

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencias Médicas – Managua



Tesis para optar al título de Especialista en Psiquiatría

**Factores de riesgo en pacientes con intento suicida ingresados en el
Hospital Psicosocial Abril 2017 - Diciembre 2018.**

Autor:

Dr. Rafael Ernesto García Ruiz.

Tutora:

Dra. María Esther Paiz Seller.
Psiquiatra y Toxicóloga Clínica.

Managua, 04 de Marzo del 2019.

Dedicatoria.

En primer lugar le dedico este trabajo de investigación a Dios, por haberme permitido llegar hasta donde me encuentro, él es bueno y en todo momento. Gracias Dios por haberme dado esta oportunidad.

En segundo lugar al eterno comandante, Fidel Castro Ruz. Por haber depositado su confianza en el pueblo latinoamericano al crear la Escuela Latinoamericana de Medicina, destinada a materializar los sueños e ideales de los jóvenes pertenecientes al gremio poblacional más desfavorecido. Gracias comandante en nombre de todos los estudiantes de la ELAM, que por tu ayuda somos médicos del pueblo y para el pueblo. Gracias por enseñarnos que hay una batalla de ideas, y que las ideas no se matan.

En tercer lugar y no siendo menos importante, a la Dra. Sterling Mariana Arróliga Selva por ser una mentora y formadora de mi quehacer diario. Al claustro de docentes de la Especialidad de Psiquiatría del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, por enseñarme que no es repitiendo como se logra tener un aprendizaje, si no comprendiendo lo que se hace. Gracias por instruirme en el arte del entendimiento del ser humano, y estar dispuestos a compartir sus conocimientos.

Agradecimiento.

A DIOS, por su eterno amor y bondad, el cual se manifiesta en todos los eventos de nuestra vida. Y por haberme dado la oportunidad de realizar la más humana de las especialidades médicas.

A mi familia por su apoyo constante en estos años de estudio intenso.

A la familia Selva por todo su apoyo y amor incondicional, demostrando que es más importante el dar que recibir.

A mi tutora Dra. María Esther Paiz Seller, incansable y ardua docente, por sus consejos durante estos años.

Resumen

Con el objetivo de establecer los factores de riesgo en paciente que ingresan en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial por intento suicida en el período de Abril 2017 a Diciembre 2018, se realizó un estudio descriptivo, correlacional y analítico. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas, y la clasificación de la escala de riesgo suicida de SAD PERSONS, con el fin de conocer el riesgo suicida en los pacientes. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, pruebas de Correlación Paramétrica de Pearson. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: El sexo femenino fue el de mayor predominio con un 74% , las edad más frecuente fue de 19 años con una frecuencia de 22 casos significando el 12% , presentaron estado civil acompañado en un 38.5%, el 38.5% eran católicos, el 55% estaban desempleados, el 62% habían realizado intento suicida previo, el 55% presentaban síntomas depresivos al ingreso, el 12% presentaron como factor desencadenante conflictos de pareja, el método más frecuente para realizar intento suicida fue la intoxicación farmacológica en un 46% de casos. La prueba de correlación de Pearson demostró una correlación significativa de: depresión ($p = 0.407$), psicosis ($p=0.252$), desempleo ($p=0.236$), con el riesgo suicida encontrado al momento del ingreso hospitalario. Durante la evaluación de un paciente que realiza intento suicida, se debe utilizar como algoritmo de síntesis de información la escala de evaluación suicida de SAD PERSONS, y considerar variables en nuestro contexto como el estado civil acompañado.

Índice

1. Introducción.....	3
2. Antecedentes.....	5
3. Justificación.....	8
4. Planteamiento del problema.....	9
5. Objetivos.....	10
6. Marco teórico.....	11
7. Hipótesis investigativa.....	27
8. Diseño metodológico.....	28
9. Resultados.....	39
10. Discusión de resultados	43
11. Conclusiones.....	48
12. Recomendaciones.....	49
13. Referencias bibliográficas.....	50

14. Anexos.....53

1. Introducción

A lo largo de la historia el suicidio ha estado presente en diferentes civilizaciones, el riesgo fue variando de una cultura a otra. Los galios justificaban el suicidio por la vejez, la muerte de un cónyuge, muerte del jefe, o por razones de salud. La vejez y la enfermedad también fue un factor de riesgo en los celtas hispánicos, los nórdicos y los vikingos. En nuestro continente el suicidio ha estado presente desde épocas muy remotas, los mayas se suicidaban en masas antes de ser sometidos ante sus opresores.

La conducta suicida se ha estado viendo como respuesta a situaciones que la persona considera abrumadoras, entre ellas: desempleo, separación de la pareja, consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas. Conforme se encuentran avanzando los estudios se ha podido ir observando que hay un aumento de intentos de suicidio en las personas menores de 20 años.

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio se ha convertido en uno de los principales problemas de salud con 1 millón de muertes anuales, esperando el incremento de cifras para el 2020 a 1.5 millones de víctimas. No solo está afectando a países desarrollados, también se ha visto un creciente aumento en los países en vías de desarrollo, en el 2012, el 75% de los suicidios de todo el mundo tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medianos, representando el 50% de muertes violentas registradas entre hombres, y 71% entre mujeres.

En este estudio se puede encontrar la variación en cuanto a método suicida, en el último estudio realizado en el Hospital Psicosocial por Martínez durante el año 2006, se encontró que el principal método suicida era el ahorcamiento, en este estudio se observa como la intoxicación farmacológica se ha situado en el lugar número uno de métodos suicidas. Así también se puede ir viendo la variación de factor de riesgo en el estado civil, encontrando que las personas acompañadas tienen mayor riesgo que lo esperado tradicionalmente en los solteros. El profesar una religión va dejando de ser un factor de protección, viendo un incremento de intentos suicidas en este grupo de la población.

Todo lo anterior genera un impacto a nivel institucional, rompiendo con los paradigmas esperados, haciendo evidente la interacción existente entre el ser humano y su contexto psicosocial, no pudiendo haber la variación de uno sin influir en el otro. Llamando a la actualización científica continúa de los principales problemas de salud que se encuentran en nuestra población.

La investigación se realizó en la Unidad de Intervención en Crisis del único Hospital Psiquiátrico del país (de referencia nacional) con un total de 179 casos ingresados en el período de estudio. El presente trabajo se auxilió del uso de la escala de SAD PERSONS por estar normada a nivel institucional durante la evaluación de los pacientes.

En el estudio realizado se encontraron factores que deben modificarse y tratarse desde el entorno comunitario, y a nivel institucional abordando aquellos en los que hay que hacer especial énfasis para el ingreso hospitalario por su asociación con el riesgo de cometer un intento suicida en nuestro medio.

Es un estudio de gran importancia en la comunidad científica nicaragüense, por el enfoque mixto que utiliza la fortaleza de indagaciones cualitativas y cuantitativas, con una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno en estudio, basado en la solución de problemas en la realidad, encaminado a romper los paradigmas sociocríticos de nuestro contexto psicosocial.

2. Antecedentes.

A nivel del contexto latinoamericano el país que presenta mayor tasa de suicidios es La República Oriental del Uruguay con resultados en el estudio realizado por Viscardi & Hor de 13.7% en el año 1994 (Viscardi & Hor, 1994). En estudios más recientes realizados por el Ministerio de Salud Pública se ha visto el aumento creciente de la tasa de suicidios siendo en el 2017 de 19.64%; predominio del sexo masculino y grupo etario de 70 años a más (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Por la vecindad que tenemos con Costa Rica vale la pena mencionar que ocupa el segundo lugar en la región centroamericana (Mortalidad por Suicidio en Las Américas, 2014). Según el estudio realizado en Costa Rica del año 2015 al 2016 (Sanabria & Espinoza, 2016): en el 2015 la tasa de suicidios era de 10.06%, siendo los principales métodos: el ahorcamiento, la intoxicación y el uso de armas de fuego; hubo descenso para el año 2016 a 8.96%, en cuanto al método el uso de armas de fuego paso a segundo lugar. El sexo que más intentos suicidas presentó fue el femenino. El rango promedio de edad fue de 21-30 años. Las fechas que más se relacionaron fueron las fechas festivas de acuerdo al calendario costarricense.

En Nicaragua se han realizados estudios como el de Jáenz en el Hospital Roberto Calderón G. de Managua 2005 (Jáenz, 2005) se pudo encontrar: el grupo de edad más afectado adultos jóvenes, sexo masculino, de procedencia urbana, con escolaridad primaria, de ocupación estudiantes, solteros y sin hijos. Prefiriendo los fines de semana, los meses de abril y noviembre, así como las horas de la tarde y su domicilio para realizar el intento de suicidio. Según los factores asociados al intento se encontraron presentes principalmente los conflictos de familia y la depresión, además el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas y antecedente de intento de suicida y desempleo. Al momento de la lesión la mayoría ingirió alcohol y el método más utilizado fue el envenenamiento por Fosforo de Aluminio (fosfinas) y además la sobredosis medicamentosa.

García continuo un estudio realizado en el Hospital Victoria Motta del Municipio de Jinotega del año 2003-2005 (Aguírriz, 2005), y publicó en el año 2008 que los principales

factores riesgo asociados al intento de suicidio que presentaron significancia estadística fueron: ser soltero, no tener hijos, el tener antecedentes negativos en la vida, uso de drogas ilegales, antecedentes suicidas en la familia, sufrir de enfermedades crónicas y el consumo de alcohol (García, 2008).

En el año 2014 en cuatro departamentos de Nicaragua Vásquez Muñoz realizó un estudio sobre el perfil epidemiológico en Nicaragua (Vásquez Muñoz, 2014). El grupo de edad más afectado por el suicidio es aquel en edad reproductiva y productiva, hombres, con escolaridad primaria, acompañados, casados y solteros, prefiriendo el inicio y final de la semana: lunes y jueves, a media tarde, siendo los meses más frecuentes mayo y diciembre, así como realizar dicho intento en su casa y procedentes del área urbana. El método más común fue el envenenamiento por productos químicos, plaguicidas y el ahorcamiento.

En el Boletín informativo para Nicaragua de la Organización Panamericana de la Salud, se publicó en el 2015 un análisis desde 1997 al 2012 (Cajina, 2015), donde encontramos proporcionalmente, de cada 100 defunciones registradas en el país, 2 son por lesiones auto infligidas intencionalmente. Cabe señalar que de cada 10 defunciones por suicidios, 8 son del ámbito urbano y 2 del rural .El 64% de los suicidios en el país, se concentran en cinco SILAIS, siendo el más afectado Managua con un 26%, de ellos 93.5% con residencia urbana, y 77.1% pertenecientes al sexo masculino (Cajina, 2015).

Por grupo de edades de 10 a 14 años 2.71; de 50 a 54 años 5.52 (en 2011) por 100,000 habitantes. De acuerdo a nivel educativo: 37% universitario. Estado civil: casado el 63.5%. La interacción entre la edad, sexo y el estado civil de los individuos resultó significativa. Los hombres jóvenes y solteros de 15 a 34 años presentaron el riesgo menos elevado de suicidio (1.6%) mientras que en este mismo grupo de edad y con estado civil acompañado este riesgo sube a 68.3% (Cajina, 2015).

De los casos de suicidios en donde se empleó el método por Intoxicación, se identifica que el 98.94% fue por las siguientes causas: 55.20% por uso de plaguicidas, 40.17% por otros productos químicos, 2.96% por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas y 0.61% por drogas antiepilépticas; sedantes; hipnóticas; antiparkinsonianas y

psicotrópicas. El método de Arma de Fuego, es de mayor uso conforme aumenta la edad de la persona, de 4.1% en edad de 15 a 34 años, pasa a 9.7% en grupo de edad de 50 años y más (Cajina, 2015).

Desde el año 2006 se realizó el último estudio sobre factores de riesgo suicida en el Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle (Martínez, 2006) donde se encontró: que de los intentos suicidas admitidos en el Hospital psiquiátrico de Nicaragua el 51.5% fueron mujeres con predominio de los grupos etarios entre 15-24 años, siendo la mayoría del área urbana. El nivel escolar más afectado fue la secundaria con un 42.6% para ambos sexos, según la ocupación el 28.9% del total de los intentos suicidas estaban empleados y el 23.6% desempleados. El 22.1% no tenían ninguna religión, y según el estado civil el 42.2% eran solteras y el método más utilizado fue el ahorcamiento con el 20.9% y el 59.9% de los intentos suicidas expresaron haber tenido algún contacto previo con algunas unidades de salud. De acuerdo a la escala SIS el 23.3% de los varones y el 48.5% de las mujeres hizo un intento suicida severo. También se encontró que el 37.9% estaban bajo el efecto del alcohol cuando intentaron suicidarse y el 9.4% bajo efecto de otras sustancias psicoactivas.

3. Justificación

Conveniencia: el último trabajo científico de este tipo realizado en el Hospital Psicosocial fue en el año 2006, a nivel mundial cada 40 segundos se produce 1 suicidio y 20 intentos. La utilidad de este trabajo está dada por la actualización institucional de uno de los principales motivos de ingreso en el Hospital Psicosocial.

