

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-MANAGUA



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

Tesis Para Optar al Título de Especialista en Psiquiatría

**Factores de riesgos en pacientes con intento de suicidio atendidos en emergencia del
hospital psicosocial Dr. J.D.F.V. marzo 2019- marzo 2020.**

Autor:

Dra. Mariana Abigail López López

Médico Residente de Psiquiatría.

Tutor:

Dr. Marvin Herrera

Médico Especialista en Psiquiatría

Managua, Jueves 25 de Febrero del 2021.

Resumen

Con el objetivo de analizar los factores de riesgos en pacientes con intento de suicidio atendido en emergencia del hospital psicosocial marzo 2018 a marzo 2020, se realizó un estudio descriptivo, correlacional y analítico. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas y factores médico psiquiátricas, así como la clasificación de la escala de SAD PERSONS, con el fin de conocer el riesgo suicida en los pacientes. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivo, prueba 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 54.4%, las edades más frecuentes fueron las de 18 y 19 años con una frecuencia del 11.1%, en el estado civil 64.4% eran solteros, con respecto a la ocupación el 37.8% se encontraban estudiando, el 57.8% de los pacientes presentaban trastorno depresivo, el 57.8% de los pacientes habían realizado intento suicida previos, el 23.3% de los pacientes presentaban enfermedades físicas, historia familiar previa de suicidio 15.6%, presencia de eventos vitales estresantes 65.6% y el 63.3% presentaron factor desencadenante como la falta de apoyo social y familiar, el método más frecuente para la realización suicida utilizado fue la intoxicación farmacológica; siendo la clonazepam la más usada con el 15.6%. La prueba de correlación de Pearson demostró una correlación significativa de: depresión ($p=0.302$), enfermedad médica psiquiátrica ($p=0.231$). Al momento de la evaluación de los pacientes que realizan intento suicida, se debe de utilizar la escala de evaluación de factores de riesgos suicida de SAD PERSONS.

Palabras Claves: Suicidio, Intento suicidio, Factores de riesgo, SAD PERSONS.

Abstract

In order to analyze the risk factors in patients with a suicide attempt treated in the emergency department of the psychosocial hospital from March 2018 to March 2020, a descriptive, correlational and analytical study was carried out. Data on sociodemographic characteristics and medical-psychiatric factors were analyzed, as well as the classification of the SAD PERSONS scale, in order to know the suicide risk in patients. The statistical analyzes carried out were: descriptive, Pearson's parametric correlation test. From the analysis and discussion of the results obtained, the following conclusions were reached: the female sex was the most prevalent with 54.4%, the most frequent ages were 18 and 19 years with a frequency of 11.1%, in marital status 64.4% were single, with respect to occupation, 37.8% were studying, 57.8% of the patients had depressive disorder, 57.8% of the patients had made a previous suicide attempt, 23.3% of the patients had physical illnesses, history 15.6% previous family member of suicide, presence of stressful life events 65.6% and 63.3% presented a triggering factor such as lack of social and family support, the most frequent method of suicide used was drug intoxication; clonazepam being the most used with 15.6%. Pearson's correlation test showed a significant correlation of: depression ($p = 0.302$), psychiatric medical illness ($p = 0.231$). When evaluating patients who make a suicide attempt, the SAD PERSONS Suicidal Risk Factor Assessment Scale should be used.

Key Words: Suicide, Suicide attempt, Risk factors, SAD PERSONS.

Dedicatoria

A Dios mi Padre celestial por su infinita misericordia, por bendecirme día a día y permitirme culminar esta investigación.

A mis padres por brindarme apoyo incondicional en cada dificultad, triunfo y alegría a lo largo de mi vida, por ayudarme a cumplir esta meta.

A mi esposo, quien me ha apoyado en este largo camino de mi preparación como profesional, desde las áreas básicas de la medicina, hasta el día de hoy y quien se alegra por cada paso que doy en la vida.

A cada paciente que es parte de este estudio y con sus dificultades aun siguen con nosotros y a los que hoy ya no nos acompañan, pero lucharon la buena batalla, que Dios los tenga en su gloria.

Se los dedico con cariño.

Agradecimiento

Primeramente, a Dios Padre quien me dio el regalo mas importante la vida, quien me guía en el camino para que sabiamente resuelva las adversidades.

A mis padres por su amor y comprensión incondicional.

A mi esposo quien me ha apoyado en todo el camino de mis estudios superiores.

Al Dr. Rafael García Ruiz, quien me ha apoyado en la realización de este estudio desde el inicio del mismo, al igual que ha sido un mentor y formador de mi quehacer.

A mi tutor Dr. Marvin Herrera, por haberme orientado en la elaboración de esta investigación.

A todos mis Maestro de la Especialidad de Psiquiatría del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, por instruirme en el arte del entendimiento del ser humano, y haber estado dispuestos siempre en compartir sus conocimientos.

Al personal de admisión y estadísticas, los cuales amablemente dieron el acceso a las hojas de atención de emergencia, expedientes clínicos y dedicaron parte de su tiempo para la búsqueda en los archivos y fue posible esta investigación.

Siglas y Acrónimo

ASA:	Acido Acetil Salicílico
DM:	Diabetes Mellitus
DR. J.D.F.V:	Doctor José Dolores Flete Valles
HTA:	Hipertensión Arterial Crónica
HPAB:	Herida por Arma Blanca
IS:	Ideación Suicida
IDS:	Intento de Suicidio
MINSAL:	Ministerio de Salud de El Salvador
MINSA:	Ministerio de Salud
MOVI:	Matriz de Operacionalización de Variables
OPS:	Organización panamericana de la Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SILAIS:	Sistema Local de Atención Integral en salud
SAD PERSONS:	Algoritmo de síntesis de información de escala de evaluación de riesgo suicida
S:	Suicidio
T:	Trastorno
TAB:	Trastorno Afectivo Bipolar
TLP:	Trastorno Límite de la Personalidad
T. MIXTO:	Trastorno Ansioso Depresivo
TMC PC:	Trastorno Mental del Comportamiento asociado al uso de psicotrópicos.

Índice

1. Introducción	11
2. Antecedentes del problema a investigar	13
3. Justificación.....	16
4. Planteamiento del problema	18
5. Objetivos de investigación	19
6. Marco teórico	20
7. Hipótesis de investigación.....	35
8. Diseño metodológico	36
9. Resultados	44
10. Discusión de resultados.....	61
11. Conclusiones	66
10. Recomendaciones.....	67
10. Bibliografía	68
11. Anexos	69

Índice de Cuadros

Cuadro 1.....	72
Cuadro 2.....	73
Cuadro 3.....	74
Cuadro 4.....	75
Cuadro 5.....	75
Cuadro 6.....	75
Cuadro 7.....	76
Cuadro 8.....	76
Cuadro 9.....	76
Cuadro 10.....	77
Cuadro 11.....	77
Cuadro 12.....	77
Cuadro 13.....	78
Cuadro 14.....	79
Cuadro 15.....	79
Cuadro 16.....	80
Cuadro 17.....	81
Cuadro 18.....	81
Cuadro 19.....	82
Cuadro 20.....	83



Cuadro 21.....	83
Cuadro 22.....	84
Cuadro 23.....	84
Cuadro 24.....	84
Cuadro 25.....	85
Cuadro 26.....	86
Cuadro 27.....	87
Cuadro 28.....	88
Cuadro 29.....	89
Cuadro 30.....	90
Cuadro 31.....	90
Cuadro 32.....	90
Cuadro 33.....	91
Cuadro 34.....	91
Cuadro 35.....	92
Cuadro 36.....	92
Cuadro 37.....	92
Cuadro 38.....	98

Índice de Figuras

Figura 1.....	44
Figura 2.....	74
Figura 3.....	78
Figura 4.....	82
Figura 5.....	85

1. Introducción

El suicidio se ha convertido en otra pandemia, un problema de salud pública de grandes proporciones, es por esto que la conducta suicida supone una urgencia de primera magnitud. Según la Organización Mundial de la Salud, se reporta un millón de muertes anuales en todo el mundo a causa de suicidio, se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100,000; cada 40 segundo hay un suicidio y por cada caso consumado 20 intento de suicidio.

Se registró que el 75% de los casos de suicidio de todo el mundo reportados en el 2012, tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medianos, representando el 50% de muertes violentas registradas entre hombres, y 71% entre mujeres (García Ruiz, 2019).

A nivel del contexto latinoamericano el país que presenta mayor tasa de suicidios es La República Oriental del Uruguay con un 13.7% (Viscardi & Hor, 1994).

En el 2016 el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (OMS, 2018).

Las repercusiones de estos actos en su entorno son muy importantes, ya que las vidas de los familiares de estos pacientes se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida ya que este es considerado un predictor clínicamente relevante y está presente en un tercio de los suicidios consumados.

Se realizó este estudio haciendo uso de la escala de SAD PERSONS en los pacientes con intento suicida que fueron atendido en la emergencia del Hospital Psicosocial y así poder conocer los factores de riesgos de los mismos, para luego incidir en la prevalencia, y de ser posible en la incidencia de los intentos de suicidio, logrando posteriormente establecer estrategias de prevención de intentos de suicidio.

La investigación destaco una serie de factores de riesgo de la conducta suicida tales como es padecer un trastorno mental principalmente, los trastornos afectivos, el abuso de sustancias, los trastornos adaptativos y los trastornos de personalidad. Los acontecimientos vitales estresantes también están muy relacionados con la conducta suicida.

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

2. Antecedentes del problema a investigar

A nivel mundial se encontró un estudio realizado en España por Goñi-Sarriés y otros (2018), el cual trata sobre intento suicida en urgencia psiquiátrica hospitalaria, donde se identificó como factores de riesgo suicida el intento suicida previo en el 45.4%, atenciones previas en urgencia 55.6% antecedentes de trastorno mental 77.8% seguimiento en salud mental 57% (Goñi-Sarriés, y otros, 2018).

Estudio realizado en Costa Rica por Sanabria y otros (2016), reporto una tasa de suicidios del 10.06% siendo los principales métodos el ahorcamiento y la intoxicación, situándose luego en segundo lugar el uso de arma de fuego como método suicida, 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 (Sanabria & Espinoza, 2016).

En Guatemala en el municipio de Jutiapa se realizó un estudio por Ramos y otros (2015), donde se encontraron como factores de riesgos de intento suicida los grupos etarios siendo el más afectado los de 18 a 27 años con un 53.2%, la ubicación geográfica la cual fue la rural con el 80.6%, estado civil soltero 45.2%, escolaridad: sin escolaridad 64.5% ocupación agricultora 30.7% (Ramos Sandoval, Acajabón Hernández, & Chipin García, 2016).

En Cuba se realizó un estudio sobre la caracterización de la conducta suicida, encontrando 53,763 intentos suicidas (13,441 intentos por año como promedio general), lo que representó una tasa bruta acumulada de intentos de 126.2 por 100 000 habitantes. Las tasas acumuladas por sexo fueron de 178.5 por 100 000 habitantes en el sexo femenino y 76.5 por 100 000 habitantes en el sexo masculino. El sexo femenino aportó 37 617 intentos (70 %) del total de los intentos (Corona Miranda & Alfonso Sagué, 2017).

Según el Ministerio de salud de El Salvador (MINSAL) en el año 2019 se reportó un total de 835 intentos suicidas y 6,271 casos de depresión; mientras que en 2012 se reportaron 1,100 intentos suicidas y 9,875 casos de depresión diagnosticados (OPS M. , 2019).

En el boletín informativo de la OMS y OPS; de acuerdo a los registros de la vigilancia epidemiológica de Nicaragua, del primero de marzo al 4 de abril del 2015, se reportan 69 intentos de suicidios, de estos eventos notificados, 12% fueron suicidios consumados y 71% intentos de suicidios. Cada día se realizan 2 intentos de suicidios que ingresan a los servicios de salud; de estos el 51% son del sexo Masculino (OPS O. , 2015).

El 42% de las personas con intentos de suicidio son en edad adolescente. El 77% de los intentos de suicidios son en los SILAIS de Matagalpa (29%), Jinotega (20%), Chinandega (7%) y Las Minas (7%). Los municipios de Mulukuku, Jinotega, Matagalpa, La Dalia y Matiguas, son los que presentan mayor número de intento de suicidios (OPS O. , 2015).

Se encontró que el 71% de las personas, procedían de comunidades rurales. Utilizando como método de intento suicida los plaguicidas siendo el Gramoxone en un 24%, 18% Fosfina, 14% Cipermetrina, 10% Paraquat. Según sexo, el plaguicida empleado en intentos de suicidios por Hombres es: Gramoxone, Fosfina y Cipermetrina. En mujeres Gramoxone, Fosfina y medicamento como Benzodiazepina, Cefalexina, Sulfato Ferroso (OPS O. , 2015)

Los ahorcamientos e intoxicación alcohólica son empleado únicamente por los hombres en sus intentos suicidas. Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio (OPS O. , 2015).

