que de los 30 pacientes sin ningún tipo de conducta suicida, 21 (70%) manifestaron adherencia al tratamiento. Tras la estimación del riesgo se concluyó que no mantener adherencia al tratamiento es uno de los factores de riesgo más importantes para la aparición de conductas suicidas (OR=10.83 IC 95%= 4.10-28.61; p<0.0001).

# **CAPÍTULO VI**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES**

- Los factores sociodemográficos como sexo, edad y estado civil no están asociados significativamente a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- La presencia de algún tipo de conducta suicida previo conlleva a un riesgo de presentar conductas suicidas de casi 7 veces al de los pacientes que no presentaron conductas suicidas previas en los pacientes con depresión.
- El antecedente familiar de conducta suicida no está asociado significativamente a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- El haber sufrido abuso psicológico en múltiples oportunidades conlleva a un riesgo de presentar conductas suicidas de 3 veces al de los que no fueron víctimas de abuso psicológico en los pacientes con depresión.
- El abuso físico no está asociado significativamente a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- El abuso sexual no está asociado significativamente a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- El abuso de sustancias no está asociado significativamente a la conducta suicida en pacientes con depresión.
- La falta de adherencia al tratamiento es un factor que conlleva a un riesgo de presentar conductas suicidas de casi 11 veces al de los pacientes que sí seguían adecuadamente las indicaciones terapéuticas del psiquiatra en los pacientes con depresión.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda continuar las investigaciones sobre los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en una población más grande para poder identificar si el abuso físico, sexual y el consumo de drogas lícitas y/o ilícitas tienen relación significativa con la prevalencia de la misma en nuestro medio tal y como se reporta en diferentes estudios a nivel internacional.
2. Se recomienda realizar estudios sobre la asociación de la conducta suicida en pacientes con depresión y otras comorbilidades psiquiátricas comunes en nuestro medio como trastorno de ansiedad o esquizofrenia y enfermedades crónicas no transmisibles.
3. Existen escasos estudios con respecto a la salud mental en nuestro país, por lo que se recomienda realizar un mayor número de investigaciones para poder establecer políticas de promoción y prevención de la salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arlaes L, Hernández G, Cañizares T. Conducta suicida y factores de riesgos asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1998; 14(2):122-6.
2. Ahrens B, Linden M. Suicidal behavior- symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 41(Supl.1):116-121, 2000.
3. Perú, Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad en el Perú, 2004. Lima: MINSA; 2006.
4. Perú, Ministerio de Salud. Documento Técnico Normativo: Plan Nacional de Salud Mental. Lima: MINSA; 2006.
5. Pérez S, Ros LA, Pablos T, Calás R. Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 1997; 13(1): 7-11.
6. Mosquera M, Parra L, Acero M, Escobar F. Evaluación y manejo del paciente suicida. *Nuntius* 1996; 5 (1): 43- 49.
7. OMS- Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Ginebra: OMS; 2000.
8. NIMH. Depression. Washington: Department of Health and Human Services, 2001.
9. Sarró B, Nogué S. Suicidios. *Med Clin (Barc)* 2001; 98: 624-626.
10. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin. Psychiatry* 2000; 61 (Supl. 9): 47-51.
11. Montgomery SA, Montgomery DB. Pharmacological prevention of suicidal behavior. *J Affect Disord*. 1982; 4: 291-298.
12. Cano Pablo, Gutiérrez César, Nizama Martín. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2009 Abr; 26(2): 175-181.
13. Muñoz M Jerson, Pinto M Verónica, Callata C Héctor, Napa D Nilton, Perales C Alberto. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2006 Oct; 23(4): 239-246.

14. Paredes P Castro, Orbegoso R Oswaldo, Rosales T Paul. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2006 Oct; 23(4): 293-296.
15. Perales, A, Sánchez, E, Parhuana, A, Carrera, R, Torres, H. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2013; 76(4):231-235.
16. Borges Guilherme, Orozco Ricardo, Benjet Corina, Medina-Mora María Elena. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública Méx*. 2010 Ago; 52(4): 292-304.
17. Larraguibel Q. Marcela, González M. Patricia, Martínez N. Vania, Valenzuela G. Ricardo. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev. chil. pediatr*. 2000 Mayo; 71(3): 183-191.
18. Villalobos-Galvis Fredy Hernán. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Ment*. 2009 Abr; 32(2): 165-171.
19. Micin, Sonia, & Bagladi, Verónica. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*, 2011; 29(1), 53-64.
20. Pavez Paula, Santander Natalia, Carranza Jorge, Vera-Villaruel Pablo. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev. méd. Chile*. 2009 Feb; 137(2): 226-233.
21. Grupo de trabajo sobre actualización de GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-01.
22. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *J Affect Disord*. 2009; 117 Suppl 1:S5-14.

23. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
24. M. Asnis, T.A. Friedman, W.C. Sanderson, M.L. Kaplan, H.M. van Praag, J.M. Harkavy-Friedman Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients I: Description and prevalence *Am J Psychiatry*, 150 (1993), pp. 108-112.
25. T. Bronisch, H.U. Wittchen Suicidal ideation and suicide attempts: Comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244 (1994), p. 93-98
26. Chávez AM, Pérez R, Macías LF, Páramo D. Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria* 2004; 14:12–20.
27. Villalobos-Galvis Fredy Hernán. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Ment.* 2009.
28. Horacio G. R, Sagahun E. J., Ruiz G. A. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. salud pública.* 12 (5): 713-721, 2010.
29. Oquendo MA, Bongiovi-García ME, Galfalvy H, Goldberg PH, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts alter major depression: A prospective study. *Am J. Psychiatry.* 2007; 134-41.
30. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(8): 957-79.
31. Rodríguez, J, Fernandez, AM, Hernandez A., E, Ramirez P., S. Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en Jóvenes Universitarios. *Terapia Psicológica.* 2006; 24(1):63-69.
32. Kaush, O. & Mc Cormick, R. (2002). Suicide prevalence in chemical dependency programs: preliminary data from a national sample, and an examination of risk factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 97–102.
33. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997; 170:205-228.

34. Baca García Enrique, Aroca Fuensanta. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Ment.* 2014 Oct; 37(5): 373-380.
35. Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al. Depressive disorders. *Am Fam Physician.* 2006 73(11):1999-2004.
36. Reed GM, J. M-C, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists. Attitudes towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry.* 2011; 10(2):118-31.
37. Epstein RM, Duberstein PR, Feldman MD, Rochlen AB, Bell RA, Kravitz RL, et al. "I didn't know what was wrong:" how people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(9):954-61.
38. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A metasynthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract.* 2011; 12(47).
39. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud.* 2005; 16(2):121-42.
40. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med.* 2003; 70(1):977-86.
41. Melchior M, Chastang JF, Head J, Goldberg M, Zins M, Nabi H, et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Mol Psychiatry.* 2013; 18(1):112–21.
42. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the Predict D study. *Arch Gen Psychiatry.* 2008; 65(12):1368-76.
43. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013; 151(3):821-30.
44. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. La Habana: MINSAP, 2002: 1-23.

45. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L: Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. Arch Gen Psychiatry, 33:835-837, 1976.
46. Delgado AC, Insuasty DM, Villalobos–Galvis FH. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Universidad Salud 2004; 4:60–75.

## **ANEXOS A**

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general:</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>H<sub>0</sub>: Los factores socio demográficos y los relacionados al paciente no están asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del C. M. I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p> <p>H<sub>1</sub>: Los factores socio demográficos y los relacionados al paciente no están asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del C. M. I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p>	<p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Conducta suicida (amenaza suicida, gesto suicida, intento suicida, suicidio frustrado).</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación</b></p> <p>Estudio tipo observacional, analítico correlacional y transversal.</p> <p><b>Población y muestra:</b></p> <p>Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el periodo enero – diciembre del 2017, obteniendo 150 pacientes. Sin embargo se excluyeron 41 por falta de datos y/o letra ilegible.</p>
<p><b>Problemas específicos:</b></p> <p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores relacionados al paciente asociada a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017?</p>	<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Identificar los factores sociodemográficos asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p> <p>Identificar los factores relacionados al paciente asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>H1<sub>a</sub>: Los factores socio demográficos no están asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del C. M. I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p> <p>H1<sub>b</sub>: Los factores socio demográficos están asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del C. M. I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p> <p>H2<sub>a</sub>: Los factores relacionados al paciente no están asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del C. M. I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p> <p>H2<sub>b</sub>: Los factores relacionados al paciente están asociados a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del C. M. I. Juan Pablo II Confraternidad durante el periodo enero – diciembre del 2017.</p>	<p><b>Variables independientes:</b></p> <p>Factores sociodemográficos: Edad, sexo, estado civil.</p> <p>Factores relacionados al paciente: Conducta suicida previa. Historia familiar de conducta suicida. Abuso de sustancias. Abuso psicológico. Abuso físico. Abuso sexual. Adherencia tratamiento.</p>	<p><b>Recolección de datos:</b></p> <p>Se realizó mediante una ficha de recolección de datos, los cuales fueron registrados en una base de datos virtual utilizando el programa Microsoft Excel 2017.</p> <p><b>Técnicas de procesamiento y análisis de datos:</b></p> <p>Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo para determinar frecuencias de cada una de las variables, luego se aplicó la prueba de chi cuadrado y finalmente se hicieron los cálculos del OR con intervalos de confianza al 95% para determinar la relación entre las variables independientes y la variable dependiente. En todo momento se consideró <math>p &lt; 0.05</math> como significativamente estadístico.</p>

## ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	<b>CONDUCTA SUICIDA</b>
<b>TIPO</b>	Dependiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Politémica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Amenaza / gesto / intento / frustró
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Psicológica
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar el número de pacientes que conformarán la muestra del estudio.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Acción mediante la cual el individuo se causa una lesión con la intención real o aparente de morir

	<b>EDAD</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cuantitativa - discreta
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	De razón
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Número de años
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Biológica
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar el grupo etario de pacientes con conductas suicidas.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Es la duración del tiempo de existencia de una persona.

	<b>SEXO</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Masculino / femenino
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Biológica
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué género tienen los pacientes con conducta suicida.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.

	<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Politómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Soltero / casado / viudo / divorciado
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Social
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar el estado civil de los pacientes con conducta suicida.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

	<b>HISTORIA FAMILIAR DE CONDUCTA SUICIDA</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Sí / No
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Psicológica
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué pacientes con conducta suicida tienen algún antecedente familiar de la misma.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Se define como la presencia de al menos un familiar con conducta suicida entre la historia familiar del paciente.

	<b>CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS Y/O ILÍCITAS</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Sí / No
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Psicológica
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué pacientes con conducta suicida consumen algún tipo de droga.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Se define como un consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no se encuentra relacionado con una práctica médica aceptable ni se encuentra relacionado a ella.

	<b>ABUSO FÍSICO</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Sí / No
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Física
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué pacientes con conductas suicidas han sido víctimas de abuso físico.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Se define como cualquier contacto intencional y no deseado con el cuerpo o con algo cercano al mismo con intención de causar daño.

	<b>ABUSO SEXUAL</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Sí / No
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Física
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué pacientes con conductas suicidas han sido víctimas de abuso sexual.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Se define como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de alguno de ellos.

	<b>ABUSO PSICOLÓGICO</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Sí / No
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Psicológico
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué pacientes con conductas suicidas han sido víctimas de abuso sexual.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Forma de maltrato mediante el que una persona somete a otra a humillaciones, burlas, ofensas y palabras hirientes.

	<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>
<b>TIPO</b>	Independiente
<b>NATURALEZA</b>	Cualitativa- Dicotómica
<b>ESCALA DE MEDICION</b>	Nominal
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Sí / No
<b>INSTRUMENTO</b>	Hoja de recolección de datos
<b>DIMENSION</b>	Psicológica
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	Esta variable nos va a indicar qué pacientes con conductas suicidas han cumplido el tratamiento instaurado.
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	Se define como el cumplimiento del tratamiento instaurado; es decir, cumplir la indicación médica de acuerdo con la dosificación prescrita y a lo largo del tiempo indicado.

### ANEXO 3: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre \_\_\_\_\_ HC \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )

Conducta suicida: Sí ( ) No ( )

Tipo de conducta suicida:

Amenaza ( ) Gesto ( ) Intento ( ) Frustró ( )

Conducta suicida previa:

Sí ( ) No ( )

Antecedente familiar de conducta suicida:

Sí ( ) No ( )

Actualmente sufre de algún tipo de abuso: Sí ( ) No ( )

– Psicológico: Sí ( ) No ( )

Frecuencia del abuso: Una ocasión ( ) Múltiples ocasiones ( )

– Físico: Sí ( ) No ( )

Frecuencia del abuso: Una ocasión ( ) Múltiples ocasiones ( )