Relevancia social: este trabajo tiene un impacto sobre la sociedad nicaragüense, las autoridades nacionales e internacionales y el personal de salud, mediante la actualización de los factores de riesgo suicida que actualmente la están afectando. Con el beneficio de mejorar el sistema nacional de salud con políticas encaminadas a la atención de calidad en salud mental. Esto es aplicable a nivel institucional donde el uso de algoritmos de riesgo permitirá un mejor abordaje terapéutico.

Implicaciones Prácticas: para el año 2020, la Organización Mundial de la Salud pronostica el incremento de intentos suicidas a 1.5 millones. El presente trabajo servirá para evitar que el incremento de esta tasa sea muy drástico para Nicaragua, con la realización de planes de prevención basados en información actualizada. Retomando que el mayor porcentaje de pacientes que se suicidan, se encuentran en grupos etarios socialmente activos, si no logramos reducir el impacto social esperado el deceso de estas personas será uno de los factores que aumente la pobreza en el país.

Valor Teórico: mediante el contraste de los factores de riesgo que se conocen con los nuevos, se explicaran los fenómenos actuales que se presentan. En el constructo suicida los factores pueden cambiar en dependencia del entorno psicosocial del individuo.

Utilidad Metodológica: este trabajo es de tipo enfoque mixto basado en la solución de problemas en la realidad, y de integración sistémica de métodos cualitativos y cuantitativos de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). No contando en el Hospital Psicosocial con investigaciones de este tipo.

4. Planteamiento del Problema

Entendemos como factor de riesgo suicida, la probabilidad que tiene una persona de cometer un intento suicida. En los últimos años se ha visto un aumento del porcentaje de personas que realizan un intento suicida en países en vías de desarrollo repercutiendo en el avance económico. Se realiza el estudio en la Unidad de Intervención en Crisis por ser uno de los principales servicios de referencia nacional con un promedio de 108 pacientes ingresados anualmente con diagnóstico de intento suicida.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuáles son los factores de Riesgo Suicida en pacientes que ingresan en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial por intento suicida en el período de Abril 2017 a Diciembre 2018?

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y datos de ingreso de los pacientes que son ingresados a la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial?

¿Cuál es el riesgo suicida encontrado al momento del ingreso por medio de la utilización de la escala de evaluación suicida de SAD PERSONS?

¿Existe correlación entre las características sociodemográficas con el riesgo suicida de los pacientes en estudio?

5. Objetivos

Objetivo General

Establecer los factores de Riesgo en pacientes que ingresan en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial por intento suicida en el período de abril 2017 a diciembre 2018.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y datos de ingreso de los pacientes que son ingresados a la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial.
2. Especificar y categorizar el riesgo suicida encontrado al momento del ingreso por medio de la utilización de la escala de evaluación suicida de SAD PERSONS.
3. Correlacionar las características sociodemográficas con el riesgo suicida de los pacientes en estudio.

6. Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud ha definido el intento de suicidio como un acto sin resultados fatales , en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual , que sin la intervención de otros podría causar autolesiones , o una sobre ingesta deliberada de medicación prescrita, o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el propósito que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto , a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas (Mortalidad por Suicidio en Las Américas, 2014).

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer el suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción (EC & Barraclough, 1997).

La conducta suicida incluye no solamente el suicidio , sino el intento suicida que generalmente se entiende de dos maneras , cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida y cuando fracasa su intento de darse muerte una vez realizado el acto. (Mojica CA, 2009).

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

El deseo de morir: Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su medio de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "no vale la pena vivir, me quiero morir", "para vivir de esta manera mejor estoy muerto".

Representación suicida: Está constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas: Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y pueden adoptar las siguientes formas de representación:

- ◆ Idea suicida sin un método específico: el sujeto tiene deseos de matarse, pero al preguntarle cómo lo hará lo desconoce.
- ◆ Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: el individuo expone su deseo de matarse y al preguntarle cómo lo hará, responde: "de cualquier forma, quemándome, ahorcándome, pegándome un balazo".
- ◆ Idea suicida con un método específico no planificado: en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero no ha ideado cuando lo va hacer, el preciso lugar, ni ha tenido en consideración las preocupaciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- ◆ El plan suicida o idea suicida planificada : el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal , un lugar donde lo realizará , el momento oportuno para no ser descubierto , los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

Amenaza suicida: consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible para impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

Gesto suicida: es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal el gesto incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

Intento suicida: es aquel acto sin resultados de muerte en el cual un individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo.

Suicidio frustrado: es aquel acto suicida que de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental: el realizado con un método del que se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También incluye los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles.

Suicidio intencional: es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, intento de suicidio, y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Suicidio consumado: La Organización Mundial de la Salud, define un acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y el conocimiento de sus motivos.

El suicidio consumado indirecto: también es conocido como suicidio pasivo. Pudiendo explicar cierto número de accidentes con resultados fatales, producto de actos temerarios y arriesgados como por ejemplo algunos accidentes de tráfico.

Intento suicida, también se ha denominado: parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es el acto en el cual el individuo se hace daño deliberadamente a sí mismo pero sin tener como resultado la muerte.

Ideación suicida: puede referirse desde pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse.

Se presta atención a la ideación suicida, como un indicador del riesgo de suicidio cuando es especialmente acentuado. La mayoría de sujetos que se suicidan o lo han intentado, avisan con anterioridad de forma de ideación suicida verbalizada.

Las tentativas de suicidio, entendiéndose por tal cualquier comportamiento autolesivo, son variadas en su motivación, letalidad y recurrencia. Entre los factores más importantes asociados al suicidio está la presencia de enfermedad mental, historia de suicidalidad familiar, eventos estresores significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego, etc.

Las causas psiquiátricas más corrientes de intento suicida son: depresión, trastornos de personalidad, esquizofrenia, y el abuso de sustancias.

Etiología.

Aspectos Neurobiológicos:

Marcadores biológicos: los investigadores y los clínicos han reconocido que cada vez más los marcadores biológicos pueden ayudar a identificar pacientes con riesgo de suicidio. Marcadores descritos hasta la actualidad:

Hay varios estudios que implican a la serotonina (5-HT) en suicidio. Pruebas iniciales señalan que hay niveles bajos del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de pacientes deprimidos, con un historial previo de intentos de suicidio.

La primera investigación del papel que juega la serotonina a nivel central en pacientes con conductas suicidas la realizó el Instituto Karolinska. Encontrando que en el paciente con depresión e intento de suicidio, la cantidad de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) era más bajo en aquellos pacientes depresivos que no intentaron suicidarse. Se propuso que los niveles del ácido 5-HIAA reducido en el LCR podrían vincularse con el comportamiento suicida.

Orquendo y col. (2003) evaluaron el funcionamiento de la serotonina cerebral mediante técnicas de captación de fludeoxiglucosa, en paciente deprimidos con intento de suicidio de alta letalidad, comparado con depresivos de intento de suicidio de baja letalidad. Encontraron que en el primer grupo existía una hipofunción de la corteza pre-frontal relacionada con un menor grado de impulsividad, mayor planeación de los intentos y mayor edad en el momento de cometer el acto suicida. Observaron también un mayor grado de unión del material radioactivo con los receptores 5-HT_{2A} que se relaciona con una mayor densidad de estos receptores en todas las áreas de Brodman en los cerebros de suicidas comparados con los no suicidas especialmente en el área 8. Otro hallazgo importante es la disminución de los receptores de serotonina a nivel plaquetario en los pacientes depresivos con intento de suicidio en comparación con los depresivos sin intento de suicidio.

Sin embargo señalar que el mayor número de 5-HT_{2A} en los suicidas puede ser secundario a cambios en otros sistemas, tales como anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumento de los niveles de cortisol los cuales se han observado en los pacientes con depresión y comportamiento suicida. La interacción entre el hipotálamo y

el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema serotoninérgico también se ha demostrado claramente. (Kaplan & Sadock, 1998).

Factores de riesgo de suicidio.

Son antecedentes o circunstancias críticas que durante un periodo de tiempo o antes del suicidio, proporcionan un ambiente determinado de tensión que influye directamente en el estado emocional de cualquier persona, impulsándola a la autodestrucción. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas. Además, generalmente existe una tasa aumentada de trastorno psiquiátrico, especialmente depresión, en personas con enfermedad física. La cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio.

La epilepsia se ha asociado con un aumento en el suicidio. Este incremento se atribuye al aumento en la impulsividad, la agresividad y la inhabilidad crónica asociadas con la epilepsia. Las lesiones en la médula espinal y el cerebro también aumentan el riesgo de suicidio. Estudios recientes han mostrado que después de una enfermedad cerebrovascular – particularmente en presencia de lesiones posteriores, las cuales causan mayor inhabilidad y deterioro físico – 19% de los pacientes se deprimen y presentan tendencias suicidas.

El riesgo de suicidio es más alto al momento del diagnóstico y en los primeros dos años de la enfermedad terminal, con un aumento del riesgo en los casos de malignidad progresiva. El dolor es un factor que contribuye significativamente al suicidio.

La infección por VIH y el SIDA representan un riesgo aumentado de suicidio en los jóvenes, con altas tasas de suicidio. El riesgo es mayor al momento de la confirmación del diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad. Los usuarios de drogas intravenosas están en mayor riesgo aún.

Otras condiciones médicas crónicas tales como enfermedades renales, hepáticas, óseas y articulares, cardiovasculares y trastornos gastrointestinales están implicados en el suicidio. Las inhabilidades para moverse, ver u oír pueden precipitar el suicidio. En años

recientes, la eutanasia y el suicidio asistido se han convertido en problemas que pueden confrontar los médicos. La eutanasia activa es ilegal en casi todas las jurisdicciones y el suicidio asistido está atrapado en controversias morales, éticas y filosóficas. (Krug, Dahlierg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Trastornos mentales.

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

Trastornos afectivos: los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. En el meta-análisis de EC & Barraclough (1997), se obtiene como resultado que: "la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12". El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción. Clásicamente, por los trabajos de Guze y Robins (Robins E & Guze, 1970), y Goodwin y Jamison (Goodwin & Jamison, 1970), se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. Posteriormente, se han cuestionado estas proporciones, considerándose excesivas.

Esquizofrenia: en este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. En el estudio de Harris y Barraclough (EC & Barraclough, 1997), encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general. Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad. Otro aspecto a tener

en cuenta es el uso de los neurolépticos. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, sobre todo por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. Sin embargo, otro estudio con antipsicóticos atípicos demuestra que pueden reducir el riesgo de suicidio.

Trastorno de ansiedad: casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado. Isometsa confirman esta teoría (Isometsa, 2001). En el estudio de Harris y Barraclough (EC & Barraclough, 1997), aumenta entre 6-10 veces, según los distintos trastornos de ansiedad (ansiedad neurótica, TOC, o trastorno de pánico). No obstante, hay estudios en los que no se detecta un aumento significativo del riesgo de suicidio.

El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según Harris y Barraclough (EC & Barraclough, 1997), tienen 6 veces más riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos.

Trastornos de personalidad: los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental. En la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos del Eje I, como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (border-line,

antisocial, narcisista, histriónica). En el estudio de Harris y Barraclough (EC & Barraclough, 1997), los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio.

Conducta suicida previa: la prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9 %. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de Harris y Barraclough (EC & Barraclough, 1997), encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. Sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62 frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

Trastornos adaptativos: son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. En el estudio de Harris y Barraclough (EC & Barraclough, 1997), se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general. (Kaplan & Sadock, 1998).

El suicidio y los factores sociodemográficos.

El suicidio es un acto individual; ocurre en el contexto de una sociedad dada y ciertos factores sociodemográficos se asocian con él.

Sexo: en la mayoría de los países, más varones que mujeres cometen suicidio; la proporción varón/mujer varía de acuerdo con el país. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculinos en áreas urbanas. En el estudio WHO/EURO, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados. Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas). Las mujeres suelen realizar sobreingesta de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.

Edad: los grupos con edades mayores (por encima de 65 años) y menores (15-30 años) sufren un aumento en el riesgo de suicidio. Datos recientes sugieren un aumento en las tasas de suicidio en varones de edad mediana. Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad. Según el WHO/EURO, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

Estado civil: las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres. La separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo de suicidio.

Ocupación: ciertos grupos ocupacionales tales como cirujanos veterinarios, farmaceutas, dentistas, granjeros y practicantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación obvia para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones.

Desempleo: existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos

del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. A nivel de cualquier tasa se debe considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempos: un mayor riesgo se asocia con el primero.

Migración: la migración – con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas – aumenta el riesgo de suicidio.

Otros Ciertos factores sociales, tales como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio. (Sanchez, Orejarena, & Guzman, 2004).

Valoración del riesgo suicida.