En el estudio realizado por Useda (2009), sobre Factores asociados a ideación e intento suicida en los pacientes que asisten a la emergencia del hospital docente de atención psicosocial en el 2009 obtuvo que los factores de riesgos más predominante fueron: el sexo femenino con más intento suicida que los masculinos, el estado civil el más afectado fue la población soltera y con respecto a la patología se encontró que las personas con epilepsia fue más frecuente los eventos autolesivos (Useda, 2009).

En este mismo estudio se encontró que los métodos más utilizados fue la sobredosis de medicamentos, se observó que las mujeres buscan formas más pasivas en comparación con los hombres que presentan más intentos violentos (Useda, 2009).

También podemos considerar como antecedente reciente el estudio realizado por García (2019), Factores de Riesgo en pacientes con Intento Suicida Ingresados en el Hospital Psicosocial, donde se encontró como factores de riesgo suicida con una correlación estadística significativa de acuerdo a V de Cramer entre: Riesgo suicida, Depresión, Desempleo y Psicosis; y Número de Intentos suicidas previos con: Depresión, Enfermedad mental previamente diagnosticada, Enfermedad médica crónica previa, Psicosis, Historia familiar de suicidio, Aislamiento durante el intento, Requerimiento de Intervenciones para la sobrevida, y Nota suicida (García Ruiz, 2019).

Todo lo anterior con un valor de $p < 0.05$ (García Ruiz, 2019). En este mismo estudio de acuerdo a la Prueba de Correlación de Pearson se encontró correlación entre el número de años de consumo de alcohol y el número de intentos suicidas previos, siendo un valor de $p < 0.05$ (García Ruiz, 2019).

3. Justificación

Conveniencia: Identificar los factores de riesgos que actualmente están afectando a la población nicaragüense y así poder incidir en los intentos suicidas realizados y poder llegar a obtener una disminución de los mismo. Al realizarse en el servicio de emergencia del hospital psicosocial se obtendrá una mayor muestra ya que se incluirán a todos los pacientes mayores de 16 años que fueron atendido en dicha sala.

Relevancia social: La relevancia de este trabajo a nivel de la población nicaragüense, estará dada por el conocimiento de los factores de riesgo que actualmente le estén afectando, así como en la institución podremos obtener información que nos permitirá abordar cada caso de forma individualizado con una mayor precisión considerando la unidad biopsicosocial y espiritual del ser humano.

Ante la problemática del aumento de los intentos suicidas en Nicaragua estimamos necesario realizar este proyecto de investigación donde se da a conocer a través de la aplicación de la escala de SAD PERSONS los factores de riesgos en pacientes con intento de suicidio atendidos en emergencia del hospital psicosocial Dr. J.D.F.V en marzo 2019 – marzo 2020.

Consideramos que tendrá mucha transcendencia dentro del hospital psicosocial y en el sistema de salud nacional ya que el uso de esta escala servirá para realizar una atención eficaz a los pacientes que acuden con intento de suicidio debido que aportará información con la cual será posible identificar los factores de riesgos en los pacientes, tomar medidas preventivas para evitar el suicidio o disminuir su incidencia.

Implicaciones Prácticas: la Organización Mundial de la Salud pronostico el incremento de intentos suicidas a 1.5 millones para el año 2020, El presente trabajo está destinado a identificar los factores de riesgo de suicidio en el servicio de Emergencia del Hospital Psicosocial, el cual es el principal servicio a nivel institucional donde se atienden a estos pacientes, lo que dará un gran número de datos para lograr actuar en pro de evitar el aumento de conducta de suicidio.

Valor Teórico: mediante el contraste de los factores de riesgo que se estudiaron en el Hospital Psicosocial en el año 2018 con los nuevos que encontraremos o con la validación de los ya conocidos, se explicaran los fenómenos actuales que se presentan en un servicio de gran afluencia de pacientes que acuden por realizar intento suicida.

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 el Hospital Psicosocial con estudios en el servicio de Emergencia de este tipo.

4. Planteamiento del problema

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, repercutiendo con el desarrollo económico y social de los países, con un creciente aumento en los países en vías de desarrollo. Se realizó el estudio en el servicio de Emergencia del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, el único servicio de referencia nacional donde son atendidos pacientes con 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 riesgos en pacientes con intento de suicidio atendidos en emergencia del hospital psicosocial Dr. J.D.F.V. marzo 2019- marzo 2020?

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y médico-psiquiátrico de los pacientes atendidos por intento suicida en la emergencia del hospital psicosocial en el periodo de marzo 2019 a marzo 2020?

¿Cuáles son los factores de riesgo suicida encontrado a través de la escala de SAD PERSONS?

¿Existe correlación entre los factores de riesgo sociodemográfico médico psiquiátrico y el riesgo suicida en los pacientes atendidos en emergencia?

5. Objetivos de investigación

Objetivo General

Establecer los factores de riesgos en pacientes con intento de suicidio atendidos en emergencia del hospital psicosocial Dr. J.D.F.V. marzo 2019- marzo 2020.

Objetivos Específicos

- 1) Describir los factores sociodemográficos y médico-psiquiátrico de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la emergencia del hospital psicosocial en el periodo de marzo 2019 a marzo 2020.
- 2) Determinar el riesgo suicida a través de la escala de SAD PERSONS.
- 3) Establecer la correlación que existe entre los factores de riesgo sociodemográfico, médico-psiquiátrico y el riesgo.

6. Marco teórico

Según la Organización Mundial de la Salud, “el suicidio es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte”.

La OMS ha publicado tres conceptos diferentes del suicidio: en 1969 establece que el suicidio es "todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil" (Echavarria, 2010).

En 1976 definió actos suicidas, suicidio e intento de suicidio: Los actos suicidas como "hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos". El suicidio como "muerte que resulta de un acto suicida" e intento de suicidio como "acto suicida cuyo resultado no fue la muerte" (Mansilla, 2010).

Una definición del suicidio ampliamente aceptada es la que se considera como una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea (OMS, 1986) (Mansilla, 2010).

La Organización Mundial de Salud, en su 66ª Asamblea Mundial de la Salud desarrollada en mayo del 2013, acepta que no hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona.

Son dos los elementos (ejes) que pueden considerarse como integrantes de la conducta suicida el primer eje es el "criterio de autoinflingidor" es decir la propia acción violenta, el segundo (eje) será el "criterio de propósito", que hace referencia a la finalidad de muerte, la presencia de ambos ejes o la ausencia de uno de ellos determinaran las diferentes formas con que puede presentarse la conducta suicida (Echavarria, 2010).

La persona con idea de suicidio, es incapaz de hacer uso del pensamiento complejo para dominar un situación percibida como insoportable y convencido de que no existe salida, planea y ejecuta una auto-lesión, tipo de comportamiento ambivalente (deseos de vivir y deseos de muerte), estos se complementan y hasta se contradicen, el acto se reviste de odio y amor, de coraje y cobardía, de temor y audacia (Dahlberg & Krug, 2003) (Echavarria, 2010).

Un intento suicida, en cambio, puede tener o no a la muerte como el fin buscado. El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores sociodemográficos, factores médicos-psiquiátricos y de los estresantes que está sometido el paciente (OMS, 2018).

La ideación suicida (IS): son pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente.

El intento de suicidio (IDS): es la conducta potencialmente lesiva, auto infligida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.

El suicidio (S): según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 lo define como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión autoinfligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es, el morir. El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos y ambientales. Es decir, es un hecho multicausal que requiere tener en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico.

Las características que definen el suicidio auténtico son:

- Gran letalidad del método empleado (antidepresivos tricíclicos, litio, armas de fuego, ahorcamiento, etc.)
- Baja probabilidad de ser descubierto.
- Existencia de un plan detallado.
- Existencia de nota de despedida.
- Nula crítica del intento.
- Escasos proyectos de futuro.
- Presencia de trastorno mental como depresivo o psicótico.

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, Dahlierg, 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 (Krug, Dahlierg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Factores de riesgos sociodemográficos:

Edad: Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada. Teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona. Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores al adolescente debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

Sexo: En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres, y como en el caso anterior, China e India presentan excepciones: China con la ingestión de plaguicidas e India con el suicidio a lo bonzo (I, 2007).

Religión: La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes (I, 2007).

Estado civil: Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social, y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad) (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo.

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio.

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio y un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio.

Factores psicológicos de riesgo suicida:

Muchas de las personas que intentan suicidarse tienen sentimientos de desesperanza y pesimismo, y una visión decepcionante del futuro. Su autoestima está disminuida y encuentran que el suicidio es un camino válido para solucionar sus problemas, aunque niegan que estas ideas conlleven un riesgo para ellos.

Son de pensamiento rígido y perfeccionista, con baja tolerancia a las frustraciones y con tendencia a la impulsividad y al enojo, lo que los lleva a aislarse socialmente.

Factores psiquiátricos de riesgo suicida:

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 (García Ruiz, 2019).

Los pacientes psiquiátricos son un grupo especialmente susceptible de presentar comportamientos suicidas (García Ruiz, 2019).

Uno de cada 10 pacientes psiquiátricos muere por intento de suicidio a lo largo de la vida, mientras que el riesgo de la población general es de 1 suicidio cada 100 personas. La tasa media de suicidios de los pacientes psiquiátricos es de 167/100.000 por año (I, 2007).

El riesgo de suicidio está incrementado en prácticamente todos los trastornos psiquiátricos mayores y es mayor aún en el momento del alta de una internación psiquiátrica (I, 2007).

Los trastornos afectivos son los grupos de trastornos psiquiátricos más frecuentemente hallado entre las personas suicidas: uno de cada dos o cada cuatro suicidas tenían un trastorno afectivo (Scully, National Medical Series for Independent Study, 1996).

Estos presentan un riesgo de suicidio multiplicado por 40 con respecto a la población general. Si a los trastornos afectivos se les agrega como comorbilidad un trastorno de la personalidad, el abuso de sustancias o un trastorno de ansiedad, la posibilidad de que realicen un intento suicida aumenta mucho más. De cada 100 pacientes con depresión mayor, 15 mueren por suicidio (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

El riesgo aumenta considerablemente cuantas más de las siguientes características presente el paciente:

1. sexo masculino;
2. de edad media o avanzada;
3. soltero, separado, divorciado o viudo;
4. con historia reciente de una pérdida importante;
5. depresión que cursa con síntomas psicóticos (aumenta el riesgo cinco veces);
6. aislado o con una menor integración social;
7. con antecedentes familiares de suicidio.
8. con insomnio, ansiedad, pseudodemencia depresiva, desesperanza y anhedonia.

El alcoholismo ha sido a lo largo de la vida un factor de riesgo aproximadamente entre el 10 y el 15%. De todos los alcohólicos que mueren, entre el 5 y el 27 % son por suicidio.

En general son personas solas o que sufrieron una pérdida interpersonal en el último mes y medio, o una ruptura de relación de pareja en el último año. Además, 75 de cada 100 alcohólicos con trastorno del estado del ánimo mueren por suicidio. Los alcohólicos que tuvieron un intento de suicidio anteriormente o están en el primer año de post-internación, tienen un 40% de riesgo de morir por suicidio (García Ruiz, 2019).

Los mecanismos por los que el consumo de alcohol puede predisponer al suicidio son:

1. Enturbiamiento o disminución del juicio;
2. Alteraciones agudas y crónicas del estado del ánimo;
3. Aumento de la impulsividad;
4. Exacerbación de la patología psíquica presente;
5. Alteración de las relaciones interpersonales.

Además, el alcohol está implicado en la cuarta o quinta parte del total de los suicidios.

Entre las enfermedades mentales se ha observado que en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; el 10 y el 15% terminan su vida con el suicidio. De todas las muertes por suicidio, el 5 y el 10% son pacientes esquizofrénicos.

En los pacientes con esquizofrenia el suicidio se da más frecuentemente en:

1. Varones jóvenes (aproximadamente 31 años);
2. En los primeros años de la enfermedad;
3. Solteros y que viven solos;
4. En internación o con alta reciente;
5. Con sintomatología depresiva, desesperanza o sensación de ineptitud;
6. Con educación universitaria.

En los trastornos de ansiedad de cada seis muertes en personas con trastornos de ansiedad, una es por suicidio (16,7%). El trastorno de pánico está relacionado con un aumento de la incidencia de suicidio.

Aumenta el riesgo de muerte para la persona si junto al trastorno de ansiedad se presentan:

1. Trastorno depresivo
2. Abuso de sustancias
3. Trastorno de la alimentación
4. Trastorno por estrés postraumático
5. Trastorno de la personalidad (Scully, National Medical Series for independent Study, 1996).