– Sexual: Sí ( ) No ( )

Frecuencia del abuso: Una ocasión ( ) Múltiples ocasiones ( )

Consumo de drogas: Sí ( ) No ( )

Adherencia al tratamiento: Sí ( ) No ( )

## **ANEXOS B**

## ANEXO 4: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero  
Oficina de Grados y Títulos

---

### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II CONFRATERNIDAD DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL 2017**", que presenta la Srta **Selene Ybañez Villacorta** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Milko Yamil Quispe Cisneros  
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 07 de Mayo del 2018

## ANEXO 5: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR



### UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huanán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres humanos para una cultura de paz

#### Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Selene Ybañez Villacorta, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

HOSPITAL "HERNANDO VALENTÍN" 1065

DR. MILKO YAMIL QUISPE CISNEROS  
MÉDICO PEDIATRA  
C.R. 2066 - 1942 - 2016

Milko Yamil Quispe Cisneros  
ASESOR

Surco, 23 de enero del 2018

## ANEXO 6: OFICIO DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

L.R. UNCLAMEN TO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDUC/D

**Facultad de Medicina Humana**  
Manuel Huaman Guerrero

Oficio N° 1517-2018-FMH-D

Lima, 10 de mayo de 2018

Señorita  
**SELENE YBAÑEZ VILLACORTA**  
Presente -

**ASUNTO: Aprobación de Proyecto de Tesis**

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el proyecto de tesis título: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II CONFRATERNIDAD DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2017", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha lunes 10 de mayo de 2018.

Por lo tanto, queda usted, expedito a fin de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



  
**Mg. Hilda Jurupe Chico**  
Secretaría Académica

HJCH/d.

c.c.: Oficina de Grados y Títulos

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000  
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú | Anexo: 6010  
Email: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina | Telefón: 708-0106

## ANEXO 7: DOCUMENTO DE APROBACIÓN DE SEDE HOSPITALARIA

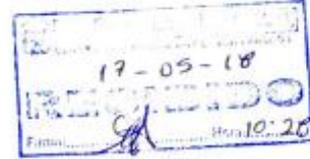


Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima Norte

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

MEMORANDO N° 1113 -2018- MINSA/DIRIS.LN/6



A : **Mc. Judith Cachay Silva**  
Médico Jefe del CMI Juan Pablo II

Asunto : Presentación de Bachiller en Medicina que realizara su trabajo de investigación para Tesis

Referencia : Expediente: 7333 - 2018

Fecha : Independencia, **16 MAYO 2018**

Previo cordial saludo, presento en vía de regularización a la Bachiller en Medicina de la Universidad Ricardo Palma: Selene Ybañez Villacorta, quien desarrollará la Tesis sobre "Factores de riesgo asociado a la conducta suicida en pacientes con depresión del servicio de Psiquiatría del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, durante el periodo Enero - Diciembre del 2017".

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE  
DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SALUDARIA  
  
Dra. Lily Gianina Reyes Soria  
CMR 25717  
DIRECTORA EJECUTIVA

LGRS/MHC/mcb

c.c.  
Archivo (2)

[www.dirislimanorte.gob.pe](http://www.dirislimanorte.gob.pe)

Calle A Mz. 02 Lt. 03  
Asoc. Víctor Raúl Haya de la Torre,  
Independencia, Lima 28, Peru. Telef.  
2011340 -134-135.

## ANEXO 8: ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos

---

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II CONFRATERNIDAD DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017”, que presenta la Señorita SELENE YBAÑEZ VILLACORTA para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
PRESIDENTE

Dr. Luis Cano Cárdenas  
MIEMBRO

Dra. María Loo Valverde  
MIEMBRO

Director de TESIS

Asesor de Tesis

Lima, 15 de mayo del 2018

## ANEXO 9: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

### Factores de riesgo asociados a conducta suicida

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE  
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="http://dide.minedu.gob.pe">dide.minedu.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://adolescenciaantisocial.blogspot.com">adolescenciaantisocial.blogspot.com</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://google.redalyc.org">google.redalyc.org</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://www.itg-salud.com">www.itg-salud.com</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://cybertesis.urp.edu.pe">cybertesis.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
11	<a href="http://www.fundacion-salto.org">www.fundacion-salto.org</a> Fuente de Internet	1%
12	<a href="http://www.buenastareas.com">www.buenastareas.com</a> Fuente de Internet	1%