La valoración del riesgo de suicidio es una de las competencias principales de los psiquiatras, que es de desear que se adquiriera como parte de su formación (Isometsa, 2001). El propósito de la valoración del riesgo de suicidio es identificar factores de riesgo modificables y tratables, así como factores protectores que proporcionen información sobre el tratamiento del paciente y sobre el manejo y las necesidades de seguridad.

No existe un estándar asistencial para predecir el suicidio (E, López- Nieto, & Martínez-Monroy, 2004). Los intentos de predicción de las personas que cometerán un suicidio generan predicciones falsas positiva y falsas negativas (Angst J, Angst F, Stassen Hh. Suicide Risk In Patients With Mayor Depressive Disorder.1999).

Las escalas de suicidio estructuradas o semiestructuradas pueden servir de complemento pero no son sustitutos de una valoración sistemática del riesgo de suicidio (American Psychiatric Association, 2003). Se observó que los instrumentos de detección semiestructurados mejoraban las valoraciones clínicas de rutina en la documentación y la detección de las conductas suicidas a lo largo de la vida (Lindqvist D, Nimeus A, Traskman-Bendz L. 2007).

Escalas de valoración de riesgo suicida.

Scale for Suicide Ideation (SSI):

Cuantifica el grado de planeación de un intento suicida evaluando dimensiones de pensamientos autodestructivos. Se compone de 19 ítems que se califican de 0 a 2, donde 0 corresponde a de moderado a fuerte, 1 a débil y 2 a ninguno. Se evalúan tres factores: deseo suicida activo, deseo suicida pasivo y preparación del acto suicida. La escala se llena con base en las respuestas obtenidas en una entrevista semiestructurada.

Tiene una consistencia interna fuerte dada por un α de Cronbach=0.89 y buena confiabilidad interevaluador —coeficiente de confiabilidad interevaluador=0.85— (7,25). La validez de criterio concurrente se estableció con los ítems de autodaño de la Beck Depression Inventory (BDI) con una correlación de 0.41, los autores explican esta pobre correlación por el registro limitado de los ítems de autodaño de la BDI (7). La validez de constructo se estableció con la Beck Hopelessness Scale (BHS) ($r=0.47$, $p<0.01$) y la BDI ($r=0.39$, $p<0.01$) de manera que la depresión y la desesperanza se relacionaron positivamente con la ideación suicida actual. Este hallazgo se confirma con la Escala de depresión de Zung, en la que los pacientes con mayores puntajes tenían un puntaje alto en la Suicide Scale Ideation (SSI). Wetzel también trabajó en la validez de constructo y encontró que pacientes con puntajes mayores en la SSI tenían conceptos menos favorables de 'vida', 'yo' y 'suicidio'; además, halló que la desesperanza era un mejor predictor de riesgo suicida que la depresión como tal.

La "validez predictiva" es menor que otras medidas ya que solo el ítem de desesperanza, y no el puntaje total de la escala, se relaciona con la ocurrencia de suicidio en los diez años posteriores. Respecto a la sensibilidad al cambio, se correlacionaron los cambios en los puntajes una semana previo al egreso hospitalario y al final del tratamiento con la BDI y la BHS en 19 pacientes, encontrando que los cambios en los puntajes se correlacionaban en 0.65 ($p<0.04$) en la primera escala y en 0.57 ($p<0.01$) en la segunda. Se ha usado ampliamente y es un instrumento válido y confiable que requiere ser aplicado por un clínico entrenado.

Self-Rated Scale For Suicide Ideation (SR-SSI):

Es una traducción exacta de la escala descrita, tiene 19 ítems y se califica igual. Puede llenarse con lápiz y papel o en computador. Para la escrita se encontró una validez concurrente buena con la SSI, aplicada por psiquiatría, dada por un coeficiente de Pearson de 0.9 ($p < 0.001$) y la confiabilidad medida por un α Cronbach de 0.93; la versión computarizada tiene un coeficiente de Pearson de 0.9-0.94 con la SSI. También se calculó el coeficiente de Pearson con el ítem 9 que evalúa ideación suicida de la BDI y se obtuvo 0.58-0.69. Tiene muy buena consistencia interna (α Cronbach=0.96) y los puntajes obtenidos por medio de esta versión fueron superiores a los obtenidos por la entrevista psiquiátrica.

En la validez de constructo se compararon las versiones computarizadas de BDI y BHS. Sin embargo, la correlación entre ítems y el total es de moderada a alta: 0.56-0.92. Esta escala permite discriminar quiénes realizan y no realizan intentos de suicidio y tiene buena validez predictiva a corto plazo.

Modified Scale For Suicide Ideation (MSSI):

Tiene el propósito de ser un instrumento que se pueda aplicar por personal diferente al psiquiatra. Las modificaciones respecto a la original consisten en: añadir preguntas rápidas, agregar preguntas adicionales relacionadas con ideas suicidas, modificar la puntuación, establecer una secuencia para la aplicación de la escala y el desarrollo de los ítems de tamizaje que al inicio de la escala se califiquen y permitan aplicarse de una forma costo efectiva. Está aprobada para adultos y adolescentes, tiene 18 ítems que se califican de 0 a 3 y evalúa tres factores: deseo suicida, preparación para el intento y capacidad percibida para realizar el intento.

A continuación se describen las propiedades psicométricas de la parte inicial de la escala que hace un tamizaje del riesgo suicida. Tiene una consistencia interna alta (α de Cronbach=0.86), la correlación ítem total va de 0.57-0.79, tiene una confiabilidad interevaluador alta dada por un coeficiente intraclass de 0.86-1. Estos tres parámetros tienen valores aceptables y muestran que si la condición a medir se mantiene estable los resultados de la evaluación son similares en diferentes momentos y por diferentes evaluadores. Por otra parte, la validez se midió comparando el puntaje con la evaluación

clínica y se obtuvieron buenos resultados ya que hubo un 73% de acuerdo entre la calificación, el puntaje y una pregunta realizada a los psiquiatras relacionada con la ideación suicida en las últimas 48 horas, hubo una tasa de 21% de falsos positivos y de 6% de falsos negativos. Aunque la última es alta, este error es aceptable al no tener implicaciones negativas más allá de la administración completa de la escala, ya que si el tamizaje es positivo se sugiere administrar el instrumento completo.

Sobre sus propiedades psicométricas, también tiene alta consistencia interna (α de Cronbach=0.87-0.94) y la correlación ítem total fue 0.41-0.83. La confiabilidad interevaluador, entre entrevistador original y el que califica con base en registro de audio, es alta (coeficiente intraclass=0.5-1) y la correlación entre puntajes es de 0.99. La validez concurrente se midió correlacionando, con la evaluación clínica, los ítems de suicidio de BDI y Modified Hamilton Rating Scale for Depression (MHRSD), el puntaje total de MSSI se correlacionó significativamente con los ítem de suicidio de la BDI ($r=0.60$) y MHRSD ($r=0.34$). Se ha visto una correlación alta con puntaje total de BDI ($r=0.34$) y BHS ($r=0.42$). Además, la correlación con el puntaje de SSI fue 0.74 ($n=77$, $p<0.0001$).

Plutchik Suicide Risk Scale:

Instrumento autoaplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Se encarga de evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos.

Es fácil y rápido de administrar —1-2 minutos—, distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas; tiene una confiabilidad buena (α de Cronbach=0.84). Los autores proponen un punto de corte de 8 puntos con una sensibilidad y especificidad de 68%.

La validación de la versión española redujo la escala a 15 ítems y propuso un punto de corte de 6 con una sensibilidad y especificidad de 88% para distinguir entre controles y pacientes con intento de suicidio. La confiabilidad en la validación española fue mayor con un α de Cronbach=0.90 y la confiabilidad test-retest en 72 horas de 0.89. Hubo correlación estadísticamente significativa positiva con la Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait, mientras que la correlación fue

negativa con la Escala de Autoestima de Rosenberg, con una $p < 0.01$ para las tres escalas.

El análisis factorial muestra cuatro factores significativos: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales.

Suicide Assessment Scale (SUAS):

Se construyó para medir el riesgo de suicidio en el tiempo. Se compone de 20 ítems que se califican de 0 a 4 con base en una entrevista semiestructurada y tarda de 20 a 30 minutos. Al establecer el riesgo suicida tiene la ventaja de evaluar los dominios afecto, estado corporal, control y afrontamiento, reactividad emocional, pensamientos y comportamientos suicidas, a diferencia de otros instrumentos que solo evalúan un dominio.

Modified Suicide Assessment Scale y Suicide Assessment Scale Self Rated (SUAS-S):

Compuestas por 20 ítems, cada uno está calificado en términos de gravedad de 0 a 4 puntos y se agrupan en cinco áreas: afecto, estado físico, autocontrol, reactividad emocional, pensamientos suicidas y comportamiento. La SUAS fue modificada por Niméus et al. Al añadir puntajes a cada ítem. El objetivo fue hacer los puntajes menos dependientes de la experticia del examinador, comparado con escalas que no usan puntajes definidos en donde esta debe ser alta.

Suicide Intent Scale (SIS):

Busca medir el deseo de morir y la expectativa de que la muerte resulte del intento. Está conformada por 15 ítems que se califican de 0 a 2. La primera parte se compone de ocho ítems que miden las circunstancias del intento, es decir, los hechos objetivos. Los siete ítems siguientes evalúan las expectativas y percepciones relacionadas con el intento, la parte subjetiva.

Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ):

Es una modificación del Suicidal Ideation Questionnaire dirigido a adolescentes, evalúa ideación suicida y es auto aplicado. Se compone de 25 ítems que se califican de 0 a 7,

de acuerdo con la frecuencia de aparición de las cogniciones referidas. Sus dominios son suicidio como retribución de los otros; como una forma de que los demás se percaten del valor de la persona, pensamientos de que a nadie le interesa que la persona viva, y como una forma de solucionar los problemas.

SAD PERSONS Scale:

Utiliza un acrónimo en inglés para evaluar las siguientes condiciones que aumentan el riesgo de suicidio: género, edad, depresión, intento previo, uso de alcohol, alteración del juicio de realidad, falta de red de apoyo, plan estructurado, no conyugue y enfermedad. Se puntúan en uno si están presentes y de acuerdo al puntaje total se define la conducta.

Escala SAD PERSONS

(Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics).

La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser complementados por el profesional durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

S: Sexo masculino.

A: Edad (Age) < 20 o >45 años.

D: Depresión.

P: Tentativa suicida previa.

E: Abuso de alcohol.

R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).

S: Carencia de apoyo social.

O: Plan organizado de suicidio.

N. No pareja o cónyuge.

S: Enfermedad somática.

Puntuación - Valoración

Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente; lo que se traduce la puntuación final a:

Menor o igual a 2 puntos: bajo riesgo.

De 3 a 6 puntos: riesgo intermedio.

De 7 a más puntos: riesgo alto.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida.

Métodos más utilizados:

Los métodos empleados en las conductas suicidas, se han modificado con el paso del tiempo; en Inglaterra en los años 70 los jóvenes preferían intoxicarse y para el año de 1980 el método preferido era el ahorcamiento, este método es el más frecuente en la actualidad y es causante de cerca del 50 % de la totalidad de suicidios en la mayoría de los países (Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T, 2001).

Otros métodos frecuentemente empleados, son la ingestión de fármacos y las heridas por arma de fuego. Este último varía de acuerdo al sexo; es raro verlo en las mujeres, por el poco acceso que tienen a las armas de fuego, y en cambio es muy utilizado por militares y celadores varones (Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, 2004). En intentos de suicidio el método más utilizado tanto en hombres como en mujeres, es la ingesta de fármacos (Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP, 2004).

7. Hipótesis investigativa

El sexo femenino asociado a estar soltera y trabajar, es el principal factor de riesgo suicida de los pacientes que ingresan en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial.

8. Diseño Metodológico

8.1 Tipo de estudio:

El presente estudio según su diseño metodológico es observacional, según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es *descriptivo* (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista, 2014, el tipo de estudio es *correlacional*. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal, y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

En cuanto al enfoque filosófico, por el uso de los instrumentos de recolección de la información, análisis y vinculación de datos, el presente estudio se fundamenta en la integración sistémica de los métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación, por tanto, se realiza mediante un Enfoque Filosófico de Investigación Mixto.

8.2 Área de estudio:

Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle, la cual es un área de hospitalización de corta estancia ubicada en el sector norte del hospital y que tiene 10 camas censables. En dicha área el paciente cuenta con el acompañamiento permanente de familiares.

8.3 Universo:

Pacientes ingresados a la UIC con el diagnóstico de Intento Suicida entre el período comprendido de abril 2017 y a diciembre 2018. Calculando un promedio de 2 casos por semana, en 21 meses; se trabajará con un universo esperado de 168 pacientes.

Muestra:

Usando la fórmula de poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio, tipo probabilístico:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

(Munch Galindo, 1996)

n= 84

Con un nivel de precisión del 3%, proporción esperada del 7% y un nivel de seguridad del 93%.

El total de datos procesados correspondieron a 179 casos que garantizan la variabilidad y representatividad de los resultados.