Entre los trastornos de la personalidad; el que presentan conductas de tipo suicidas más frecuentemente son los trastornos borderline y antisocial de la personalidad. Pero, lo más habitual es que estas conductas sean repetitivas y no sean fatales. Aun así, no hay que olvidar que el 10 % de todos los intentos suicidas terminan en muerte.

Por otro lado, la tercera parte de los adolescentes suicidas presenta un trastorno de personalidad (Scully, National Medical Series for Independent Study, 1996).

En el delirium, demencia y otros trastornos cognitivos, cuatro a cinco de cada 100 personas que se suicidan presentan delirium, demencia o algún otro trastorno cognitivo (Scully, National Medical Series for Independent Study, 1996).

Riesgo suicida en las enfermedades médicas no psiquiátricas:

Entre el 25 y el 75 % de los individuos que consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad terminal (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

Estas cifras van aumentando junto con la edad. El hecho de tener mala salud en los últimos 6 meses también aumenta el riesgo.

Los diagnósticos más frecuentes son: enfermedad incapacitante crónica (insuficiencia renal que requiere diálisis); enfermedad terminal o diagnósticos que están relacionados con la idea de muerte a corto plazo (cáncer, SIDA); dolor crónico (neurálgia del trigémino, cefaleas incoercibles) (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

En la mayor parte (80%) de los pacientes con enfermedad somática que realizan intentos suicidas hay una comorbilidad con trastornos depresivos. Sin embargo, es frecuente que al haber dolor importante la depresión quede disimulada y no sea identificada (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997) (Scully, National Medical Series for Independent Study, 1996).

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 (Krug, Dahlierg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

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 (Krug, Dahlierg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

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 (Krug, Dahlierg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

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).

Factores genético-familiares de riesgo suicida:

El tener un familiar que murió por suicidio se asocia a un aumento considerable de la posibilidad de intentar suicidarse. Casi la mitad de los familiares de un suicida realizan un intento de suicidio en su vida. Esto es así más allá de que pueda ser debido a identificación con el familiar suicida o a una predisposición genética (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

Riesgo suicida por antecedentes de intentos suicidas:

El antecedente de haber intentado suicidarse es uno de los factores que aporta al paciente más riesgo de quitarse la vida. Se sabe que uno o dos de cada diez de estas personas van a morir por suicidio. Y que aportan a la totalidad de los suicidios la mitad de las muertes. Por lo cual hay que tener muy en cuenta a las personas que ya realizaron un intento de suicidio por el alto riesgo que esto representa (100 veces más que la población general en el primer año) (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997).

ESCALA DE SADPERSONS:

La escala SAD PERSONS es un acrónimo utilizado como dispositivo mnemotécnico. Fue desarrollado por primera vez como una herramienta de evaluación clínica para profesionales para determinar el riesgo de suicidio, por Patterson et al.

La escala de SAD PERSONS adaptadas fue desarrollada por Gerald A. Juhnke para su uso con niños en 1996.

El puntaje se calcula a partir de diez preguntas sí / no, con un punto por cada respuesta afirmativa:

S: sexo masculino

A: Edad (<19 o> 45 años)

D: Depresión

P: intento anterior

E: Exceso de alcohol o uso de sustancias.

R: pérdida de pensamiento racional

S: falta de apoyos sociales

O: plan organizado

N: No cónyuge

S: enfermedad

Este puntaje luego se asigna a una escala de evaluación de riesgos de la siguiente manera:

0-4: Bajo

5-6: Medio

7-10: Alto

El puntaje se calcula a partir de diez preguntas de sí / no, con los puntos dados para cada respuesta afirmativa de la siguiente manera:

S: sexo masculino → 1

A: 15-25 años o más de 59 años → 1

D: Depresión o desesperanza → 1

P: Intentos suicidas previos o atención psiquiátrica → 1

E: Uso excesivo de etanol o drogas → 1

R: Pérdida del pensamiento racional (enfermedad psicótica u orgánica) → 1

S: Soltero, viudo o divorciado → 1

O: Intento organizado o serio → 1

N: No hay apoyo social → 1

S: enfermedad → 1

Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

5-6: recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.

7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

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).

Características del intento:

Peligrosidad del método. Los métodos violentos (precipitación, ahorcamiento, armas blancas o de fuego) guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. Las intoxicaciones médicas se suelen considerar tentativas menos graves, aunque esto depende del conocimiento subjetivo del paciente hacia la sustancia utilizada (Iráizoz Alonso & Pérez Fernández).

Conciencia de efectividad de la tentativa. Especialmente útil en tentativas suicidas por intoxicación. Debe evaluarse el grado de asombro que produce en el paciente las consecuencias de su ingestión, dado que en ocasiones existe una creencia errónea acerca de la letalidad del intento.

Grado de planificación. La ausencia de factores desencadenantes, la existencia de notas de despedida, realización de testamento o seguros de vida orienta hacia una premeditación del acto, y por tanto una mayor gravedad (Iráizoz Alonso & Pérez Fernández).

Accesibilidad. Debe tenerse en cuenta si se ha llevado a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate (Iráizoz Alonso & Pérez Fernández).

Finalidad. Debe evaluarse la posibilidad de que exista una ganancia secundaria en la conducta suicida, lo que implicaría un menor riesgo de consumación del acto (Iráizoz Alonso & Pérez Fernández).

Actitud ante el resultado. Debe explorarse la existencia de sentimientos de alivio ante la salvación o si surgen sentimientos de frustración por el resultado (Iráizoz Alonso & Pérez Fernández).

7. Hipótesis de investigación

El sexo femenino asociado a padecer enfermedad médico psiquiátrica es el principal factor de riesgo suicida en los pacientes que acudieron a la emergencia del hospital psicosocial.

8. Diseño metodológico

a. Tipo de estudio:

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y 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 prospectivo, 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.

b. Área de estudio:

Servicio de Emergencia del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle, la cual es un área ubicada en el sector sur del hospital.

c. Universo:

Lo constituye los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en la emergencia del hospital psicosocial Dr. J.D.F.V desde marzo 2019 a marzo 2020.

Muestra:

El muestreo se hizo por el cálculo probabilístico del tamaño de la muestra de acuerdo al método de Munch Galindo (1996), según el método de población finita y muestreo completamente aleatorio, tal como se describe a continuación.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{NE^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Z=Nivel de confianza
 N=Población-Censo
 p= Probabilidad a favor
 q= Probabilidad en contra
 e= error de estimación
 n= Tamaño de la muestra

$$n= 84$$

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

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de intento suicida plasmado en la hoja de atención en emergencia, en el período de estudio.
2. Edad \geq 16 años.

Criterios de Exclusión:

1. Niños y adolescentes (<16 años).
2. Las ideaciones suicidas sin tentativa.
3. Pacientes procedentes del extranjero.
4. Paciente que no hayan acudido en el período de estudio.
5. Paciente que no tenga en la hoja de emergencia la escala de evaluación de SAD PERSONS.

8.4 Definición y Operacionalización de variables (MOVI):

Variables por objetivos:

1. Describir los factores sociodemográficas y médico-psiquiátrico de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la emergencia del hospital psicosocial en el periodo de marzo 2019 a marzo 2020.

- Edad.
- Sexo.
- Religión.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Procedencia.
- Antecedentes de trastornos mentales.
- Intentos previos de suicidio.
- Presencia reciente de ideación suicida.
- Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad.
- Historia familiar previa de suicidio.
- Presencia de eventos vitales estresantes.
- Factores sociales y ambientales.
- Intoxicación medicamentosa.
- Intoxicación por otro producto químico.
- Daño físico.
- Planificación de la conducta suicida.
- Letalidad de la conducta suicida.
- Actitud ante la conducta suicida actual.
- Existencia de alteraciones a nivel de la conciencia.
- Afectación de la capacidad de decisión.
- Presencia de enfermedades mentales.
- Estado de ánimo.
- Presencia de planes futuros de suicidio.
- Apoyo social o familiar actual.

2. Determinar el riesgo suicida a través de la escala de SAD PERSONS.
 - Valor de la escala de SAD PERSONS.
 - Riesgo suicida según SAD PERSONS.

3. Establecer la correlación que existe entre los factores de riesgo sociodemográfico, médico-psiquiátrico y el riesgo.

		1.2.8 Enfermedad física/crónica	1.2.8 Trastornos cognitivo.	
2) Determinar el riesgo suicida a través de la escala de SAD PERSONS.	2. Riesgo suicida de los pacientes atendidos en emergencia.	2.1 valor de la escala de SAD PERSONS	2.1.1 Valor de la escala de SAD PERSONS, teniendo un valor de 1 punto cada variable considerada como riesgo. S: sexo masculino A: Edad D: Depresión P: intento anterior E: Exceso de alcohol o uso de sustancias. R: pérdida de pensamiento racional S: falta de apoyos sociales O: plan organizado N: No cónyuge S: enfermedad	
		2.2 Riesgo según SAD PERSONS		

			<p>2.2.1 Riesgo bajo: ≤ 2 puntos.</p> <p>2.2.2 Riesgo intermedio: 3-6 puntos.</p> <p>2.2.3 Riesgo alto: ≥ 7 puntos.</p>	
<p>3) Establecer la correlación que existe entre los factores de riesgo sociodemográfico médico psiquiátrico y el riesgo.</p>	<p>3. Factores de riesgos sociodemográficos y medico psiquiátricos.</p>	<p>3.1 Factores de riesgos sociodemográficos</p> <p>3.2 Factores de riesgo médico psiquiátricos.</p>	<p>3.1.1 Edad</p> <p>3.1.2 Sexo</p> <p>3.1.3 Estado civil</p> <p>3.1.4 Ocupación</p> <p>3.1.5 Religión.</p> <p>3.2.1 T. afectivo.</p> <p>3.2.2 T. esquizofrenia</p> <p>3.2.3 T. ansiedad</p> <p>3.2.4 T. uso de sustancias.</p> <p>3.2.5 Trastorno de la personalidad.</p> <p>3.2.6 Conducta suicida previa.</p> <p>3.2.7 Trastorno adaptativos.</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>

8.5 Método, técnica, fuente de recolección de la información:

➤ **Recolección:**

- **Fuente:**
 - Secundaria por medio de la revisión de hojas de atención en emergencia.
- **Método:** Revisión de hojas de atención en emergencia.
- **Técnica:** Ficha de recolección de información en forma de instrumento.

Diariamente se revisaron los diagnósticos de las hojas de atención en emergencia, y se procedió a llenar la ficha de recolección de información.

- **Instrumento:** basada en estudios clínicos nacionales e internacionales.

Plan de tabulación y análisis:

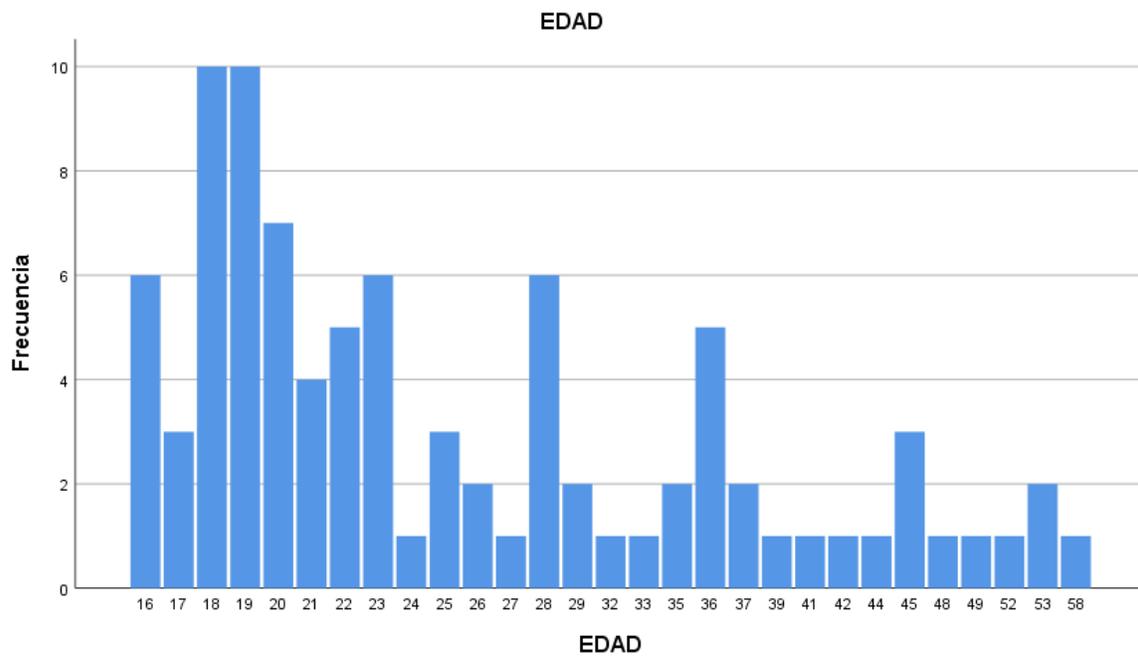
De los datos recolectados a partir de la ficha de recolección de datos, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 25 para Windows. Se realizó el control de calidad de los datos registrados, y se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

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 muestren 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

Edad

La edad más frecuente encontrada fue la de 18 y 19 años con el 11.1% cada una, seguido de un 7.8% en la edad de 20 años (Figura 2).



