

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS EN PACIENTES
INGRESADOS EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL
DR. SALVADOR B. GAUTIER, PERIODO ENERO 2021- OCTUBRE 2023.



Trabajo de grado para optar por el título en:
DOCTOR EN MEDICINA

Sustentantes:

Lisbeth Fuertes Robles 18-0497

Chelsea Mariel Moreta Núñez 18-0329

Asesores:

Dr. Octavio Comas (Metodológico)

Dr. Jonathan Bravo (Clínico)

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de grado son de la exclusiva responsabilidad de los sustentantes.

Santo Domingo, DN
2024

CONTENIDO

Dedicatoria.....	8
I. Introducción.....	9
I.1 Antecedentes.....	9
I.2 Justificación.....	11
II. Planteamiento del problema.....	12
III. OBJETIVOS.....	13
III.1 General.....	13
III.2 Específicos.....	13
IV. MARCO TEÓRICO.....	14
IV.1 Historia.....	14
IV. 2 Definiciones.....	16
IV. 3 Etiopatogenia.....	17
IV. 4 Trastornos psiquiátricos y suicidio.....	22
IV.5 Diagnóstico.....	24
IV.6 Prevención.....	27
IV.7 Tratamiento.....	28
V. Operacionalización de variables.....	30
VI. Material y métodos.....	33
VI. 1 Tipo de estudio.....	33
VI. 2 Área de estudio.....	33
VI.3 Universo.....	33
VI.4 Muestra.....	33
VI.5 Criterios.....	33
VI.6 Instrumento de recolección de datos.....	33
VI.7 Procedimiento.....	34
VI.8 Tabulación.....	34
VI.9 Análisis.....	34
VI.10 Aspectos Éticos.....	34
VII. Resultados.....	35
VIII. Discusión.....	55
IX. Conclusión.....	58
X. Recomendaciones.....	59
XI. Referencias bibliográficas.....	60
XII. Anexos.....	64
XII.1 Cronograma.....	64
XII.2 Instrumento de recolección de datos.....	65
XII.3 Costos y recursos.....	68
XII.4 Evaluación.....	69

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectiva con el objetivo de identificar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, periodo enero 2021-octubre 2023. El sexo con mayor presentación de conductas suicidas fue el sexo femenino con un 64,50%. Los grupos de edades más frecuentes fueron el de 18 - 24 años y de 25 - 34, presentándose en un 35,40% de los casos cada uno. El 54,83% de los pacientes eran solteros y el 64,51% estaban desempleados. La mayor parte (43,54%) reportó haber alcanzado un nivel educativo de secundaria y un 46,77% no practicaba ninguna religión. En relación a la condición psiquiátrica previa del paciente, el trastorno depresivo mayor fue el más frecuente presentándose en el 48,4% de los casos. El 68,8% de los pacientes no tenían antecedentes psiquiátricos familiares y un 74,2% reportó no usar sustancias narcóticas. El suceso vital estresante que más se presentó fueron las relaciones interpersonales disfuncionales presentándose en un 51,6% de los casos. El 59,7% de los casos no presentaron eventos traumáticos en la infancia. El tipo de conducta suicida más presente en los expedientes recolectados era la ideación suicida en un 85,5%. En los pacientes que si tuvieron un intento de suicidio, los métodos más frecuentes fueron sobredosis medicamentosas y el autolesionismo con un 19,4% de los casos cada uno.

Palabras claves: Conducta suicida, ideación suicida, sobredosis medicamentosas, autolesionismo, trastornos psiquiátricos.

ABSTRACT

An observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study was conducted with the aim of identifying the risk factors for suicidal behaviors in patients admitted to the crisis intervention unit of Dr. Salvador B. Gautier Hospital, during the period from January 2021 to October 2023. The gender with the highest occurrence of suicidal behaviors was female, accounting for 64.50%. The most frequent age groups were 18-24 years and 25-34 years, each representing 35.40% of the cases. 54.83% of the patients were unmarried, and 64.51% were unemployed. A majority (43.54%) reported having completed secondary education, and 46.77% did not practice any religion.

Regarding the patient's previous psychiatric condition, major depressive disorder was the most common, occurring in 48.4% of the cases. 68.8% of the patients had no family psychiatric history, and 74.2% reported not using narcotic substances. The most prevalent stressful life event was dysfunctional interpersonal relationships, present in 51.6% of the cases. 59.7% of the cases did not experience traumatic events in childhood.

The most common type of suicidal behavior in the collected records was suicidal ideation, accounting for 85.5%. Among patients who attempted suicide, the most frequent methods were drug overdoses and self-harm, each occurring in 19.4% of the cases.

Keywords: Suicidal behavior, suicidal ideation, drug overdoses, self-harm, psychiatric disorders.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, le agradezco cada día por acompañarme a cumplir mis sueños y metas.

A mis padres: Por su esfuerzo y dedicación para hacerme crecer como una persona íntegra.

A mis hermanos: Por todo el apoyo que me brindan.

Gracias a nuestros asesores Dr. Jonathan Bravo y Dr. Octavio Comas, por su apoyo, paciencia y dedicación.