Criterios de inclusión:

1. Ingresar con el diagnóstico de Intento Suicida a la UIC en el período de estudio; dicho diagnóstico plasmado en la hoja de emergencia o historia clínica del adulto en el momento de su hospitalización.
2. Edad \geq 16 años.

Criterios de exclusión:

1. Niños y adolescentes (<16 años).
2. Las ideaciones suicidas sin tentativa.
3. Intentos suicidas que rechacen su ingreso a la unidad de intervención en crisis.
4. Pacientes procedentes del extranjero.

8.4 Definición y Operacionalización de variables (MOVI):

Variables por objetivos:

1. Describir las características sociodemográficas y datos de ingreso de los pacientes que son ingresados a la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial.

- Edad.
- Sexo.
- Religión.
- Estado civil.
- Desempleo.
- Intentos suicidas previos.
- Enfermedades médicas crónicas previas.
- Enfermedades mentales previamente diagnosticadas.
- Depresión.
- Uso de alcohol.
- Uso de otras sustancias psicoactivas.
- Psicosis.
- Historial familiar de suicidio.
- Estrés vital.
- Déficit cognitivo.
- Apoyo social.
- Plan suicida organizado.
- Método utilizado.
- Aislamiento al momento de cometer la tentativa.
- Día de la semana en que realizó la tentativa.
- Hora del día en la que realizó la tentativa.
- Precauciones contra la interrupción.
- Revelación de la tentativa cometida.
- Nota suicida.
- Grado de preparación.
- Letalidad estimada por el paciente.

- Reacción ante la sobrevida.
- Estuvo en riesgo real su vida.
- Requerimiento de intervenciones médicas/paramédicas para la sobrevida.
- Trasladado por Unidad de Salud.

2. Especificar y categorizar el riesgo suicida encontrado al momento del ingreso por medio de la utilización de la escala de evaluación suicida de SAD PERSONS.

- Valor de Escala SAD PERSONS.
- Riesgo suicida según SAD PERSONS.

3. Correlacionar las características sociodemográficas con el riesgo suicida de los pacientes en estudio.

Matriz de Operacionalización de variables (MOVI):

Objetivo General: Establecer los factores de Riesgo en pacientes que ingresan en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial por intento suicida en el período de abril 2017 a diciembre 2018.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa o Indicadores	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes
				Ficha Clínica
1. Describir las características sociodemográficas y datos de ingreso de los pacientes que son ingresados a la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial.	1. Características sociodemográficas y datos de ingreso	1.1 Características sociodemográfico	1.1.1. Edad.	X
			1.1.2. Sexo.	X
			1.1.3. Religión.	X
			1.1.4 Estado civil.	X
			1.1.5 Desempleo.	X
			1.1.6 Intentos suicidas previos.	X
			1.1.7 Enfermedades médicas crónicas previas.	X
			1.1.8 Enfermedades mentales previamente diagnosticadas.	X
			1.1.9 Depresión.	X

			1.9.10 Uso de alcohol.	X
			1.9.11 Uso de otras sustancias psicoactivas.	X
			1.1.12 Psicosis.	X
			1.1.13 Historial familiar de suicidio.	X
			1.1.14 Estrés vital.	X
			1.1.15 Déficit cognitivo.	X
			1.1.16 Apoyo social.	X
			1.1.17 Plan suicida organizado	X
		1.2 Datos de ingreso	1.2.1 Método utilizado.	X
			1.2.2 Aislamiento al momento de cometer la tentativa.	X
			1.2.3 Día de la semana en que realizó la tentativa.	X

			1.2.4 Hora del día en la que realizó la tentativa	X
			1.2.5 Precauciones contra la interrupción.	X
			1.2.6 Revelación de la tentativa cometida.	X
			1.2.7 Nota suicida.	X
			1.2.8 Grado de preparación.	X
			1.2.9 Letalidad estimada por el paciente.	X
			1.2.10 Reacción ante la sobrevida.	X
			1.2.11 Estuvo en riesgo real su vida.	X
			1.2.12 Requerimiento de intervenciones médicas/paramédicas para la sobrevida.	X
			1.2.13 Traslado por Unidad de Salud.	X
			2.1.1. Valor de Escala SAD PERSONS, teniendo un valor de 1 punto cada variable considerada como riesgo. S- sexo. A- edad.	X

<p>2. Especificar y categorizar el riesgo suicida encontrado al momento del ingreso por medio de la utilización de la escala de evaluación suicida de SAD PERSONS.</p>	<p>2. Riesgo suicida de los pacientes ingresados a la UIC</p>	<p>2.1. Valor de la Escala SAD PERSONS</p> <p>2.2 Riesgo según SAD PERSONS</p>	<p>2.1.1. Valor de Escala SAD PERSONS, teniendo un valor de 1 punto cada variable considerada como riesgo.</p> <p>S- sexo. A- edad. D- depresión. P- intentos previos. E- etanol. R- raciocinio. S- soporte familiar. O- organización. N- soltero. S- síntomas acompañantes.</p> <p>2.2.1 Bajo riesgo: ≤ 2 puntos.</p> <p>2.2.2 Riesgo Intermedio: 3 – 6 puntos.</p> <p>2.2.3 Riesgo alto: ≥ 7 puntos.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
<p>3. Correlacionar las características sociodemográficas con el riesgo suicida de los pacientes en estudio.</p>				

8.5 Método, técnica e instrumento de recolección de información:

➤ Recolección:

- Fuente:
 - Primaria por medio de entrevista personal.
 - Secundaria (expediente clínico).
- Método: Entrevista.
- Técnica: Cuestionario (ficha de recolección de información en forma de instrumento)

Se solicitó permiso a la Dirección Hospitalaria para la realización del estudio, con copia a la subdirección médica, departamento de estadística y Jefe del servicio de UIC.

Diariamente se revisaron los diagnósticos de los ingresos a UIC, procediéndose a la entrevista personal del paciente y llenado del instrumento.

- Instrumento: basada en estudios clínicos nacionales e internacionales.

8.6 Procedimiento para la recolección de datos e información:

Se transcribió la información obtenida en el software estadístico IBM SPSS Statistics 20 y se utilizó una tabulación y gráficas correspondientes por medio de éste.

8.7 Plan de tabulación y análisis de datos e información:

De los datos recolectados a partir de la ficha de recolección de datos, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Se realizó el control de calidad de los datos registrados, y se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

Se realizaron los Análisis de Contingencia pertinentes, (crosstab análisis), para todas aquellas variables no paramétricas, a las que se les aplicó las pruebas siguientes: (a) la

Prueba de χ^2 (Chi2), o la Prueba V de Kramer, etc., para diversas variables de categorías que mostraron matrices de datos asimétricos; (b) la Prueba de Phi, para el caso de variables dicotómicas que muestren matrices de datos 2x2; (c), la Prueba de Correlación de Tau C de Kendall, para el caso de las variables ordinales.

9. Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que de los 179 casos estudiados, cuyas desviaciones típicas se plasman en la tabla 1, destaca algunas medias, como la edad de 29.6 años, 1 intento suicida previo y en 7 casos no se registró el riesgo suicida a su ingreso (Tabla 1). La principal edad encontrada fue de 19 años (Tabla 2). Los intentos suicidas fueron predominantemente realizados por mujeres, con un 78% (Figura 1). La edad mínima de realización de intento suicida para las mujeres fue de 16 años y para los hombres de 18 años, la edad máxima fue para las mujeres de 54 años y para los hombres de 48 años.

En cuanto a la religión el 38.5 % son católicos, seguidos por un 33.5% de evangélicos y un 21% que no profesa ninguna religión (Figura 2). El principal método suicida empleado en las personas que no practican ninguna religión fue el ahorcamiento en un 38% de los casos.

El estado civil que más se relaciona con intentos suicidas es el acompañado con un 38.5%, y el que menos se relaciona es el divorciado 4.5% (Figura 3). En relación a la ocupación el 40% se encontraban empleados, y un 55% se encontraban desempleados (Tabla 3). En un 62% de casos se encontró la realización de intentos suicidas previos (Tabla 4). El 23% había realizado 1 intento previo (Tabla 5). Dentro de las enfermedades médicas crónicas el 67% no tenían antecedentes, y un 33% si tenían antecedentes (Tabla 6), y de estos el 10.6% presentaron HTA (Figura 4).

En relación a enfermedades mentales el 60% no tenían antecedentes y el 40% presentaban antecedentes (Tabla 7), y de ellas la más frecuente fue depresión en el 18%, seguido por trastorno afectivo bipolar 9%, y trastorno límite de la personalidad 6.7% (Figura 5). De los pacientes evaluados el 55% presentaban síntomas depresivos (Figura 6).

En lo referente a los hábitos tóxicos el 60% no consume alcohol (Tabla 8). El 79% tampoco consume otras sustancias psicoactivas (Tabla 9). El 75% de pacientes al momento de su ingreso hospitalario no presentaban síntomas psicóticos (Tabla 10).

El estrés vital se vio presente en el 41% de los pacientes (Tabla 11), el principal estrés vital encontrado fue el conflicto de pareja 12%, seguido por la separación 10%. El 77% de pacientes no tienen historia familiar de suicidio (Tabla 12). Se encontró déficit cognitivo en el 5.6% de pacientes. El 68% de pacientes contaba con apoyo social. El 60% no tenían un plan suicida organizado.

El SAD PRESONS más frecuentemente encontrado fue el de 3 puntos en un 21%, seguido por el de 4, y 6 puntos (Figura 7). En congruencia con los puntos en la escala de riesgo suicida se aprecia que el riesgo más frecuente presentado fue el intermedio en el 57% de los pacientes (Tabla 13). El método más utilizado fue la intoxicación farmacológica (46%), seguido por herida por arma blanca con un 28.5%, y ahorcamiento con un 20% (Tabla 14).

Sólo el 33% se aisló para cometer el intento suicida (Tabla 15). El día de la semana en el que se cometieron los intentos en un 39% fue miércoles (Tabla 16). El 35%, eligió horas de la mañana (Tabla 17). Sólo el 17% tomó precauciones contra la interrupción durante sus intentos (Tabla 18). Ninguno de los casos reveló personalmente de su tentativa a terceros. (Tabla 19). Sólo el 11.1 % dejó una nota suicida de despedida en los casos (Tabla 20).

El 78% de los pacientes tuvo un nivel de preparación previo alto (Tabla 21). En cuanto al grado de letalidad estimada por el paciente el 55% dijo que bajo y el 45% dijo que alto. En el 70% de pacientes estuvo en riesgo real su vida (Tabla 22). El 57 % de pacientes no requirió intervenciones para la sobrevivencia (Tabla 23). El 59% no requirió traslado por unidad de salud, solo el 41% lo requirió (Tabla 24).

Tabla 25. Asociación de Cramer entre Riesgo suicida y Depresión, Desempleo, Psicosis, Riesgo real de muerte y Requerimiento de intervenciones para la sobrevida.

		Valor	Sig aproximada
Depresión	V de Cramer	0.279	0.001 *
Desempleo		0.236	0.008 *
Psicosis		0.213	0.017 *
Riesgo real muerte		0.233	0.008 *
Requerimiento de Intervenciones para la sobrevida		0.294	0.000 *
Número de casos válidos		179	

Tabla 26. Asociación de Cramer entre Número de intentos previos y Depresión, Enfermedad mental previamente diagnosticada, Enfermedades médicas crónicas previas, Psicosis, Historia familiar de suicidio, Aislamiento durante el intento, Requerimiento de intervenciones para la sobrevida y Nota suicida.

		Valor	Sig aproximada
Depresión	V de Cramer	0.407	0.000 *
Enfermedad mental previamente diagnosticada		0.569	0.000 *
Enfermedades médicas crónicas previas		0.422	0.000 *
Psicosis		0.252	0.045 *
Historia familiar de suicidio		0.377	0.000 *
Aislamiento durante el intento		0.378	0.000 *
Requerimiento de Intervenciones para la sobrevida		0.411	0.000 *
Nota Suicida		0.416	0.000 *
Número de casos válidos		179	

Tabla 27. Correlación de Pearson Número de intentos previos y el Número de años de consumo de alcohol previo

		Medidas simétricas			
		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	.672			.000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-.196	.052	-2.660	.009^c *
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.182	.068	-2.457	.015 ^c
N de casos válidos		179			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

10. Discusión de resultados

10.1. Principales hallazgos a partir del estudio:

Bien sabemos que la literatura fundamenta mayor frecuencia de intento suicida en los extremos de la vida, pero con cierto predominio en personas mayores y en el estudio podemos encontrar que la edad más afectada fue de 19 años, lo que nos ubica en el contexto mundial actual donde han aumentado las muertes por suicidio en los menores de 20 años. Esto puede tener una explicación demográfica ya que nuestra pirámide poblacional se cimienta en jóvenes o por tener su origen cultural, en donde la vida del joven se considere más valiosa como para reportar y/o ingresar.