Fuente: Figura 1, Cuadro 2

Sexo

Se encontró que el 54.4% de los pacientes estudiados eran del sexo femenino y el 45.6% eran masculino (Cuadro 2).

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	41	45.6	45.6	45.6
	Mujer	49	54.4	54.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Figura 2.

Religión

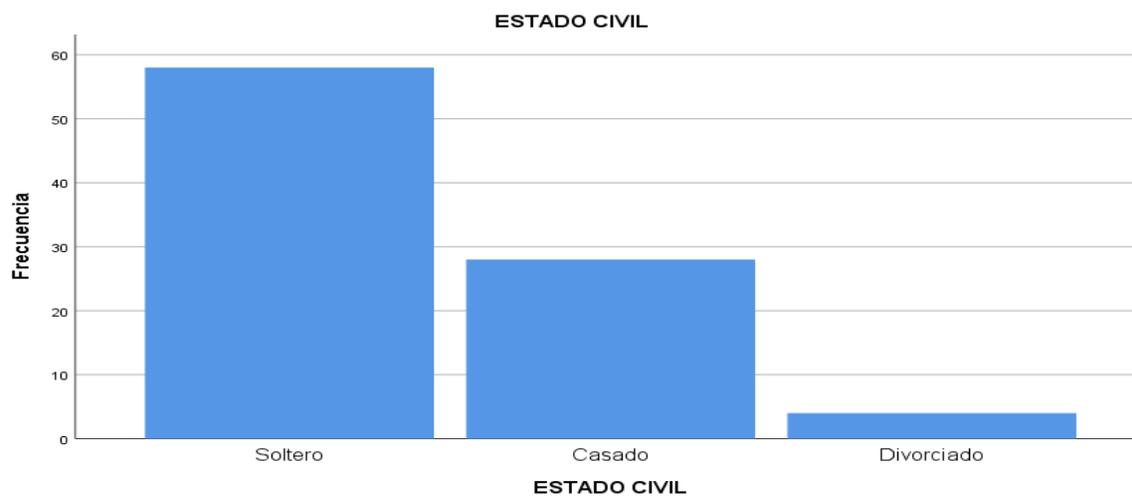
Se encontró que el 54.4% de los pacientes estudiados eran del sexo femenino y el 45.6% eran masculino (Cuadro 3).

		RELIGIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católico	40	44.4	44.4	44.4
	Evangélico	31	34.4	34.4	78.9
	Testigo de Jehová	8	8.9	8.9	87.8
	Ninguna	11	12.2	12.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 3

Estado civil

En cuanto al estado civil, los solteros realizaron más intentos suicidas en un 64.4% y los casados en un 31.1% (Cuadro 4).



Fuente: Cuadro 4

Escolaridad.

Se encontró que el 52.2% de los pacientes tenían una escolaridad de secundaria y el 31.1% universitaria (Cuadro 5).

ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	13	14.4	14.4	14.4
	Secundaria	47	52.2	52.2	66.7
	Universidad	28	31.1	31.1	97.8
	Analfabeto	2	2.2	2.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 5

Ocupación

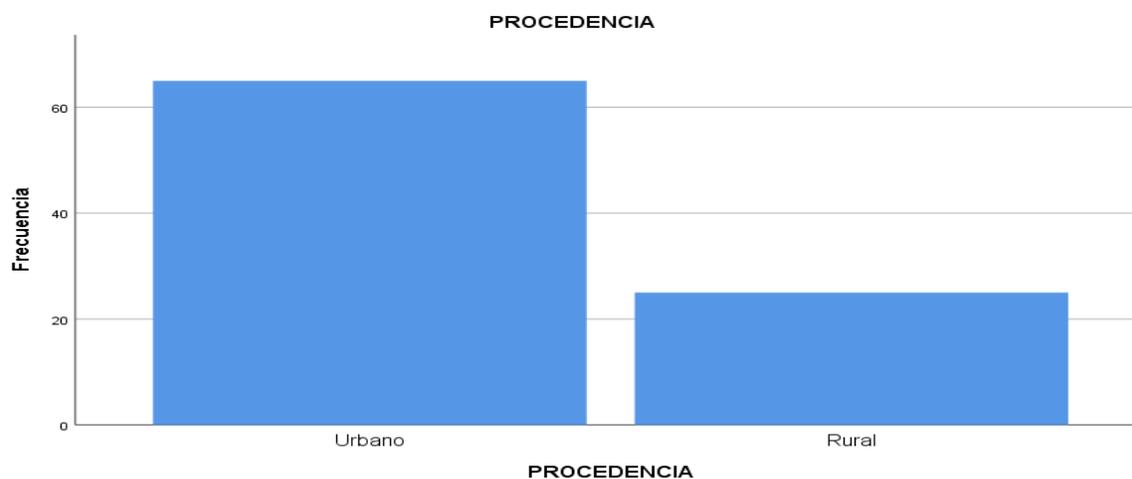
En relación a la ocupación el 37.8% se encontraban estudiando, un 32.2% se encontraban trabajando, y un 21.1% se encontraban desempleados (Cuadro 6).

		OCUPACIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trabaja	29	32.2	32.2	32.2
	Desempleado	19	21.1	21.1	53.3
	Estudia	34	37.8	37.8	91.1
	Ama de casa	8	8.9	8.9	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 6

Procedencia

En relación a la procedencia, se encontró que el 72.2% de la población estudiada era del área urbana y el 27.8% eran del área rural (Figura 7).



Fuente: Cuadro 7

Antecedentes de trastornos mentales:

Con respecto a los antecedentes de trastorno mentales en un 57.8% de casos se encontró que padecían de depresión y el 12.2% de trastorno de la personalidad, impulsividad y agresión (Cuadro 8).

ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Depresión	52	57.8	57.8	57.8
	Trastorno bipolar	10	11.1	11.1	68.9
	Trastorno psicótico	3	3.3	3.3	72.2
	Ansiedad	5	5.6	5.6	77.8
	Abuso de alcohol/drogas	9	10.0	10.0	87.8
	Tr. de personalidad, impulsividad y agresión	11	12.2	12.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 8

Intentos previos:

El 57.8% de los casos estudiados había realizado 1 intento previo al intento suicida por el cual acudieron a la emergencia del hospital psicosocial y el 42.2% no lo habían realizado (Cuadro 9).

INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	38	42.2	42.2	42.2
	SI	52	57.8	57.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 9

Presencia reciente de ideas suicidas

En cuanto a la presencia reciente de ideas suicidas el 62.2% tenían presencia reciente de ideas suicidas y el 36.7% no las tenían (Cuadro 10).

PRESENCIA RECIENTE DE IDEAS SUCIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	33	36.7	37.1	37.1
	SI	56	62.2	62.9	100.0
	Total	89	98.9	100.0	
Perdidos	2	1	1.1		
Total		90	100.0		

Fuente: Cuadro 10

Enfermedades médicas

Dentro de las enfermedades físicas el 76.7% no tenían antecedentes, y un 23.3% si tenían antecedentes (Cuadro 11).

ENFERMEDAD MÉDICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	69	76.7	76.7	76.7
	Si	21	23.3	23.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 11

Tipos de enfermedades médicas

Dentro de los tipos de enfermedades médicas se encontró que la concomitancia de la hipertensión arterial crónica con la diabetes mellitus presentaron un 5.6%, seguida de la hipertensión arterial crónica sin concomitancia con otra patología en un 4.4% (Cuadro 12).

ENFERMEDADES MÉDICAS

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	HTA	4	4.4
	DM TIPO 2	2	2.2
	EPILEPSI A	2	2.2
	PVVS	3	3.3
	ARTRITIS	2	2.2
	CEFALEA	3	3.3
	HTA + DM	5	5.6
	NINGUN A	69	76.7
	Total	90	100.0

Fuente: Cuadro 12

Historia familiar previa de suicidio

El 83.3% de los casos no presentaron historia familiar previa de suicidio (Cuadro 13).

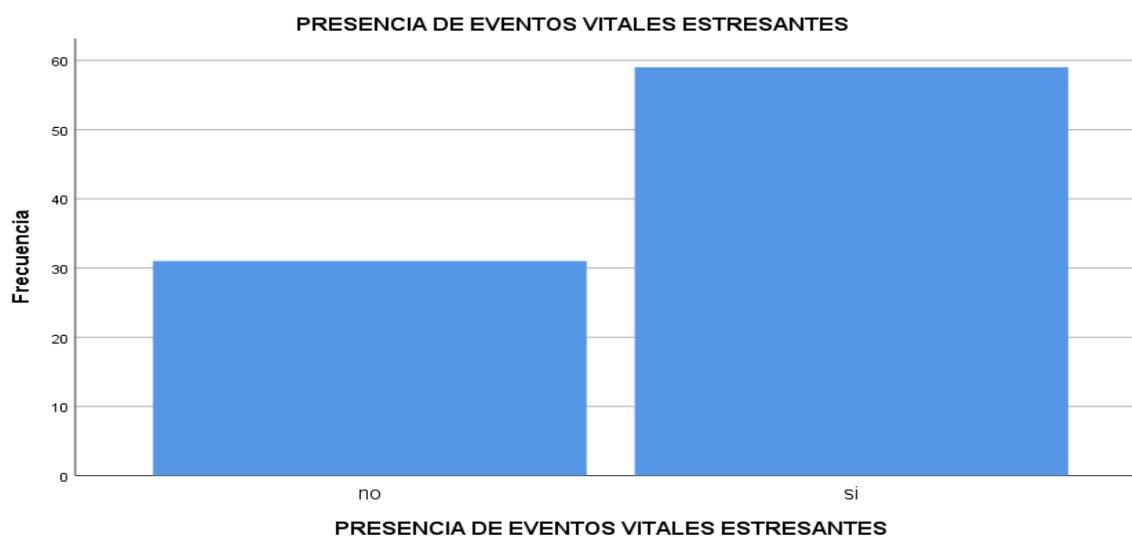
HISTORIA FAMILIAR PREVIA DE SUICIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	75	83.3	84.3	84.3
	si	14	15.6	15.7	100.0
	Total	89	98.9	100.0	
Perdidos	2	1	1.1		
Total		90	100.0		

Fuente: Cuadro 13

Presencia de eventos vitales estresantes

Con respecto a la presencia de eventos vitales estresantes el 65.6% de los casos si los presentaron y un 34.4% no lo presentaron (Figura 3).



Fuente: Figura 3.

Factores sociales y ambientales:

En relación a los factores sociales y ambientales el 63.3% presentaron falta de apoyo social y familiar y el 31.1% fue historia de maltrato físico o abuso sexual (Cuadro 14).

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Falta de apoyo social/familiar	57	63.3	63.3	63.3
Historia de maltrato físico o abuso sexual	28	31.1	31.1	94.4
Problema de pareja	4	4.4	4.4	98.9
Historia de acoso	1	1.1	1.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 14

Método de intento suicida usado:

En relación a los métodos suicidas empleados se encontró la intoxicación farmacológica en un 66.7%, daños físicos el 21.1% e intoxicación con agentes químicos el 12.2% (Cuadro 15).

METODO DE INTENTO SUICIDA USADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Intoxicación Farmacológica	60	66.7	66.7	66.7
Intoxicación con Agentes Químicos	11	12.2	12.2	78.9
Daño Físico	19	21.1	21.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 15

Intoxicación medicamentosa

En lo referente a los métodos del intento suicida se encontró; que en la intoxicación medicamentosa el más usado fue la clonazepam con el 15.6% (Cuadro 16).

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	33	36.7	36.7	36.7
Acetaminofén	1	1.1	1.1	37.8
Acido valproico	3	3.3	3.3	41.1
Alprazolam	4	4.4	4.4	45.6
Amitriptilina	2	2.2	2.2	47.8
Atenolol	1	1.1	1.1	48.9
Carbamazepina	6	6.7	6.7	55.6
Clonazepam	14	15.6	15.6	71.1
Diazepam	3	3.3	3.3	74.4
Enalapril	2	2.2	2.2	76.7
Enalapril, ASA, Metformina	1	1.1	1.1	77.8
Ergotamina	1	1.1	1.1	78.9
Haloperidol+Acido valproico	1	1.1	1.1	80.0
Ibuprofeno	4	4.4	4.4	84.4
Lamotrigina	1	1.1	1.1	85.6
Lorazepam	3	3.3	3.3	88.9
Midazolam	2	2.2	2.2	91.1
Retrovirales	2	2.2	2.2	93.3
Sertralina, Retrovirales	1	1.1	1.1	94.4
Sertralina	1	1.1	1.1	95.6
Sertralina, Venlafaxina	1	1.1	1.1	96.7
Tramadol	3	3.3	3.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 16

Intoxicación por otros productos químicos

Entre las intoxicaciones por los productos químicos la fosfina se encontró en un 11.1% (Cuadro 17).

INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS QUIMICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FOSFINA	10	11.1	71.4	71.4
	GRAMOXON E	1	1.1	7.1	78.6
	KEROSIN	1	1.1	7.1	85.7
	PERMETRIN A	1	1.1	7.1	92.9
	PIRETROIDE S	1	1.1	7.1	100.0
	Total	14	15.6	100.0	
	Perdidos	Sistema	76	84.4	
Total		90	100.0		

Fuente: Cuadro 17

Daños físicos

Con respecto a los daños físicos el que mayor se realizó fue las heridas por arma blanca con el 13.3%, seguido por el ahorcamiento con el 6.7% (Cuadro 18).

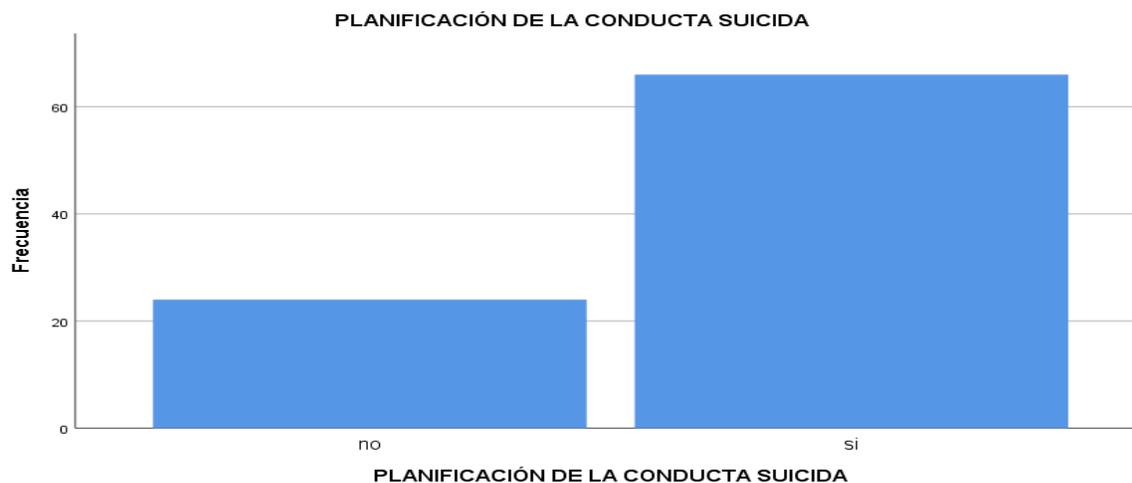
DAÑO FISICOS

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	Ahorcamiento	6	6.7
	HPAB	12	13.3
	Quemaduras	2	2.2
	Sistema	70	77.8
	Total	90	100.0

Fuente: Cuadro 18

Planificación de la conducta suicida

Con respecto de la planificación de la conducta suicida el 73.3% si planeo el intento suicida y el 26.7% no lo hicieron (Figura 4).



Fuente: Figura 4.

Actitud ante la conducta suicida

El 47.8% de los casos presentaron una actitud de alivio de no desenlace fatal y el 32.2% presentaron arrepentimiento con respecto de haber realizado el intento suicida y un 20% lamentaron que los resultados no hayan sido fatales (Cuadro 19).

ACTITUD ANTE LA CONDUCTA SUICIDA ACTUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Alivio de no desenlace fatal	43	47.8	47.8	47.8
Arrepentimiento	29	32.2	32.2	80.0
Lamento de resultado no fatal	18	20.0	20.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 19

Presencia de enfermedades mentales

Con respecto a la presencia de enfermedades mentales el 34.4% presentaron depresión, seguido del 15.6% con trastorno límite de la personalidad y un 13.3% con trastorno de ansiedad (Cuadro 20).

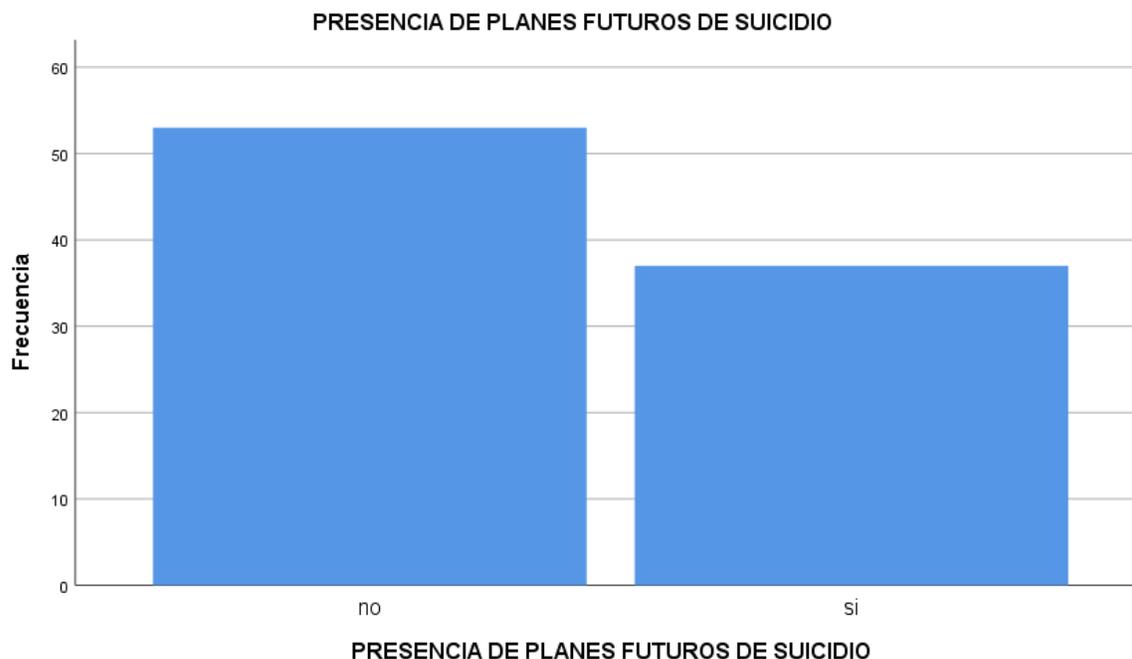
PRESENCIA DE ENFERMEDAD MENTALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1.1	1.1	1.1
Duelo patológico	2	2.2	2.2	3.3
Epilepsia	1	1.1	1.1	4.4
T. Ansiedad	12	13.3	13.3	17.8
T. Depresivo	31	34.4	34.4	52.2
T. Depresivo con síntomas psicótico	1	1.1	1.1	53.3
T. Esquizoafectivo	1	1.1	1.1	54.4
T. Mixto	1	1.1	1.1	55.6
T. Personalidad	1	1.1	1.1	56.7
TAB	11	12.2	12.2	68.9
TAB + TMC PT	1	1.1	1.1	70.0
TAB Depresivo	1	1.1	1.1	71.1
TAB+TLP	1	1.1	1.1	72.2
TEPT	2	2.2	2.2	74.4
TLP	14	15.6	15.6	90.0
TMC PT	9	10.0	10.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 20

Presencia de planes futuros de suicidio:

El 58.9% de los casos no tenían planes futuros de suicidio y el 41.1% si lo tenía (Figura 5).



Fuente: Figura 5.

Apoyo social o familiar actual:

De los pacientes que acudieron a la emergencia por intentos suicida se encontró que el 95.6% tenían apoyo social o familiar y un 4.4% no contaban con este (Cuadro 21).

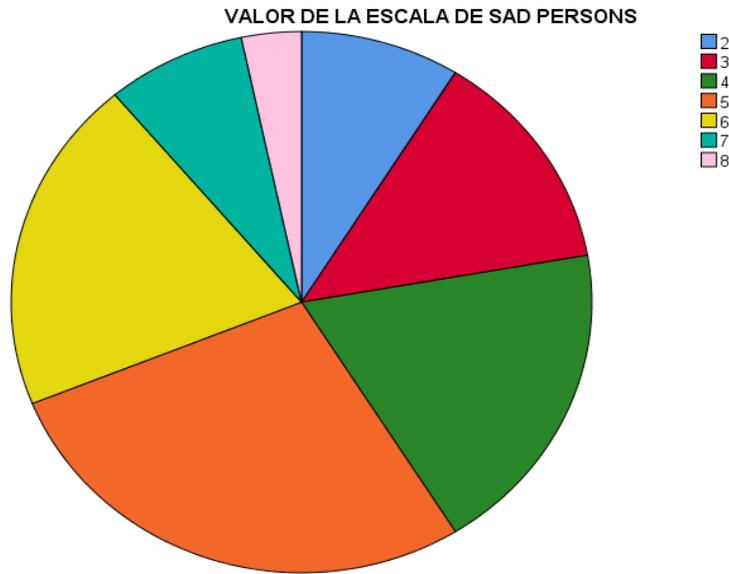
APOYO SOCIAL O FAMILIAR ACTUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	4	4.4	4.4	4.4
	SI	86	95.6	95.6	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 21

Valor de la escala de SAD PERSONS

El SAD PERSONS más frecuentemente encontrado fue el de 5 puntos en un 27.8%, seguido por el de 6 y 4 puntos; 20.0% y 18.9% respectivamente (Figura 25).



Fuente: Cuadro 25

Riesgo suicida según SAD PERSONS

Con respecto al riesgo suicida el más frecuente encontrado fue el intermedio en el 47.8% de los pacientes, seguido el riesgo bajo con un 41.1% (Cuadro 22).

RIESGO DE SUICIDIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	37	41.1	41.1	41.1
	Intermedio	43	47.8	47.8	88.9
	Alto	10	11.1	11.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 22

Manejo del paciente

Con respecto al manejo que se les dio a los pacientes que acudieron con intento suicida se encontró que el 57.8% fueron ingresados, el 32.2% fueron manejado ambulatoriamente y un 3.3% fueron trasladado a otra unidad hospitalaria (Cuadro 23).

MANEJO DEL PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ingreso	52	57.8	57.8	57.8
	Traslado	3	3.3	3.3	61.1
	Ambulatoriamente	29	32.2	32.2	93.3
	Abandono	6	6.7	6.7	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 23

Correlación sexo con enfermedades médicas

Se encontró perfectamente positivo la correlación de Pearson sexo vrs enfermedad médica por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis correlativa (cuadro 38).

Correlaciones

		SEXO	ENFERMEDAD MÉDICA
SEXO	Correlación de Pearson	Femenino	.001
	Sig. (bilateral)		.991
	N	90	90
ENFERMEDAD MÉDICA	Correlación de Pearson	.001	HTA
	Sig. (bilateral)	.991	
	N	90	90

Fuente: Cuadro 38

Correlación sexo con enfermedades mentales

Se encontró perfectamente negativa la correlación de Pearson sexo vrs enfermedad mental (cuadro 39).

Correlaciones

		SEXO	ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES
SEXO	Correlación de Pearson	Femenino	-.023
	Sig. (bilateral)		.832
	N	90	90
ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES	Correlación de Pearson	-.023	Depresión
	Sig. (bilateral)	.832	
	N	90	90

Fuente: Cuadro 39

10. Discusión de resultados

10.1 Principales hallazgos a partir del estudio:

Según los diferentes estudios realizados sobre los factores de riesgos en los intentos suicidas es sabido que la población en los extremos de la vida realizan más frecuentemente intentos suicidas, en el presente estudio se ha encontrado un predominio en las edades de 18 y 19 años, lo cual confirma datos previos a nivel mundial, esto puede estar influenciado por la creciente natalidad que se ha estado presentando en los últimos años y obteniendo posteriormente una pirámide poblacional con cimiento con jóvenes.

Con relación al sexo las mujeres realizan más intentos suicidas que los hombres siendo estos últimos los que llegan a consumar el hecho, en los casos estudiados se encontró concordancia en que la mayoría de intentos suicidas son realizados por mujeres; en estas mismas se reportó que ya habían realizado intentos previos más que los hombres. A nivel mundial se refleja que son menos los hombres que acuden a las unidades de atención en salud, generando subregistros epidemiológicos.