A mis primeras amigas y compañeras que me abrieron sus brazos desde el primer día y me hicieron sentir como en casa para enfrentarme a la nueva etapa de la universidad, gracias Ashley Trinidad y Lisbeth Nina.

Mis compañeras de rotación, que han sido un regalo y un pilar importante para que mis días fueran más llevaderos en este camino. Gracias Lorena Moreta, Rosario Gonzalez y Ónice De La Cruz, por todos los momentos que compartimos. Gracias por darme ánimos y apostar a mí, celebrar mis logros y ser ese hombro en esos días pesados. Me llevo su amistad y muchos recuerdos especiales.

Mención especial a Patricia Fernandez y Omar Rojas, mis hermanos y tesoros.

Gracias por siempre estar y darme lo mejor de ustedes, regalarme su amistad genuina y por apoyarnos en este proceso, ustedes saben lo que significan para mí.

Por último, le agradezco a la mejor compañera que pude haber tenido jamás:

Chelsea Moreta. Eres mi tesoro. Gracias por ser mi ánimo, por enseñarme la disciplina, darme fuerzas cuando quería rendirme, siempre ser empática y empujarme a dar la milla extra. Nosotras sabemos lo que nos costó y me siento agradecida y feliz de tenerte como mi mano derecha. Me he ganado una amiga, hermana y colega.

Este recorrido ha sido una montaña rusa pero he contado con las mejores personas.

Gracias a todos.

Lisbeth Fuertes Robles

Quiero agradecer en primer lugar, con todo mi corazón a mi Dios, que ha estado conmigo en cada paso que he dado, cada día que pensé no poder más y cada día que creí que no lo iba a lograr, porque al pasar los años me ha demostrado que estoy exactamente donde Él desea que yo esté.

También quiero agradecer a mis dos pilares principales en esta tierra, mis padres Nadieska Núñez y Rafael Nova, quienes desde el día uno me apoyaron y cada día me han dado y enseñado todo lo que he necesitado para llegar a donde estoy hoy, gracias mami y papi por siempre creer en mí y criarme con toda la fuerza, valentía y perseverancia que he necesitado.

Quiero agradecer de forma especial a mi mamá, que durante estos años ha sido, no solo mi inspiración, sino la persona que ha dado absolutamente todo para yo alcanzar lo que, desde el día uno, ha sido mi sueño; mamita gracias no solo por el esfuerzo económico, sino por ser un ejemplo invaluable como profesional, como mujer; gracias porque cada día das todo por mí, te amo con todo mi ser.

A mis hermanas Aleyska, Nadia y Noris que han sido siempre mi apoyo en los días más difíciles y me han dado la mano y las palabras necesarias cuando más lo he necesitado.

A mi segundo papá en esta tierra, Arturo Alexis Núñez que nunca me ha faltado su apoyo cada día que lo he necesitado, nunca ha faltado su preocupación y amor hacia mí para alcanzar cada una de mis metas.

A mis abuelos Aleyda, Arturo y mi tía Altagracia que desde el día uno han sido los que me han motivado a dar todo de mí y me han mostrado su incontable orgullo hacia mí.

De forma muy especial quiero agradecerle a mi abuela Aleyda Mercedes Pietrera, porque aunque hoy no está conmigo, antes de morir me enseñó a ser fuerte y siempre me dijo lo capaz y valiente que soy, me demostró lo orgullosa que estaba de mí y lo segura que estaba de que iba a lograrlo.

Agradezco con todo mi corazón a Jesica Bocio que desde siempre ha cuidado de mí y al igual que mi mamá se ha preocupado por que siempre esté bien físicamente para tener fuerzas y poder llegar bien a la meta, gracias mami Jesica por siempre cuidar de mí con amor.

Agradezco mucho a todas aquellas personas que me rodean que han estado para mí, que durante estos años, me preguntaban cómo me iba, como podían ayudarme, que me dieron una mano con cualquier materia, palabras de motivación o incluso un simple abrazo, no importa si esa persona llegó al final o si estuvo desde mi inicio de la carrera, de todas formas gracias por dejarte utilizar por Dios para darme lo que necesitaba en esos momentos.

Quiero de igual forma agradecer a mis compañeros de carrera por todo lo que viví a su lado y por el gran soporte que fueron en esos días donde algunos fueron más difíciles que otros, pero quiero destacar a mi amiga Patricia Fernández y Omar Rojas que fueron de gran apoyo para la elaboración de este trabajo.

A nuestros asesores, que nos tomaron a Lisbeth y a mí de la mano y nos ayudaron a que esta tesis fuera posible, gracias Dr. Octavio Comas y Dr. Jonathan Bravo por sus grandes esfuerzos cada día.

A mis maestros, principalmente aquellos que marcaron mi vida y mi carrera para bien enseñándome no solo medicina, sino también valores necesarios para el buen ejercicio de la misma.