Con relación al sexo hay concordancia en que la mayoría de intentos suicidas son realizados por mujeres. En las mujeres se reportaron las edades más bajas de intento suicida a los 16 años, y en los hombres a los 19 años, hace pensar que los hombres no están llegando a las unidades hospitalarias para ser atendidos por la subvaloración del intento o por alcanzar el suicidio. A nivel mundial se reporta que son menos los hombres que acuden a las unidades de atención en salud, generando subregistros epidemiológicos.

En cuanto a la religión se espera que el estar vinculado a un grupo religioso sea cual fuere, representaría un factor protector, lo que no parece haber ocurrido en nuestra población, se relaciona con el hecho de tener una muestra muy escasa de pacientes. Pero llama la atención que el grupo de pacientes que no pertenecían a ninguna religión realizaron como principal método suicida el ahorcamiento, el cual constituye un método de alta letalidad.

El no tener pareja sería un factor internacional de riesgo para intento suicidas, pero la mayoría de nuestros casos se trataban de relaciones sentimentales informales, lo que lleva a pensar que el hecho de no tener un hogar estable es un factor de riesgo, unido a los factores estresantes que más se presentaron como lo fue la separación, aumentan el riesgo. El matrimonio les da un factor de protección a las personas y sus hijos, de desarrollar enfermedades mentales.

En relación al empleo, la literatura refiere que el hecho de tener un trabajo es un factor protector, en nuestro estudio podemos encontrar que el mayor porcentaje de pacientes que realizaron intento suicida están desempleados, lo que tiene una congruencia con lo encontrado en otras poblaciones.

La mayoría presentó intentos suicidas previos, a mayor número de intentos suicidas el riesgo bajó, cuando debería haber llevado una escalada proporcional, ya que cada intento suicida le agrega mayor riesgo suicida a la persona que lo comete. A menos que se considere la tendencia a realizar intentos suicidas para ingresar al hospital y obtener diferentes tipos de ganancia, que se puede relacionar con el hecho de ser personas que presentan como principales estresantes vitales los conflictos de pareja y la separación.

El hecho de padecer enfermedades médicas da un dato importante, siendo la Hipertensión Arterial la que más se presentó como antecedente médico en los pacientes que presentaron intentos suicidas. Lo anterior está acorde a la literatura mundial que refleja la Hipertensión Arterial como una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Las personas que presentan enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo suicida.

La enfermedad mental que se presentó como antecedente con más frecuencia fue la depresión, al igual que durante el ingreso hospitalario fue el principal diagnóstico encontrado; lo que hace referencia al hecho que las personas depresivas tienen una visión abrumadora de sus problemas y con mucha frecuencia realizan el intento suicida como forma de solucionarlos.

En cuanto al consumo de alcohol y otros psicotrópicos, el intento suicida no se relacionó con el consumo de estos, siendo incongruente con la literatura al considerar que a mayor consumo de psicotrópicos hay un mayor riesgo suicida. Al tratarse de pacientes en su mayoría jóvenes, y estar acompañados de un familiar, pudieron haber omitido el consumo de psicotrópicos por miedo a ser estigmatizados. Sin embargo se encontró correlación estadística significativa entre el consumo de alcohol y psicotrópicos con el riesgo suicida.

La mayoría reporta apoyo social lo que tiene sentido, ya que si estos estuvieron ingresados en un área que solicita acompañamiento, es que sí lo tengan, pero no se registraron los pacientes que no tenían red de apoyo familiar y que no quedaron ingresados en la unidad de intervención en crisis.

El método más utilizado fue la intoxicación farmacológica, lo cual se relaciona con la literatura como principal causa de intentos suicidas, y con la proporción de mujeres que fue mayor a varones, siendo las mujeres las que más utilizaron la intoxicación farmacológica.

La intencionalidad real de estos pacientes para acabar con sus vidas se hace debatible al observar el patrón de que no se aislaron, eligieron mitad de la semana y la mañana para cometerlo. Sin embargo no notificaron de forma personal a terceros sobre sus intentos y por ende estados de salud. La mayoría de los casos no requirió medidas médicas o paramédicas de atención y ayuda.

La prueba de Asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de valores de p (Tabla 25), los cuales son menores que el nivel crítico de comparación $\alpha = 0.05$, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de Asociación V de Cramer demostró que existe una asociación significativa entre Riesgo Suicida con Depresión, Desempleo, Psicosis, Riesgo real de muerte y Requerimiento de intervenciones para la sobrevida.

La prueba de Asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de valores de p (Tabla 26), los cuales son menores que el nivel crítico de comparación $\alpha = 0.05$, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de Asociación V de Cramer demostró que existe una asociación significativa entre Número de intentos previos con Depresión, Enfermedad mental previamente diagnosticada, Enfermedades médicas crónicas previas, Psicosis, Historia familiar de suicidio, Aislamiento durante el intento, Requerimiento de intervenciones para la sobrevida y Nota suicida.

La prueba de Correlación de Pearson aportó las evidencias estadísticas de un valor de p = 0.009, el cual es menor que el nivel crítico de comparación $\alpha = 0.05$, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de Correlación de Pearson, demostró que existe una correlación significativa entre Número de intentos previos y Número de años de consumo de alcohol previo (Tabla 27).

10.2 Limitaciones del estudio:

Dentro de las principales limitaciones del estudio podemos encontrar: no se logró entrevistar de forma directa a un pequeño porcentaje de pacientes, pero los datos consignados en sus expedientes se encontraban completos. En el estudio no se contó con la evaluación de la escala de SAD PERSONS al momento de ingreso de siete pacientes.

10.3 Relación de resultados con las conclusiones de otras investigaciones:

En el estudio se encontró concordancia de resultados con investigaciones realizadas anteriormente, en donde aparecen como principal riesgo suicida: edad menor de veinte años, sexo femenino, antecedentes de intentos suicidas previos, antecedentes de enfermedad médica y mental.

Comparando los resultados obtenidos en el último estudio realizado en el Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle en el año 2006 por Martínez, con el estudio actual, podemos encontrar que continúan siendo las mujeres el principal grupo que realiza más intentos suicidas con un aumento de 51.5% a 73.7%.

Hay un cambio en relación al empleo en el estudio Martínez 2006, aparece que se presentaron 28.9% de pacientes empleados que realizaron intento suicida y 23.6% desempleados. En contraste con un 40.2% de pacientes empleados y 55.3% de pacientes desempleados, lo cual se relaciona en nuestro contexto con la disminución de empleos a partir del año pasado.

En relación a la religión hay un mantenimiento de los pacientes que no profesaban ninguna religión, lo reportado en el año 2006 por Martínez, fue de 22.1% de pacientes que no practicaban ninguna religión en contraste con el 21.2% encontrado en el estudio actual. Llama mucho la atención que la mayoría de intentos se realizaron en personas que profesaban una religión, católicos en un 38.5% y evangélicos 33.5%. Todo lo anterior indica que en nuestro contexto está aumentando el riesgo de suicidio en las personas que profesan una religión.

En el 2006, Martínez refiere que el estado civil que más se relacionó con el riesgo suicida fue soltero en un 42.2%, en el estudio actual el principal estado civil fue el acompañado

en un 38.5% de pacientes. Lo que tampoco se relaciona con los datos que hay en otros estudios anteriores donde el estar soltero continúa siendo uno de los principales factores de riesgo suicida. Sin embargo centrándonos en el contexto en el que nos desarrollamos hay mayor estrés en las personas que tienen una familia y se encuentra desempleados en comparación con los solteros desempleados. Algo importante de destacar es el dato del estudio de Cajina 2015 en el cual hace referencia que el estado civil acompañado aumento el riesgo suicida en un 68.3%.

La mayor facilidad de acceso a la compra de fármacos hace que se desplace el método suicida encontrado por Martínez en el 2006 por el ahorcamiento en el 20.9% de pacientes, hacia la intoxicación con fármacos que es nuestro principal método suicida encontrado en un 46.4% de pacientes.

11. Conclusiones

1. Las principales características sociodemográficas y datos de ingreso, de los pacientes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psicosocial por tentativa de suicidio dentro del período estudiado fueron : el grupo etario de 16 a 20 años, sexo femenino, estado civil acompañado, tener alguna religión, no tener un trabajo, intentos suicidas previos, haber padecido o padecer depresión.
2. El factor desencadenante asociado a intento suicida fue el conflicto de pareja, seguido por la separación, sin embargo se identificó más de un factor de riesgo por paciente para la ocurrencia del hecho.
3. El método que se utilizó más frecuentemente para ejecutar el intento suicida fue la intoxicación farmacológica, a mitad de la semana y horas de la mañana, sin tomar precauciones en contra de la interrupción de los mismos, aunque no notificaron por sí mismos sus acciones. La falta de espiritualidad en los pacientes que no tenían ninguna religión se relacionó con el método de ahorcamiento.
4. El riesgo suicida predominante encontrado al momento del ingreso hospitalario registrado en el expediente clínico de acuerdo a la escala de evaluación suicida de SAD PERSONS, fue el intermedio.
5. Las características sociodemográficas que presentaron correlación estadística significativa con riesgo suicida, fueron: depresión, desempleo, y psicosis.

12. Recomendaciones

1. Divulgar los resultados, concientizando sobre el tema y lo importante de tratar de fomentar desde la comunidad y áreas de salud donde se atiende a población juvenil.
2. Se debe realizar un análisis a nivel de cada equipo de trabajo en salud sobre el desarrollo de estrategias para disminuir el riesgo psicosocial de realizar intento suicida, ante el aumento en los grupos de edades entre 16 a 20 años.
3. Durante la evaluación de los pacientes que se presenten a la unidad de salud por intento suicida se debe utilizar como algoritmo de síntesis de información la escala de evaluación suicida de SADPERSONS, complementándola con mini examen mental de Folstein y AUDI.
4. El estado civil acompañado en nuestra población está presente con más frecuencia que el soltero en los pacientes que realizan intentos suicidas, se deben hacer más estudios al respecto para demostrar relaciones de causalidad.
5. Sensibilizar sobre el tema a trabajadores de la salud, y brindar charlas educativas en las salas de espera de los diferentes centros asistenciales a la población en general, sobre el mantenimiento de higiene mental y técnicas de convivencia, y actividades de recreación satisfactorias.
6. Supervisar y controlar la cantidad de medicamento que se dé a pacientes con enfermedades mentales que acudan solos a la unidad de salud. Y realizar intervenciones psicoeducativas con los familiares sobre la importancia del apoyo y acompañamiento familiar, uso y administración de medicamentos.

13. Bibliografía

1. Aguirrez, A. M. Factores asociados a intentos suicidas entre las edades de 10 a 50 años, ingresados con intento de suicidio al Hospital Victoria Motta del área urbana del Municipio de Jinotega en el período de Enero 2003 a Diciembre 2005. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Jinotega.
2. Cajina, J. C. (Mayo de 2015). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de Boletín Informativo: <https://studylib.es/doc/5796157/boletín-informativo-el-suicidio-según-vigilancia>.
3. E, P.-R., López- Nieto, L., & Martínez- Monroy, T. (2004). La Mortalidad por Suicidios México 1990-2001. Revista panameña de salud pública, 16(2), 102-109. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8204/22244.pdf?sequence=1>
4. EC, H., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. British journal of psychiatry, 205-208. Obtenido de <http://depts.washington.edu/psychres/wordpress/wp-content/uploads/2017/11/100-Papers-in-Clinical-Psychiatry-Suicide-Suicide-as-an-outcome-for-mental-disorders.-A-meta-analysis.pdf>
5. Folino JO, E. C. (2009). Estudios sobre homicidios, perspectivas forenses, clínicas y epidemiológicas. La plata: Platense.
6. García, O. A. (2017). Factores de riesgos que conllevaron a intentos suicidas a pacientes atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo de Julio a Diciembre del 2008. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Jinotega. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/5034>
7. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1970). Manic-depressive illness. New york: Oxfor University.
8. Isometsa, E. T. (Noviembre de 2001). Psychological autopsy studies. Eur Psuchatry, 16(7), 379-385. doi:[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00594-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00594-6)
9. Jáenz, J. M. (2005). Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua. Enero 2004 - Diciembre 2005. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Managua.