En cuanto al estado civil se encontró que los solteros realizaron más intentos suicidas que los casados lo cual es lo esperado encontrar según estudios de referencias sobre los factores de riesgos de intento suicida. El no tener pareja ha sido por muchos años un factor internacional de riesgo para intento suicidas, el matrimonio da un factor de protección a las personas.

La literatura nos indica que otro factor protector de intento suicida en la población es el tener un empleo; sin embargo, en nuestro estudio encontramos que los casos que más realizaron intento suicida fueron los que se encontraban estudiando seguido de los que contaban con un empleo, dato que no tiene una congruencia con lo encontrado en otras poblaciones; sin embargo esto pudiese estar relacionado con la problemática sociopolítica que presento el país en el 2018 tiempo en que se realizó el estudio y donde muchas personas cabezas de familias quedaran desempleadas, dando lugar a que la población en edades jóvenes buscaran trabajo de forma informal para apoyar a sus familias y así de igual manera los que se encontraban estudiando presentaran las ideas suicidas por dicha problemática y posterior el intento suicida.

En cuanto a la religión se espera que profesar una de ellas y pertenecer a un grupo religioso, servirá como un factor protector, sin embargo, en nuestra población estudiada no ocurrió de esa manera, la mayoría de la población profesaban una religión, unos eran católicos otros evangélicos y testigos de jehová y solo una pequeña parte no profesaban ninguna, lo cual no nos coloca al contexto mundial.

La mayoría de los casos que realizaron intento suicida presentaban antecedentes de trastornos mentales, siendo este dato congruente con la literatura, ya que se conoce que los pacientes psiquiátricos realizan más intentos suicidas que la población en general.

El hecho de padecer enfermedades médicas aumenta el riesgo de realizar intento suicida, sin embargo, en nuestro estudio los que más realizaron los intentos no padecían de enfermedades médicas. Por lo tanto, este dato no está acorde a la literatura mundial. 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, 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; la depresión fue seguida del trastorno límite de la personalidad donde sabemos que estos pacientes realizan muy frecuentemente este comportamiento y muchas veces llegan a la consumación.

En cuanto al consumo de alcohol y otros psicotrópicos, el intento suicida se relacionó muy poco con el consumo de estos, siendo incongruente con la literatura al considerar que a mayor consumo de psicotrópicos hay un mayor riesgo suicida.

La mayoría reporta apoyo social, pero hay una incongruencia con respecto a las causas de los intentos ya que el mayor número de casos referían que el intento suicida realizado era por problemas con sus familiares, padres, hermanos.

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

10.2 Limitaciones del estudio:

Dentro de las principales limitaciones del estudio podemos encontrar: al revisar las hojas de atención en emergencia no contaban con la evaluación de la escala de SAD PERSONS.

Otra limitación fue que, al registrar los diagnósticos en las hojas de emergencia, el intento suicida no era plasmado como principal diagnóstico. Al igual que no estaba el número de expediente completo o ya había sido modificado el mismo y al buscar las hojas de atención en emergencia no se hallaron.

También al recoger la información el médico tratante, no especificaba en algunos casos el tipo de fármaco ingerido cuando se trataba de un intento suicida por intoxicación medicamentosa.

10.3 Relación de resultados con las conclusiones de otras investigaciones:

En el estudio se pudo encontrar gran concordancia de resultados con investigaciones realizadas anteriormente, en donde aparecen como principal riesgo suicida: edad, sexo femenino, antecedentes de intentos suicidas previos, antecedentes de enfermedad médica y mental, el tipo de método utilizado el cual es el farmacológico seguido por el arma blanca.

Comparando los resultados obtenidos en el último estudio realizado en el Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle en el año 2018 por el doctor Rafael García, con el estudio actual, podemos encontrar que continúan siendo las mujeres el principal grupo que realiza más intentos suicidas, así como el método utilizado y la edad menor de 20 años.

En el 2018, García refiere que el estado civil que más se relacionó con el riesgo suicida fue el acompañado en un 38.5% de pacientes sin embargo en el estudio actual se encontró que los que más realizaron intentos suicidas fueron los solteros en un 64.4%. Lo que se relaciona con los datos que hay en otros estudios anteriores y según la literatura, que nos indican que el estar soltero continúa siendo uno de los principales factores de riesgo suicida.

10.4 Aplicaciones e implicaciones de los resultados obtenidos:

Se encontró que los pacientes que más realizaron los intentos suicidas fueron los que estaban estudiando y empleados, dato diferente a los del estudio del doctor García y a la literatura en general, esto pudiese ser debido que al ser jóvenes de 19 años que predominaron en el estudio, se encontraban trabajando por la problemática sociopolítica antes expuesta y estudiando, pero por los diferentes trastornos mentales y médicos con que contaban le sirvieron como factores de riesgos para el intento de suicidio.

11. Conclusiones

1. Las principales características sociodemográficas, de los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Psicosocial por intento de suicidio dentro del período estudiado fueron: la edad de 18 y 19 años, el sexo femenino, estado civil soltero, religión católica, ocupación estudiante, escolaridad secundaria y procedencia urbana.
2. El factor desencadenante asociado a intento suicida fue el conflicto familiar, seguido por enfermedades mentales, 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, seguida por el daño físico usando con más frecuencia la HPAB.
4. El riesgo suicida predominante encontrado al momento de la atención en la emergencia del hospitalario registrado en la hoja de atención, 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, intentos suicidas previos y las enfermedades psiquiátricas.

10. Recomendaciones

1. Se debe realizar, charlas educativas, psicoterapias, estrategias para disminuir el riesgo psicosocial de realizar intento suicida, educar a los familiares, padres, hermanos sobre las señales que nos pueden dar antes de la tentativa suicida.
2. Divulgar los resultados, concientizando sobre el tema y la importancia de identificar los factores de riesgos usando la escala de SAD PERSONS.
3. Capacitar a los padres a enseñarles a los jóvenes como no ser tan vulnerables cuando son partes de una familia disfuncional.
4. 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 los factores de riesgos suicidas y como identificarlos.
5. Supervisar y controlar la cantidad de medicamento que se dé a pacientes con enfermedades mentales que acudan solos a la unidad de salud y promover el acompañamiento de estos pacientes con algún familiar.

10. Bibliografía

- Iráizoz Alonso, I., & Pérez Fernández, E. (s.f.). *Conducta Suicida*. Servicio de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Libro electrónico de Temas de Urgencia.
- Corona Miranda, B., & Alfonso Sagué, K. (2017). Caracterización de la conducta suicida en Cuba 2011-2014. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 45.
- Echavarria, G. A. (2010). *Concepto y clasificación de la conducta suicida*.
- García Ruiz, R. E. (2019). Factores Riesgo en pacientes con Intento Suicida Ingresados en el Hospital Psicosocial Abril 2017- Diciembre 2018 . Managua, Nicaragua.
- Goñi-Sarriés, A., Janda-Galán, L., Macaya-Aranguren, P., Azcarate, L., López-Goñi, J. J., & Álvarez, I. (2018). *Actas especialidades en psiquiatria*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6455704>
- I, S. (2007). Treating Suicidatily in Depressive Illnes. *Can J Psychiatry*, 84.
- Krug, E. G., Dahlierg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Mansilla, I. F. (2010). *Suicidio y prevención*.
- Mortalidad por Suicidio en Las Américas. (2014). *Informe Regional*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2018). *SUICIDIO*.
- OPS, M. (2019). Foro en conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. *Foro en conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. San salvador: OPS.
- OPS, O. (2015). *El Suicidio según Vigilancia Epidemiológica*. Managua.

- Ramos Sandoval, M. T., Acajabón Hernández, J. L., & Chipin García, O. W. (2016). *Conducta suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa*. Jutiapa. Obtenido de <https://digi.usac.edu.gt/ojsrevistas/index.php/cytes/article/view/498>
- Rojo Rodes, J., & Cirera Costa, E. (1997). *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona España.: Masson.
- Sanabria, M. V., & Espinoza, K. (2016). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 - 2016. *Medicina Legal de Costa Rica*.
- Scully, J. (1996). *National Medical Series for independent Study*. Hong Kong: InfoMed.
- Useda, A. (2009). *Factores asociados a la ideación suicida en los pacientes atendidos en emergencia del hospital psicosocial*. Managua.
- Viscardi, N., & Hor, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay. *Revista Médica Uruguay*, 79-91.

Ficha de recolección de información

Aspectos a Recoger por parte del Médico de urgencia Hospitalarias en la Evaluación de un Paciente con Intento Suicida			
Datos Sociodemográficos:	Edad:	Sexo:	Mujer: __ Hombre: __
	Estado Civil:	Soltero: __ Casado: __ Divorciado: __	Unión de hechos estable: __ Viudo: __
	Ocupación:	Trabaja: __ Estudia: __	Desempleo: __ Otros: __ Jubilado: __
	Religión:	Católica: __	Evangélica: __ Testigo de Jehová: __ Ninguna: __
	Procedencia:	Rural: __	Urbana: __
	Escolaridad:	Primaria: __	Secundaria: __ Universidad: __
Factores Médicos Psiquiátricos:	Antecedentes de Trastornos Mentales:		
	Tr. Afectivo: __ Tr. Esquizofrenia: __	Enfermedad física/crónica: __	¿Cuál?: __
	Tr. de uso de sustancias: __	Tr. de la personalidad: __	
	Intentos suicidas previa: __ Presencia recientes de ideas suicidas: __ Hist. Familiar previa de suicidio: __	Presencia de eventos vitales estresantes: __	
	Tr. Adaptativo: __ Tr. Cognitivo: __	Tr. De ansiedad: __	
	Factores sociales y ambientales: __. Problema de parejas: __ Falta de apoyo social/familiar: __	Historia de maltrato físico o abuso sexual: __	Historia de acoso: __
Características del Intento de Suicidio:	Intoxicación medicamentosa, especificar: _____		
	Intoxicación por otros productos químicos, especificar: _____		
	Daños físicos (cortes, etc.) otros métodos, especificar: _____		
	Planificación de la Conducta Suicida:	Si: __	No: __
	Actitud ante la Conducta Suicida Actual:	Arrepentimiento: __	
	Alivio de no Desenlace Fatal: _____	Lamento de Resultado no fatal: _____	
Evaluación Clínica:	Existencia de Alteración de Nivel de Conciencia:		
	Afectación de Capacidad de Decisión:	Si: __	No: __
	Presencia de Enfermedades Mentales:	Si: __	No: __
	Consumidor de psicotrópicos: __ TAB: __	T. Depresivo:	Duelo patológico: __
	Depresión psicótica: __ T. de personalidad: __	T. de Ansiedad:	T. Mixto: __
	Presencia de planes futuros de suicidio:	Si: __	No: __
Apoyo social o familiar actual	Si: __	No: __	
Conclusiones:	Riesgo de suicidio:	Bajo: __ Medio: __	Alto: __
	Capacidad de decisión:	Si: __	No: __
	Manejo: Ingreso: __ Traslado: __	Ambulatoriamente: __	Abandono: __



ESCALA DE SAD PERSONS

Factor de Riesgo	Puntuación
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"/>

Cuadro 1.