10. Kaplan, H., & Sadock. (1998). Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Baltimore: Williams y Wilkins.
11. Krug, E. G., Dahlierg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=7F73129D21CB9B3F1A722FE0F4DDFB3F?sequence=1
12. López, J. P. (2012.). Metodología de la investigación científica. (Séptima edición ed.). Managua., Nicaragua.
13. Meléndez, A. M., & Mejía, G. A. (23 de Junio de 2006). Factores asociados a intentos suicidas entre las edades de 10 a 50 años, ingresados con intento de suicidio al Hospital Victoria Motta del área urbana del Municipio de Jinotega en el período de Enero 2003 a Diciembre 2005. León, León, Nicaragua. Obtenido de <http://repositorio.cnu.edu.ni/Record/RepoUNANL2165>
14. Mojica CA, S. D. (2009). Riesgo suicida , desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. Revista colombiana de psiquiatría, 38(4), 12. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf>
15. Pérez, S. A. (1999). El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(2), 196-217. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013
16. Pineda, E., de Alvarado, E., & de Canales, F. (1994). Metodología de la Investigación (Segunda edición ed.). Washington, Estados Unidos de Norteamérica: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
17. Robins E, & Guze, S. B. (Enero de 1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness. American Journal of Psychiatry, 126:983-7. Obtenido de <https://aaronkrasner.com/wp-content/uploads/2017/10/robins-and-guze.pdf>
18. Sanabria, M. V., & Espinoza, K. (2016). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 - 2016. Medicina Legal de Costa Rica.
19. Sanchez, R., Orejarena, S., & Guzman, Y. (30 de Junio de 2004). Características de los suicidas en Bogotá. Revista de salud pública, 6(3), 217-234. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v6n3/a01v6n3.pdf>

20. Toro Greiffestein, R. J., Yepes Roldan, L. E., & Palacios Acosta, C. A. (2010). *Psiquiatría* (5 ed.). Medellín, Colombia: Cooperación para investigaciones biológicas.
21. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias. (2014). *Mortalidad por Suicidio en Las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. From <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
22. Vargas, M., & Espinoza, K. (Marzo de 2017). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 y 2016. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 16. Obtenido de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00035.pdf>
23. Vásquez Muñoz, Y. (2014). Perfil epidemiológico del suicidio en los departamentos de Carazo, Granada, Masaya y Rivas. En el período Enero 2012 a Junio 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/4586/>
24. Viscardi, N., Hor, F., & Dajas, F. (1994). Alta Tasa de Suicidio en Uruguay. Evaluación de Desesperanza en Adolescentes. *Revista Médica Uruguay*, 79-91. Obtenido de <http://www.rmu.org.uy/revista/1994v2/art1.pdf>

14. Anexos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ficha # _____

Expediente # _____

1. Características sociodemográficas y datos de ingreso:

Edad: _____

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Religión: 1. Católico 2. Evangélico 3. Otro 4. Ninguna

Estado civil: 1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado 5. Acompañado

Desempleo: 0. No 1. Sí

Intentos suicidas previos: 0. No 1. Si (# Intentos: _____)

Enfermedades médicas crónicas previas: 0. No 1. Si (¿Cuál?: _____)

Enfermedades mentales previamente diagnosticadas: 0. No 1. Si (¿Cuál?: _____)

Depresión: 0. No 1. Si

Uso de alcohol: 0. No 1. Si (# años de consumo: _____)

Uso de otras sustancias psicoactivas: 0. No 1. Si (# años de consumo: _____)

Psicosis: 0. No 1. Si

Historial familiar de suicidio: 0. No 1. Si

Estrés vital: 0. No 1. Si ¿Cuál? _____)

Déficit cognitivo: 0. No 1. Si

Apoyo social: 0. No 1. Si

Plan suicida organizado: 0. No 1. Si

Método utilizado: _____

Aislamiento al momento de cometer la tentativa: 0. No 1. Si

Día de la semana en la que realizó la tentativa: 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7 Domingo

Hora del día en la que realizó la tentativa: 1. Madrugada 2. Mañana 3. Tarde 4. Noche

Precauciones contra la interrupción: 0. No 1. Si

Revelación de la tentativa cometida: 0. No 1. Si

Nota suicida: 0. No 1. Si

Grado de preparación: 1. Bajo 2. Alto

Letalidad estimada por el paciente: 1. Bajo 2. Alto

Reacción ante la sobrevida: 1. Alivio 2. Frustración

Estuvo en riesgo real su vida: 0. No 1. Si

Requerimiento de intervenciones médicas/paramédicas para la sobrevida: 0. No 1. Si

Trasladado por Unidad de Salud: 0.No 1. Si

2. Escala de Evaluación

S	
A	
D	
P	
E	
R	
S	
O	
N	
S	
Total	
Riesgo Suicida	Bajo <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos

	Estadísticos		Media	Mediana	Moda
	Válidos	Perdidos			
Edad	179	0	29.69	28.00	19
Sexo	179	0	1.74	2.00	2
Religión	179	0	2.11	2.00	1
Estado Civil	179	0	3.15	2.00	5
Desempleo	171	8	.58	1.00	1
Intentos Suicidas Previos	178	1	.62	1.00	1

# Intentos Previos	179	0	1.53	1.00	0
Enfermedades Médicas Crónicas Previas	179	0	.33	.00	0
Cuál EMCP	179	0			
Enfermedad Mental Previamente Diagnosticada	179	0	.40	.00	0
Cuál EMPD	179	0			
Depresión	179	0	.55	1.00	1
Uso de Alcohol	179	0	.40	.00	0
Años de consumo de alcohol previo	179	0	3.05	.00	0
Uso de otras sustancias psicoactivas	179	0	.21	.00	0
Años de consumo de otras sustancias	179	0	1.18	.00	0
Psicosis	179	0	.25	.00	0
Historia Familiar de suicidio	179	0	.23	.00	0
Estrés vital	179	0	.41	.00	0
Cuál estresante	179	0			
Déficit Cognitivo	179	0	.06	.00	0
Apoyo Social	179	0	.68	1.00	1
Plan Suicida Organizado	179	0	.40	.00	0
Método planificado	179	0			
SAD PERSONS	179	0	4.51	5.00	3
Riesgo Suicida	179	0	2.22	2.00	2
SAD PERSONS Registrado en Expediente	179	0	4.74	5.00	6
Método utilizado	179	0			
Aislamiento	179	0	.41	.00	0
Día de la semana en que ocurre el intento	179	0	4.11	4.00	3
Hora en la que ocurre	179	0	2.49	3.00	3
Precauciones contra la interrupción	179	0	.17	.00	0
Revelación	179	0	.00	.00	0
Nota Suicida	179	0	.07	.00	0
Grado de preparación	178	1	1.22	1.00	1
Letalidad estimada por el paciente	179	0	1.45	1.00	1

Reacción ante la sobrevida	179	0	1.22	1.00	1
Estuvo en riesgo real su vida	179	0	.70	1.00	1
Requerimiento de intervenciones para la sobrevida	179	0	.43	.00	0
Traslado por unidad de salud	179	0	.41	.00	0

Tabla 2.

Edad

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16	1	.6	.6	.6
17	6	3.4	3.4	3.9
18	14	7.8	7.8	11.7
19	22	12.3	12.3	24.0
20	2	1.1	1.1	25.1
21	7	3.9	3.9	29.1
22	3	1.7	1.7	30.7
23	12	6.7	6.7	37.4
Válidos 24	6	3.4	3.4	40.8
25	3	1.7	1.7	42.5
26	8	4.5	4.5	46.9
27	3	1.7	1.7	48.6
28	5	2.8	2.8	51.4
29	6	3.4	3.4	54.7
30	1	.6	.6	55.3
31	5	2.8	2.8	58.1

32	13	7.3	7.3	65.4
33	3	1.7	1.7	67.0
34	1	.6	.6	67.6
35	5	2.8	2.8	70.4
36	7	3.9	3.9	74.3
37	8	4.5	4.5	78.8
38	4	2.2	2.2	81.0
39	1	.6	.6	81.6
40	3	1.7	1.7	83.2
42	1	.6	.6	83.8
43	5	2.8	2.8	86.6
44	1	.6	.6	87.2
45	8	4.5	4.5	91.6
46	1	.6	.6	92.2
47	2	1.1	1.1	93.3
48	4	2.2	2.2	95.5
51	4	2.2	2.2	97.8
52	2	1.1	1.1	98.9
53	1	.6	.6	99.4
54	1	.6	.6	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Figura 1

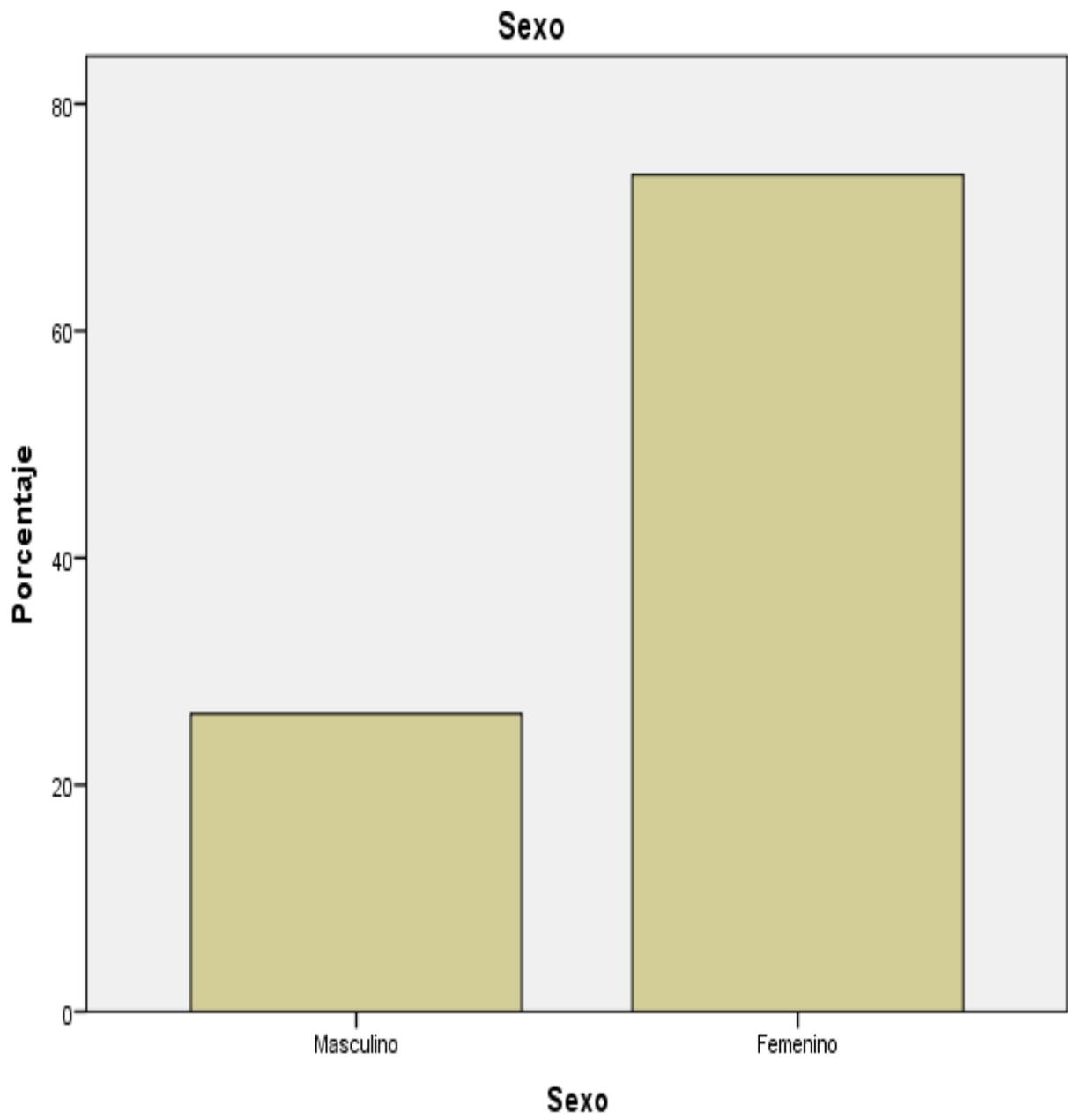


Figura 2

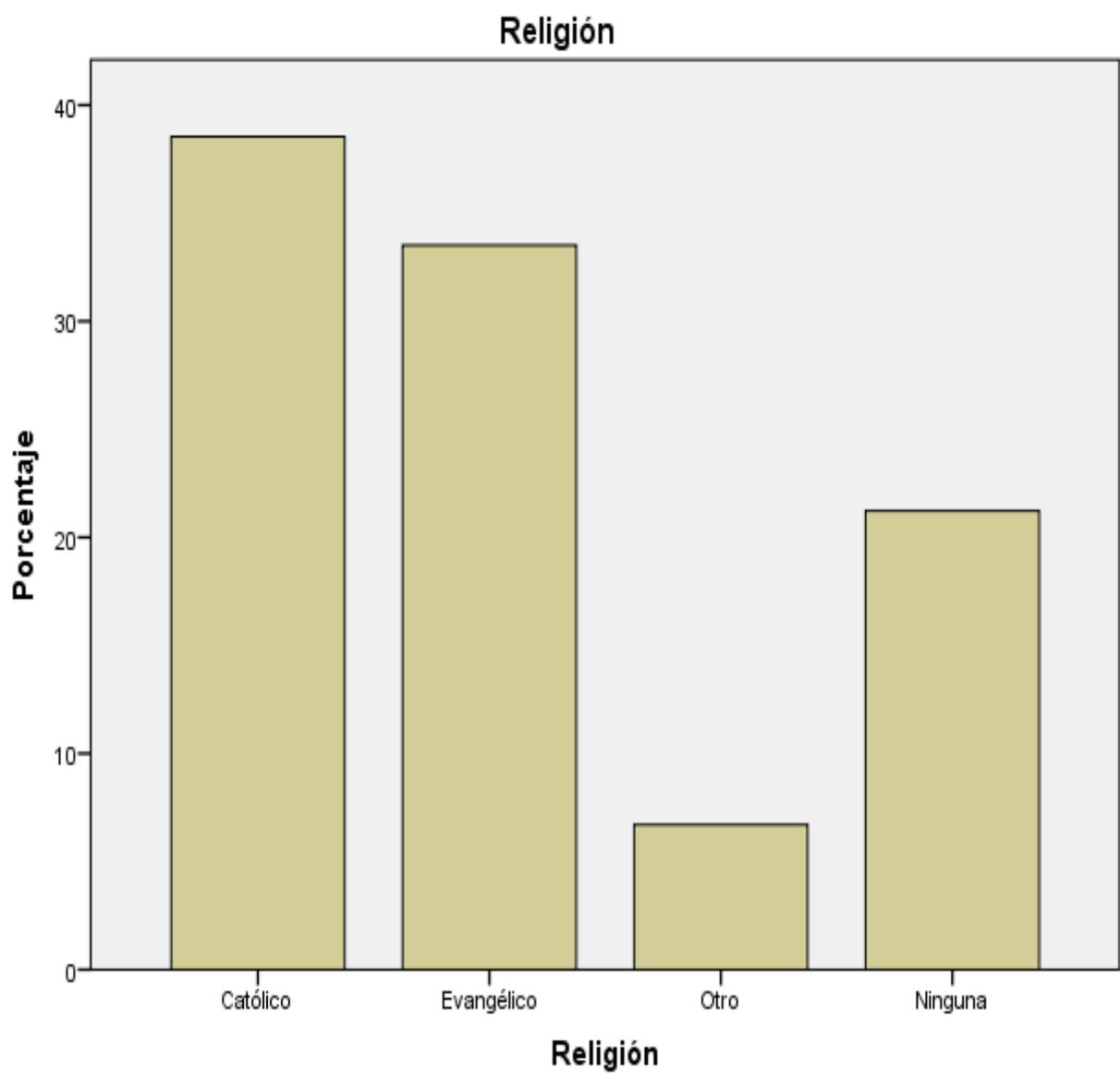


Figura 3

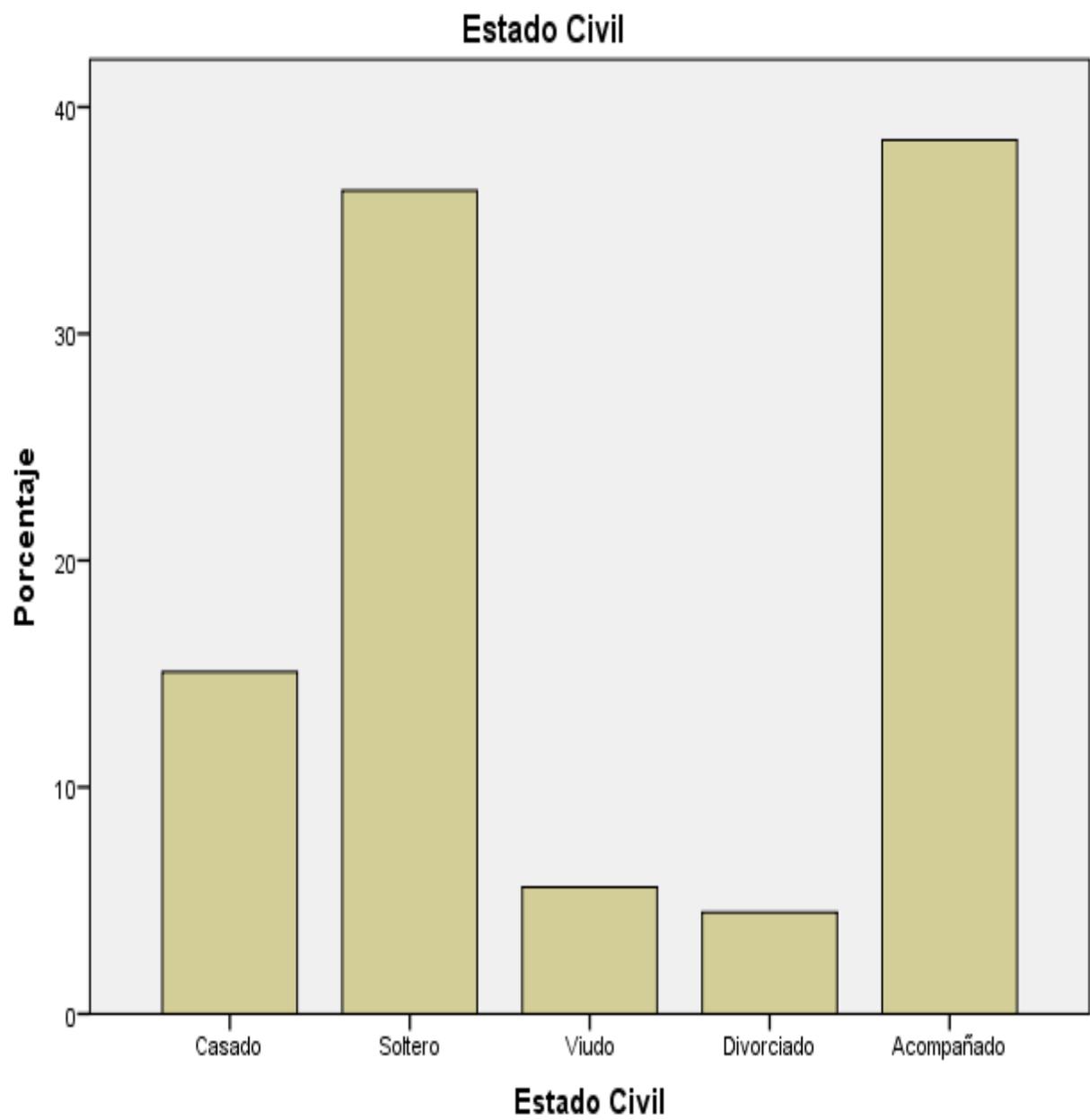


Tabla 3

Desempleo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	72	40.2	42.1	42.1
	Si	99	55.3	57.9	100.0
	Total	171	95.5	100.0	
Perdidos	2	8	4.5		
Total		179	100.0		

Tabla4

Intentos Suicidas Previos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	67	37.4	37.6	37.6
	Si	111	62.0	62.4	100.0
	Total	178	99.4	100.0	
Perdidos	2	1	.6		
Total		179	100.0		

Tabla5

# Intentos Previos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	63	35.2	35.2	35.2
1	41	22.9	22.9	58.1
2	32	17.9	17.9	76.0
Válidos 3	20	11.2	11.2	87.2
4	7	3.9	3.9	91.1
5	16	8.9	8.9	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Tabla 6

Enfermedades Médicas Crónicas Previas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	120	67.0	67.0	67.0
Válidos Si	59	33.0	33.0	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Figura 4

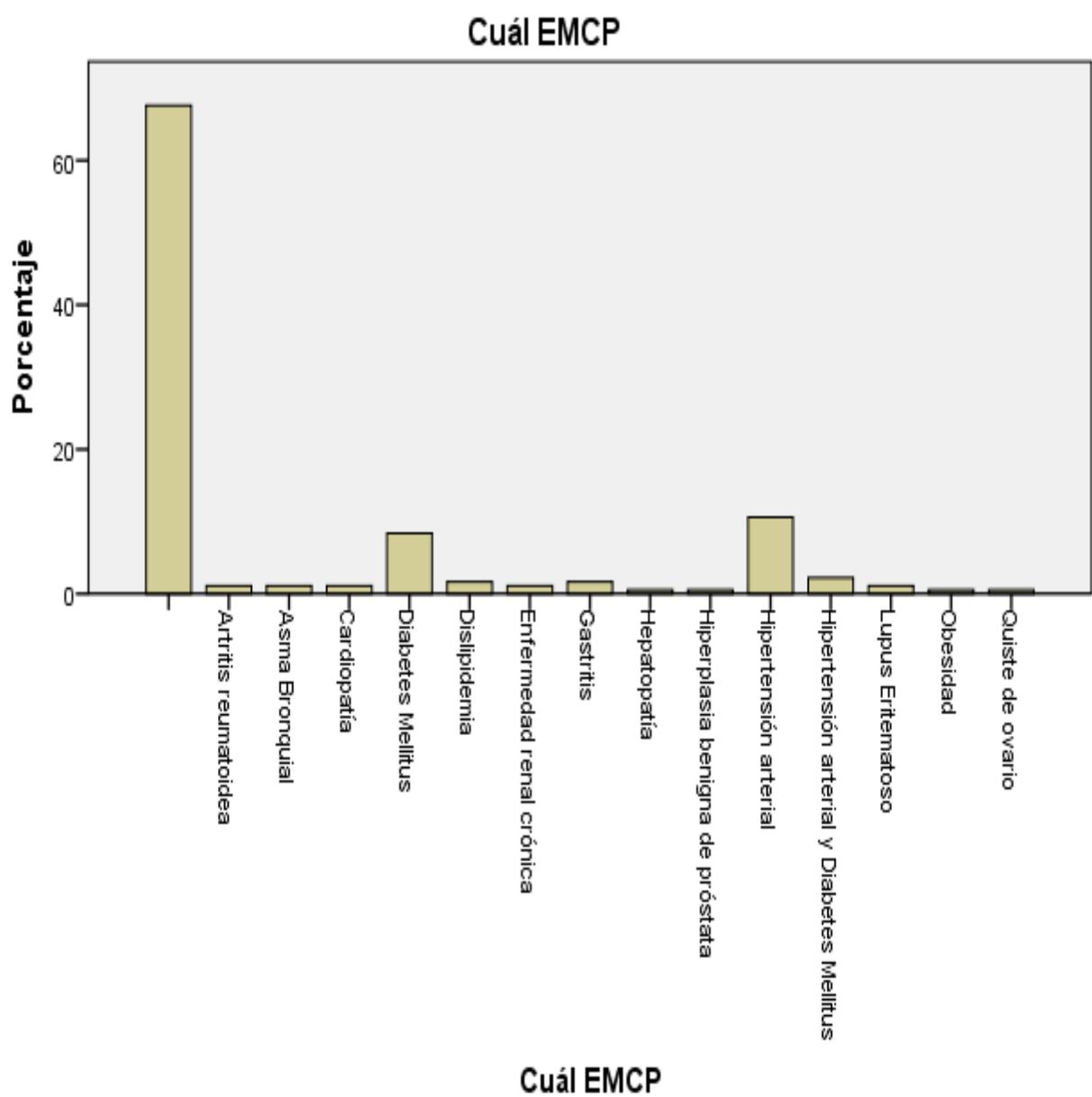


Tabla7

Cuál EMPD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	106	59.2	59.2	59.2
Déficit intelectual	2	1.1	1.1	60.3
Depresión	33	18.4	18.4	78.8
Epilepsia	2	1.1	1.1	79.9
Trastorno afectivo bipolar	16	8.9	8.9	88.8
Trastorno depresivo recurrente	2	1.1	1.1	89.9
Trastorno disocial de la personalidad	2	1.1	1.1	91.1
Trastorno límite de la personalidad	12	6.7	6.7	97.8
Trastorno mental y del comportamiento asociado al consumo de psicotrópicos	2	1.1	1.1	98.9
Trastorno mixto ansioso depresivo	2	1.1	1.1	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Figura 5