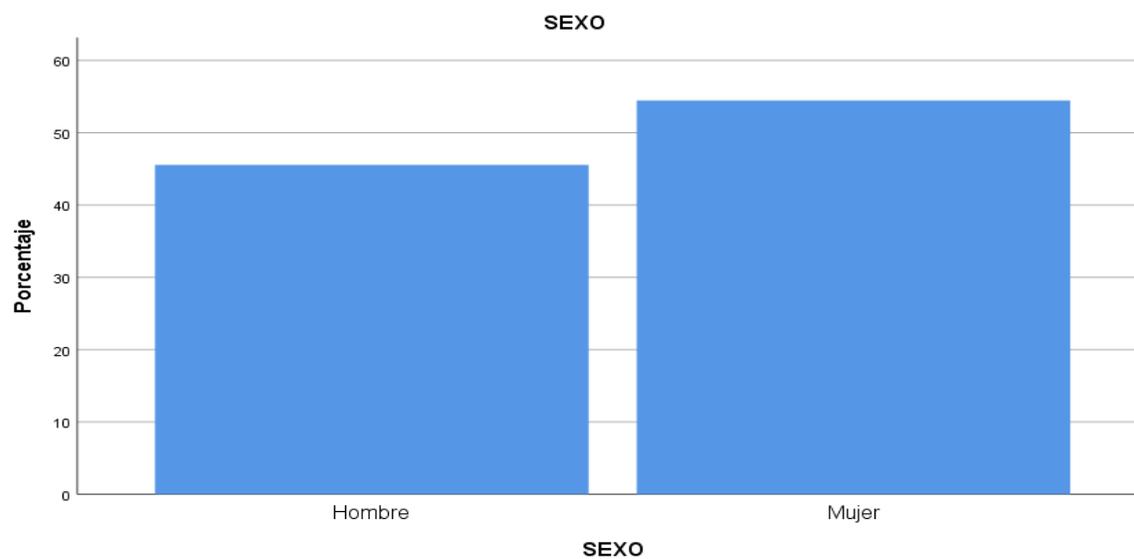
Estadísticos descriptivos

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
SEXO	90	1	2	1.54	.501
EDAD	90	16	58	26.62	10.435
RELIGION	90	1.00	4.00	1.8889	1.01056
ESTADO CIVIL	90	1	3	1.40	.577
PROCEDENCIA	90	1.00	2.00	1.2778	.45041
ESCOLARIDAD	90	1.00	4.00	2.2111	.71098
OCUPACIÓN	90	1	4	2.23	1.006
ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES	90	1	7	2.58	2.283
INTENTOS PREVIOS SUICIDIO	90	0	1	.58	.497
PRESENCIA RECIENTE DE IDEAS SUCIDA	89	0	1	.63	.486
ENFERMEDAD FISICA	90	0	1	.24	.432
ENFERMEDADES MÉDICAS	0				
HISTORIA FAMILIAR PREVIA DE SUICIDIO	90	0	1	.17	.375
PRESENCIA DE EVENTOS VITALES ESTRESANTES	90	0	1	.66	.478
FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES	90	1	4	1.43	.637
INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS QUÍMICOS	14	1	5	1.71	1.326
TIPOS DE DANOS FÍSICOS	0				
PLANIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	90	0	1	.73	.445
ACTITUD ANTE LA CONDUCTA SUICIDA ACTUAL	90	1	3	1.72	.779
AFECCIÓN DE CAPACIDAD DE DECISIÓN	86	0	1	.41	.494
PRESENCIA DE PLANES FUTUROS DE SUICIDIO	90	0	1	.41	.495
APOYO SOCIAL O FAMILIAR ACTUAL	90	0	1	.96	.207
RIESGO DE SUICIDIO	90	1	3	1.70	.661
MANEJO DEL PACIENTE	90	1	4	1.88	1.079
METODO DE INTENTO SUICIDA USADO	90	1.00	3.00	1.5444	.82327
N válido (por lista)	0				

Cuadro 2.

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	16	6	6.7	6.7	6.7
	17	3	3.3	3.3	10.0
	18	10	11.1	11.1	21.1
	19	10	11.1	11.1	32.2
	20	7	7.8	7.8	40.0
	21	4	4.4	4.4	44.4
	22	5	5.6	5.6	50.0
	23	6	6.7	6.7	56.7
	24	1	1.1	1.1	57.8
	25	3	3.3	3.3	61.1
	26	2	2.2	2.2	63.3
	27	1	1.1	1.1	64.4
	28	6	6.7	6.7	71.1
	29	2	2.2	2.2	73.3
	32	1	1.1	1.1	74.4
	33	1	1.1	1.1	75.6
	35	2	2.2	2.2	77.8
	36	5	5.6	5.6	83.3
	37	2	2.2	2.2	85.6
	39	1	1.1	1.1	86.7
	41	1	1.1	1.1	87.8
	42	1	1.1	1.1	88.9
	44	1	1.1	1.1	90.0
	45	3	3.3	3.3	93.3
	48	1	1.1	1.1	94.4
	49	1	1.1	1.1	95.6
	52	1	1.1	1.1	96.7
	53	2	2.2	2.2	98.9
	58	1	1.1	1.1	100.0
		Total	90	100.0	100.0

Figura 2.



Cuadro 3

RELIGIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católico	40	44.4	44.4	44.4
	Evangélico	31	34.4	34.4	78.9
	Testigo de Jehová	8	8.9	8.9	87.8
	Ninguna	11	12.2	12.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 4

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	58	64.4	64.4	64.4
	Casado	28	31.1	31.1	95.6
	Divorciado	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 5

ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	13	14.4	14.4	14.4
	Secundaria	47	52.2	52.2	66.7
	Universidad	28	31.1	31.1	97.8
	Analfabeto	2	2.2	2.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 6

OCUPACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trabaja	29	32.2	32.2	32.2
	Desempleado	19	21.1	21.1	53.3
	Estudia	34	37.8	37.8	91.1
	Ama de casa	8	8.9	8.9	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 7

PROCEDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	65	72.2	72.2	72.2
	Rural	25	27.8	27.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 8

ANTECEDENTES DE TRASTORNOS MENTALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Depresión	52	57.8	57.8	57.8
	Trastorno bipolar	10	11.1	11.1	68.9
	Trastorno psicótico	3	3.3	3.3	72.2
	Ansiedad	5	5.6	5.6	77.8
	Abuso de alcohol/drogas	9	10.0	10.0	87.8
	Tr. de personalidad, impulsividad y agresión	11	12.2	12.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 9

INTENTOS PREVIOS SUICIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	38	42.2	42.2	42.2
	SI	52	57.8	57.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 10

PRESENCIA RECIENTE DE IDEAS SUCIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	33	36.7	37.1	37.1
	SI	56	62.2	62.9	100.0
	Total	89	98.9	100.0	
Perdidos	2	1	1.1		
Total		90	100.0		

Cuadro 11

ENFERMEDADES MÉDICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	69	76.7	76.7	76.7
	SI	21	23.3	23.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 12

TIPOS DE ENFERMEDADES MÉDICAS

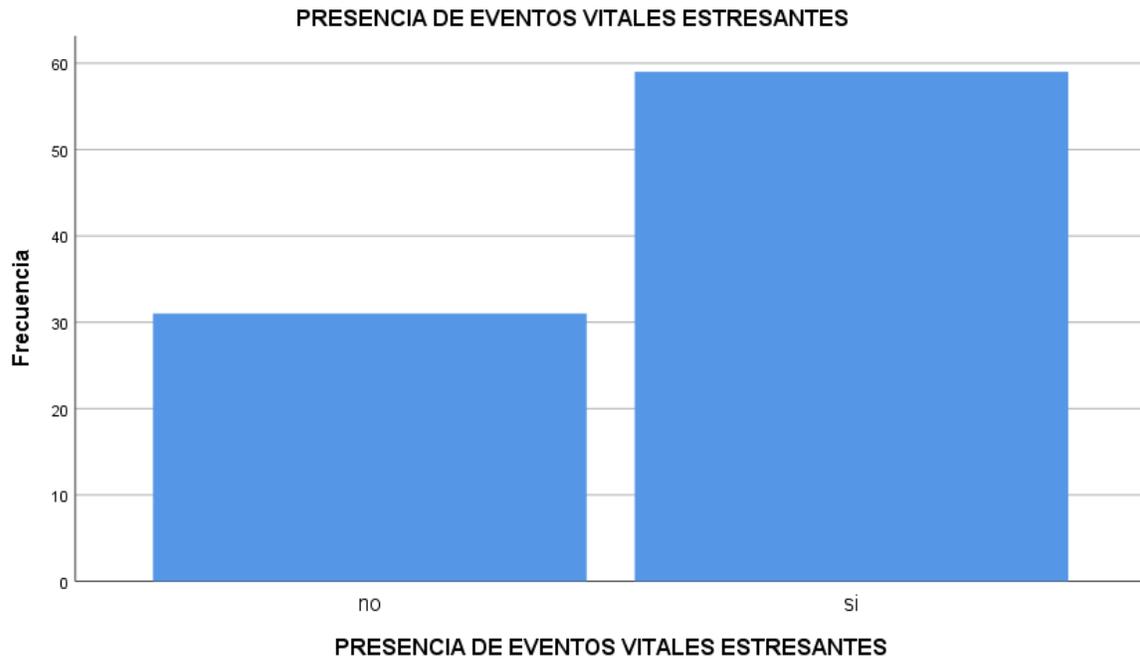
		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	HTA	4	4.4
	DM TIPO 2	2	2.2
	EPILEPSIA	2	2.2
	PVVS	3	3.3
	ARTRITIS	2	2.2
	CEFALEA	3	3.3
	HTA + DM	5	5.6
	NINGUNA	69	76.7
	Total	90	100.0

Cuadro 13

HISTORIA FAMILIAR PREVIA DE SUICIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	75	83.3	84.3	84.3
	si	14	15.6	15.7	100.0
	Total	89	98.9	100.0	
Perdidos	2	1	1.1		
Total		90	100.0		

Figura 3.



Cuadro 14

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Falta de apoyo social/familiar	57	63.3	63.3	63.3
	Historia de maltrato físico o abuso sexual	28	31.1	31.1	94.4
	Problema de pareja	4	4.4	4.4	98.9
	Historia de acoso	1	1.1	1.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 15

MÉTODO DE INTENTO SUICIDA USADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Intoxicación Farmacológica	60	66.7	66.7	66.7
	Intoxicación con Agentes Químicos	11	12.2	12.2	78.9
	Daño Físico	19	21.1	21.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 16

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	33	36.7	36.7	36.7
Acetaminofén	1	1.1	1.1	37.8
Acido valproico	3	3.3	3.3	41.1
Alprazolam	4	4.4	4.4	45.6
Amitriptilina	2	2.2	2.2	47.8
Atenolol	1	1.1	1.1	48.9
Carbamazepina	6	6.7	6.7	55.6
Clonazepam	14	15.6	15.6	71.1
Diazepam	3	3.3	3.3	74.4
Enalapril	2	2.2	2.2	76.7
Enalapril, ASA, Metformina	1	1.1	1.1	77.8
Ergotamina	1	1.1	1.1	78.9
Haloperidol+Acido valproico	1	1.1	1.1	80.0
Ibuprofeno	4	4.4	4.4	84.4
Lamotrigina	1	1.1	1.1	85.6
Lorazepam	3	3.3	3.3	88.9
Midazolam	2	2.2	2.2	91.1
Retrovirales	2	2.2	2.2	93.3
Sertraalina, Retrovirales	1	1.1	1.1	94.4
Sertralina	1	1.1	1.1	95.6
Sertralina, Venlafaxina	1	1.1	1.1	96.7
Tramadol	3	3.3	3.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 17

INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS QUIMICOS

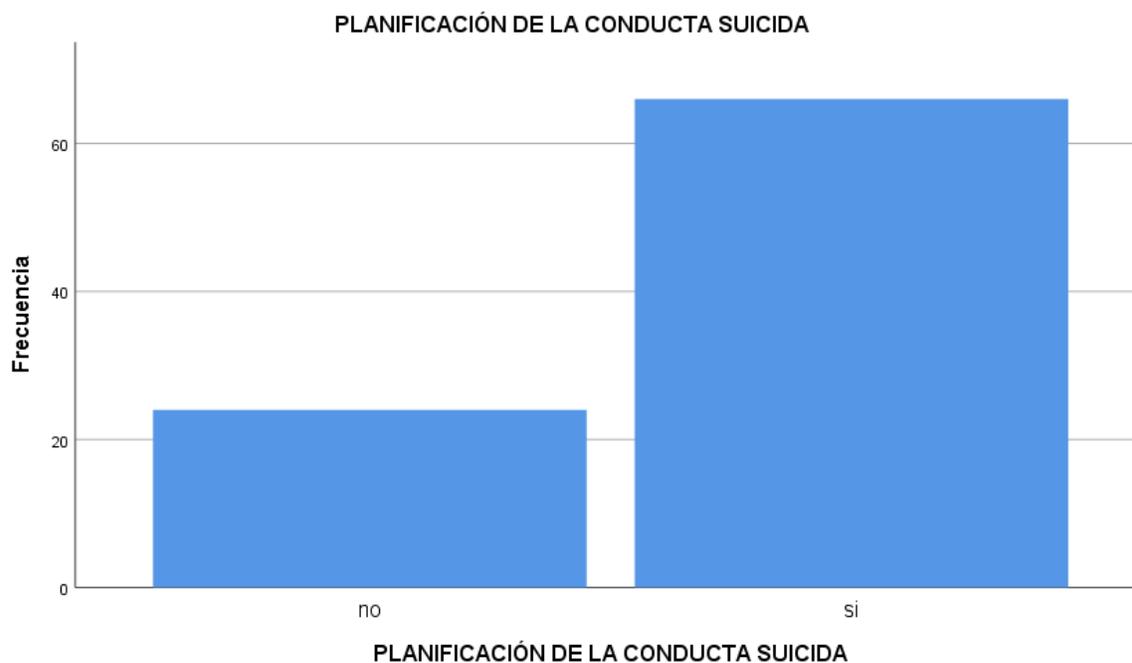
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FOSFINA	10	11.1	71.4	71.4
	GRAMOXON E	1	1.1	7.1	78.6
	KEROSIN	1	1.1	7.1	85.7
	PERMETRIN A	1	1.1	7.1	92.9
	PIRETROIDE S	1	1.1	7.1	100.0
	Total	14	15.6	100.0	
	Perdidos	Sistema	76	84.4	
Total		90	100.0		

Cuadro 18

DAÑO FISICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		70	77.8	77.8	77.8
	Ahorcamiento	6	6.7	6.7	84.4
	Corte en muñecas	1	1.1	1.1	85.6
	Cortes en antebrazos	1	1.1	1.1	86.7
	Cortes en muñecas	4	4.4	4.4	91.1
	Herida en cuello	3	3.3	3.3	94.4
	Herida en tórax	2	2.2	2.2	96.7
	Heridas en muñecas	1	1.1	1.1	97.8
	Quemadura con kerosin	1	1.1	1.1	98.9
	Quemaduras en antebrazos	1	1.1	1.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Figura 4



Cuadro 19

ACTITUD ANTE LA CONDUCTA SUICIDA ACTUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alivio de no desenlace fatal	43	47.8	47.8	47.8
	Arrepentimiento	29	32.2	32.2	80.0
	Lamento de resultado no fatal	18	20.0	20.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 20

PRESENCIA DE ENFERMEDAD MENTALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1.1	1.1	1.1
Duelo patológico	2	2.2	2.2	3.3
Epilepsia	1	1.1	1.1	4.4
T. Ansiedad	12	13.3	13.3	17.8
T. Depresivo	31	34.4	34.4	52.2
T. Depresivo con síntomas psicótico	1	1.1	1.1	53.3
T. Esquizoafectivo	1	1.1	1.1	54.4
T. Mixto	1	1.1	1.1	55.6
T. Personalidad	1	1.1	1.1	56.7
TAB	11	12.2	12.2	68.9
TAB + TMC PT	1	1.1	1.1	70.0
TAB Depresivo	1	1.1	1.1	71.1
TAB+TLP	1	1.1	1.1	72.2
TEPT	2	2.2	2.2	74.4
TLP	14	15.6	15.6	90.0
TMC PT	9	10.0	10.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 21

APOYO SOCIAL O FAMILIAR ACTUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	4	4.4	4.4	4.4
si	86	95.6	95.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 22

RIESGO DE SUICIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	37	41.1	41.1	41.1
	Intermedio	43	47.8	47.8	88.9
	Alto	10	11.1	11.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 23

MANEJO DEL PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ingreso	52	57.8	57.8	57.8
	Traslado	3	3.3	3.3	61.1
	Ambulatoriamen e	29	32.2	32.2	93.3
	Abandono	6	6.7	6.7	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 24

METODO DE INTENTO SUICIDA USADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Intoxicación Farmacológica	60	66.7	66.7	66.7
	Intoxicación con Agentes Químicos	11	12.2	12.2	78.9
	Daño Físico	19	21.1	21.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 25

VALOR DE LA ESCALA DE SAD PERSON

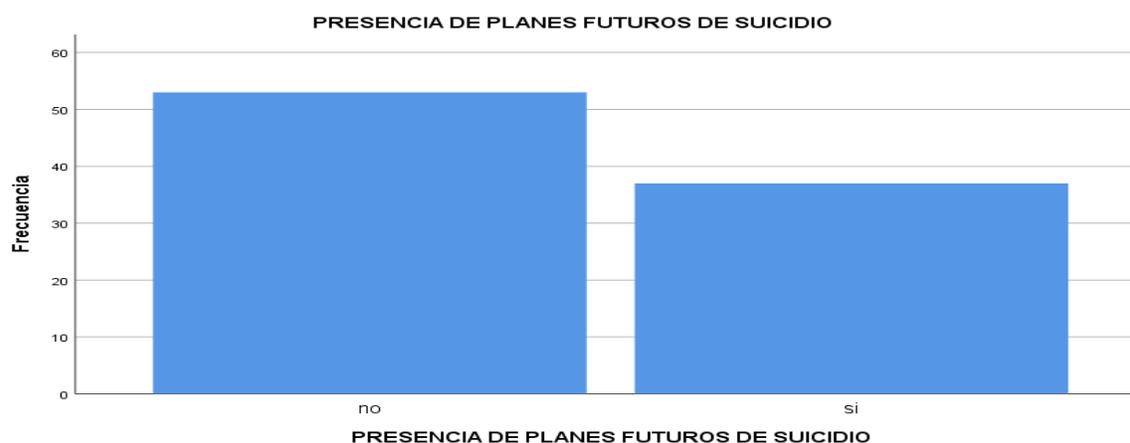
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	8	8.9	8.9	8.9
	3	12	13.3	13.3	22.2
	4	17	18.9	18.9	41.1
	5	25	27.8	27.8	68.9
	6	18	20.0	20.0	88.9
	7	7	7.8	7.8	96.7
	8	3	3.3	3.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Cuadro 26

AFECTACIÓN DE CAPACIDAD DE DECISIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	51	56.7	56.7	56.7
	si	39	43.3	43.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Figura 5.



Cuadro 26

Tabla cruzada EDAD*ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES

		Recuento						
		ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES						
		depresión	trastorno bipolar	trastorno psicótico	ansiedad	abuso de alcohol/drogas	tr. de personalidad, impulsividad y agresión	Total
EDAD	16	2	0	1	0	1	2	6
	17	1	0	0	1	1	0	3
	18	6	2	0	1	0	1	10
	19	4	0	0	1	2	3	10
	20	4	0	0	0	0	3	7
	21	3	1	0	0	0	0	4
	22	4	0	0	0	1	0	5
	23	3	1	0	1	0	1	6
	24	1	0	0	0	0	0	1
	25	1	2	0	0	0	0	3
	26	1	1	0	0	0	0	2
	27	1	0	0	0	0	0	1
	28	1	1	0	1	2	1	6
	29	1	0	0	0	1	0	2
	32	0	1	0	0	0	0	1
	33	1	0	0	0	0	0	1
	35	2	0	0	0	0	0	2
	36	5	0	0	0	0	0	5
	37	2	0	0	0	0	0	2
	39	0	1	0	0	0	0	1
	41	0	0	1	0	0	0	1
	42	1	0	0	0	0	0	1
	44	1	0	0	0	0	0	1
	45	2	0	0	0	1	0	3
	48	0	0	1	0	0	0	1
	49	1	0	0	0	0	0	1
	52	1	0	0	0	0	0	1
	53	2	0	0	0	0	0	2
	58	1	0	0	0	0	0	1
	Total	52	10	3	5	9	11	90

Cuadro 27

Cuadro cruzada EDAD*INTENTOS PREVIOS SUICIDIO

Recuento

		INTENTOS PREVIOS SUICIDIO		Total
		no	si	
EDAD	16	3	3	6
	17	1	2	3
	18	4	6	10
	19	6	4	10
	20	1	6	7
	21	3	1	4
	22	2	3	5
	23	2	4	6
	24	0	1	1
	25	1	2	3
	26	0	2	2
	27	0	1	1
	28	5	1	6
	29	2	0	2
	32	0	1	1
	33	0	1	1
	35	1	1	2
	36	2	3	5
	37	0	2	2
	39	0	1	1
	41	1	0	1
	42	0	1	1
	44	1	0	1
	45	1	2	3
	48	0	1	1
	49	0	1	1
	52	1	0	1
	53	1	1	2
	58	0	1	1
	Total		38	52

Cuadro 28

**Cuadro cruzada EDAD*ENFERMEDAD
FISICA**

Recuento

EDAD	ENFERMEDAD FISICA		Total
	No	Si	
16	6	0	6
17	3	0	3
18	9	1	10
19	9	1	10
20	7	0	7
21	4	0	4
22	5	0	5
23	4	2	6
24	0	1	1
25	2	1	3
26	2	0	2
27	1	0	1
28	6	0	6
29	1	1	2
32	0	1	1
33	0	1	1
35	2	0	2
36	1	4	5
37	2	0	2
39	0	1	1
41	0	1	1
42	0	1	1
44	1	0	1
45	2	1	3
48	0	1	1
49	0	1	1
52	0	1	1
53	1	1	2
58	0	1	1
Total	68	22	90

Cuadro 29

Cuadro cruzada EDAD*METODO DE INTENTO SUICIDA USADO

Recuento

		METODO DE INTENTO SUICIDA USADO			Total
		Intoxicación Farmacológica	Intoxicación con Agentes Químicos	Daño Físico	
EDAD	16	5	0	1	6
	17	2	1	0	3
	18	7	0	3	10
	19	7	1	2	10
	20	4	0	3	7
	21	3	0	1	4
	22	4	0	1	5
	23	5	0	1	6
	24	1	0	0	1
	25	3	0	0	3
	26	2	0	0	2
	27	0	0	1	1
	28	4	2	0	6
	29	1	1	0	2
	32	0	1	0	1
	33	1	0	0	1
	35	0	2	0	2
	36	2	1	2	5
	37	0	1	1	2
	39	1	0	0	1
	41	1	0	0	1
	42	0	0	1	1
	44	1	0	0	1
	45	2	0	1	3
	48	1	0	0	1
	49	0	1	0	1
	52	1	0	0	1
	53	1	0	1	2
	58	1	0	0	1
	Total	60	11	19	90

Cuadro 30

**Cuadro cruzada SEXO*INTENTOS PREVIOS
SUICIDIO**

Recuento

		INTENTOS PREVIOS SUICIDIO		Total
		no	si	
SEXO	Hombre	25	16	41
	Mujer	13	36	49
Total		38	52	90

Cuadro 31

**Cuadro cruzada SEXO*PRESENCIA RECIENTE DE
IDEAS SUCIDA**

Recuento

		PRESENCIA RECIENTE DE IDEAS SUCIDA		Total
		no	si	
SEXO	Hombre	16	24	40
	Mujer	17	32	49
Total		33	56	89

Cuadro 32

**Cuadro cruzada SEXO*ENFERMEDAD
FISICA**

Recuento

		ENFERMEDAD FISICA		Total
		No	Si	
SEXO	Hombre	31	10	41
	Mujer	37	12	49
Total		68	22	90

Cuadro 33

**Tabla cruzada SEXO*METODO DE INTENTO SUICIDA
USADO**

Recuento

		METODO DE INTENTO SUICIDA USADO			Total
		Intoxicación Farmacológica	Intoxicación con Agentes Químicos	Daño Físico	
SEXO	Hombre	23	7	11	41
	Mujer	37	4	8	49
Total		60	11	19	90

Cuadro 34

**Cuadro cruzada INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS
QUIMICOS*SEXO**

Recuento

		SEXO		Total
		Hombre	Mujer	
INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS QUIMICOS	FOSFINA	5	5	10
	GRAMOXON	1	0	1
	E			
	KEROSIN	0	1	1
	PERMETRIN	1	0	1
	A			
	PIRETROIDE	0	1	1
	S			
Total		7	7	14

Cuadro 35

Cuadro cruzada SEXO*RIESGO DE SUICIDIO

Recuento

		RIESGO DE SUICIDIO			Total
		Bajo	Intermedio	Alto	
SEXO	Hombre	18	16	7	41
	Mujer	19	27	3	49
Total		37	43	10	90

Cuadro 36

Tabla cruzada SEXO*PRESENCIA DE PLANES FUTUROS DE SUICIDIO

Recuento

		PRESENCIA DE PLANES FUTUROS DE SUICIDIO		Total
		no	si	
SEXO	Hombre	24	17	41
	Mujer	29	20	49
Total		53	37	90

Cuadro 37

Cuadro cruzada SEXO*VALOR DE LA ESCALA DE SAD PERSON

Recuento

		VALOR DE LA ESCALA DE SAD PERSON							Total
		2	3	4	5	6	7	8	
SEXO	Hombre	3	5	9	9	8	5	2	41
	Mujer	5	7	8	16	10	2	1	49
Total		8	12	17	25	18	7	3	90

Cuadro 38

Correlación de Pearson

		SEXO	ENFERMEDAD MÉDICA
SEXO	Correlación de Pearson	Femenino	.001
	Sig. (bilateral)		.991
	N	90	90
ENFERMEDAD MÉDICA	Correlación de Pearson	.001	HTA
	Sig. (bilateral)	.991	
	N	90	90

Cuadro 39

Correlación de Pearson

		SEXO	ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES
SEXO	Correlación de Pearson	femenino	-.023
	Sig. (bilateral)		.832
	N	90	90
ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS MENTALES	Correlación de Pearson	-.023	Depresión
	Sig. (bilateral)	.832	
	N	90	90



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	PERIODO								
	2019				2020				2021
	I Tri	II Tri	III Tri	IV Tri	I Tri	II Tri	III Tri	IV Tri	I Tri
Entrega de protocolo de investigación	Red	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am
Recolección de la información	Am	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Am
Procesamiento de información	Am	Am	Am	Am	Am	Red	Red	Red	Am
Redacción de reporte final	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Red	Am
Entrega de reporte final	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Red
Defensa	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Red