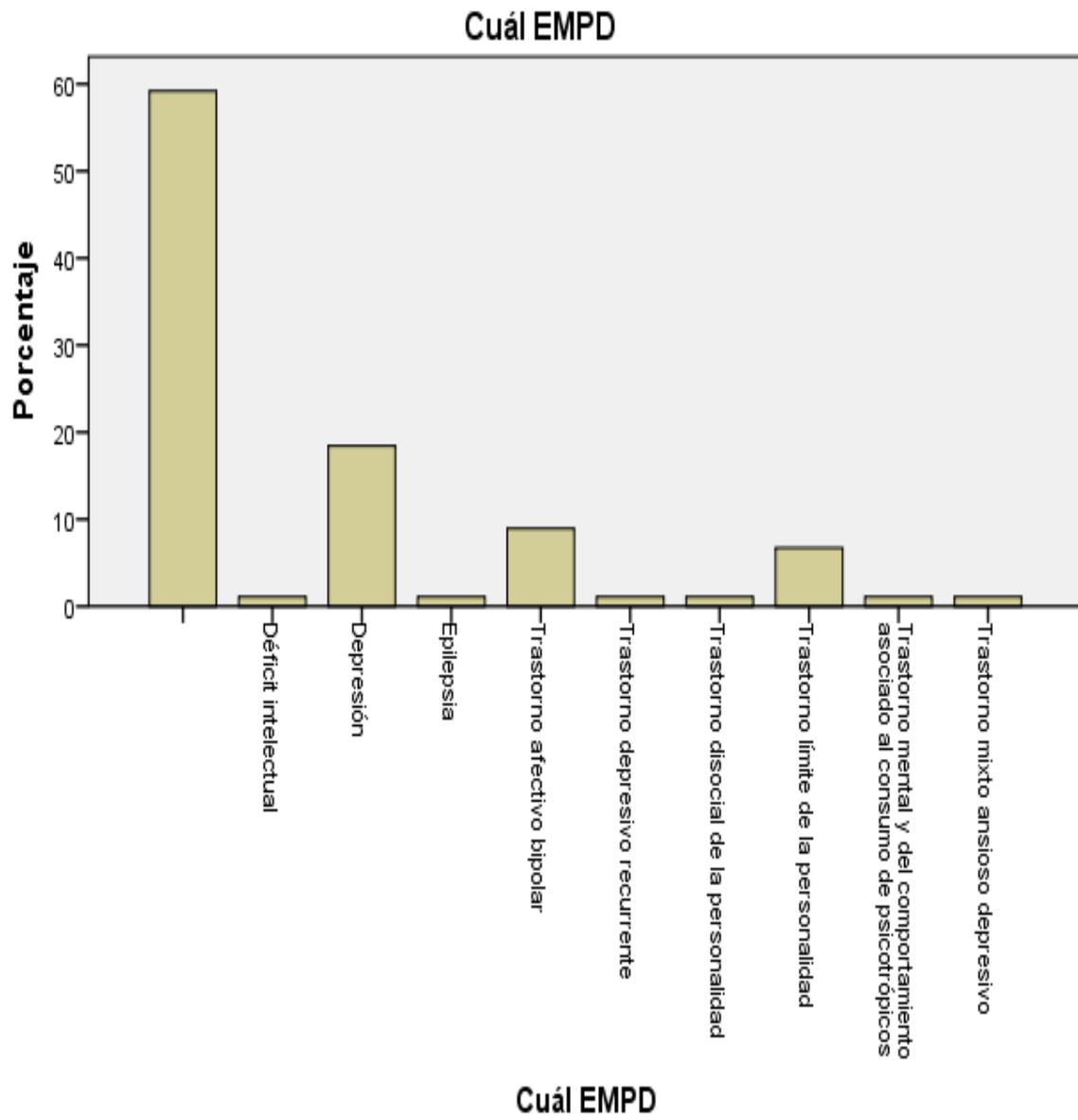


Figura 6

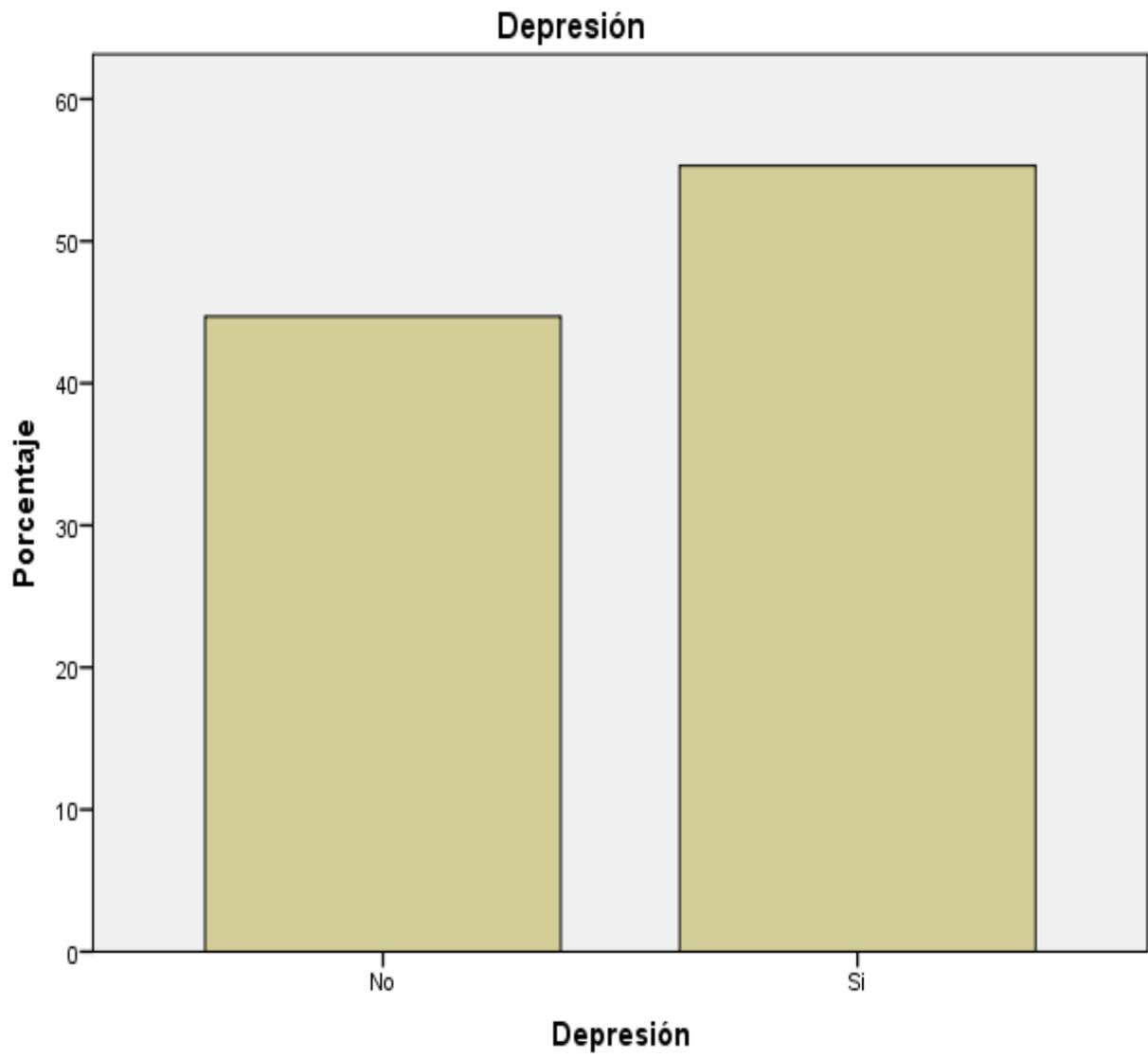


Tabla8

Uso de Alcohol				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	108	60.3	60.3
	Si	71	39.7	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla9

Uso de otras sustancias psicoactivas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	142	79.3	79.3
	Si	37	20.7	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla10

Psicosis				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	134	74.9	74.9
	Si	45	25.1	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla11

Estrés vital				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	105	58.7	58.7
	Si	74	41.3	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla12

Historia Familiar de suicidio				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	138	77.1	77.1
	Si	41	22.9	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Figura 7

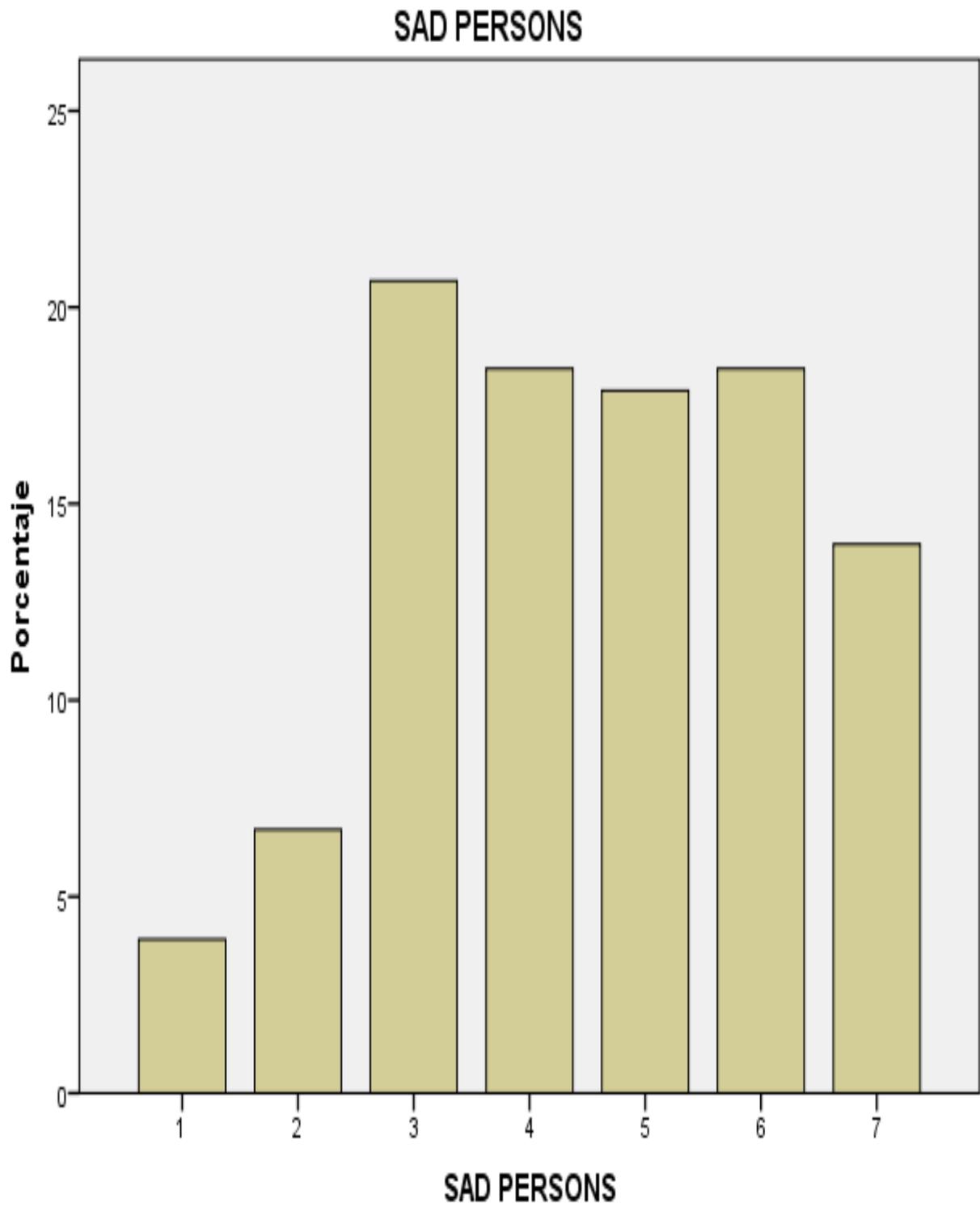


Tabla13

Riesgo Suicida				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	19	10.6	10.6	10.6
Intermedio	102	57.0	57.0	67.6
Alto	58	32.4	32.4	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Tabla14

Método utilizado				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ahorcamiento	36	20.1	20.1
	Herida por arma blanca	51	28.5	28.5
	Intoxicación farmacológica	83	46.4	46.4
	Intoxicación por órganos fosforados	9	5.0	5.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla15

Aislamiento				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	106	59.2	59.2	59.2
Válidos Si	73	40.8	40.8	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Tabla 16

Día de la semana en que ocurre el intento				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lunes	8	4.5	4.5	4.5
Martes	7	3.9	3.9	8.4
Miércoles	65	36.3	36.3	44.7
Jueves	47	26.3	26.3	70.9
Válidos Viernes	10	5.6	5.6	76.5
Sábado	14	7.8	7.8	84.4
Domingo	28	15.6	15.6	100.0
Total	179	100.0	100.0	

Tabla 17

Hora en la que ocurre				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Madrugada	39	21.8	21.8
	Mañana	50	27.9	49.7
Válidos	Tarde	53	29.6	79.3
	Noche	37	20.7	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla18

Precauciones contra la interrupción				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	149	83.2	83.2
Válidos	Si	30	16.8	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla19

Revelación				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	179	100.0	100.0

Tabla20

Nota Suicida				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	166	92.7	92.7
	Si	13	7.3	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla21

Grado de preparación				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	139	77.7	78.1
	Alto	39	21.8	100.0
	Total	178	99.4	100.0
Perdidos	0	1	.6	
	Total	179	100.0	

Tabla22

Estuvo en riesgo real su vida				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	54	30.2	30.2
	Si	125	69.8	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla23

Requerimiento de intervenciones para la sobrevida				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	102	57.0	57.0
Válidos	Si	77	43.0	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Tabla24

Traslado por unidad de salud				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	105	58.7	58.7
Válidos	Si	74	41.3	100.0
	Total	179	100.0	100.0

Cronograma de actividades

Período / Actividad	2017				2018				2019
	I Tri	II Tri	III Tri	IV Tri	I Tri	II Tri	III Tri	IV tri	I Tri
Entrega de Protocolo de Investigación									
Recolección de Información									
Procesamiento de información									
Redacción de Reporte Final									
Entrega de Reporte Final									
Defensa									