Por último quiero dedicar este párrafo a mi compañera de tesis, mi amiga, mi hermana; amiga no pude elegir una mejor compañera para esta etapa de mi carrera y no tengo dudas de que sin ti esto hubiese sido un proceso mucho peor, gracias por todo tu esfuerzo, comprensión, cariño y soporte cada día de esta carrera, gracias por la amistad tan hermosa que me brindas, que este sea el inicio de nuestro recorrido por esta tierra juntas, Te amo amiga.

Chelsea Mariel Moreta Núñez

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia, amigos y compañeros por ser mi mayor apoyo.
A mi compañera Chelsea Moreta con quien comparto el mismo sueño.
Le dedico esta tesis a aquellas personas que han sido testigos y han vivido en carne propia la problemática tratada en esta investigación.

Lisbeth Fuertes Robles

Le dedico esta tesis a las personas más importantes en mi vida, en primer lugar, al único que merece todo el mérito de que hasta aquí haya llegado, Mi Dios. También quiero dedicársela a mi familia; mis padres, Nadieska Núñez, Rafael Nova; mis hermanos Aleyska, Nadia, Noris, Alexander y Johanna, Albert y Johaira, Arlenys, Frankie, Junior; Juan Carlos, Charlie; mis abuelos, Aleyda, Arturo y tía Altagracia; Mi papá, Arturo Alexis; mis sobrinos, Rosaly, Eliana y Nicolás. También me causa un grato placer dedicarle mi primera tesis a cada uno de mis futuros pacientes que Dios pondrá en mi camino para hacer grandes milagros y llevar sanación a sus hogares y vidas a través de mí; de igual forma queda dedicada a cada persona que siempre creyó en mí y que tuvo alguna influencia positiva en mi vida.

Chelsea Mariel Moreta Núñez

I. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se conoce como la secuencia de eventos que ocurren de manera progresiva, en muchos de los casos inicia con pensamientos e ideas suicidas que se continúa con planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado ¹.

Millones de personas lidian con situaciones estresantes en su presente o tienen una historia pasada desgarradora. Algunos no obtienen la intervención adecuada de soporte por lo que escapan de su dolor psicológico practicando conductas autolíticas para aliviar el mismo ¹.

Abordar el tema del suicidio se debe hacer desde una posición integral, empática y de compasión. Este fenómeno suele afectar la vida individual, familiar y el entorno social por sus características sensibles de gran impacto emocional ¹.

Las conductas suicidas son un fenómeno complejo ya que intervienen múltiples factores los cuales son de gran importancia identificarlos para el reconocimiento oportuno que nos permite aplicar estrategias de prevención ¹.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida es considerada un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no un diagnóstico en sí mismo, es por esto por lo que se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que pudieran acompañarle y llevar a un diagnóstico ¹.

Esta investigación tiene como propósito identificar los principales factores de riesgo para la manifestación de conductas suicidas con el fin de generar el conocimiento que sirva de apoyo para futuras investigaciones y así mismo la creación de estrategias más oportunas para la prevención y manejo de estas conductas.

I.1 Antecedentes

I.1.1 Antecedentes Internacionales

García JE, Quintanilla R, Sánchez LM. en el Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. Revista Colombiana Psicología sustenta que se ha estimado que alrededor de un millón de personas mueren por suicidio al año en el mundo ².

Molina Linares, I. En su estudio sobre Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. Revista Cultura Cuidado. (2018) arrojó que entre los factores de riesgo asociados a conducta suicida en el adulto, se destaca: la

depresión, el intento previo, y la drogodependencia; los métodos suaves usados la ingestión de fármacos en mujeres, y los métodos duros: el ahorcamiento y el envenenamiento en el sexo masculino ³.

De acuerdo a Álvarez Caballero, M, et al. en Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes, cuba (2017) reveló que entre los principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes que fueron atendidos en la Policlínico Docente “José Martí Pérez” de Santiago de Cuba, predominaron las féminas (73,5%), el grupo etario de 15-19 años (60,9%), las familias disfuncionales (72,4%) y la ingestión de psicofármacos como el método empleado con mayor frecuencia (51,7%) ². Los principales factores predisponentes fueron: antecedentes familiares hereditarios (19,5%), violencia domiciliaria (18,3%), así como trastornos de conducta y depresiones (17,2 %) ⁴.

Fernández Seguí, AM (2018), en el Hospital Mahaicony, Guyana, concluyen que de 28 pacientes con intentos suicidas, atendidos el grupo etario más afectado fue entre 10 y 29 años para un 67,86%, sin diferencias significativas entre mujeres y hombres con 53,57% vs. 46,43% respectivamente. Los individuos de ascendencia india incidieron hasta un 71,43%; seguido por la africana con 21,43%; y los mixtos con 7,14%. El grado de escolaridad predominante el alfabetizado con un 64,29% y el método de ingestión de sustancias tóxicas alcanzaron un 92,86%, seguido por la toma de tabletas con 7,14% ⁵.

Sendra-Gutiérrez JM, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón MF. en el estudio Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. Rev Psiquiatr Salud Ment. (2018) arrojó que la conducta suicida hospitalizada predomina en mujeres (58,7%) en edades medias. La mortalidad intrahospitalaria es del 2,2% (1,6% en mujeres y 3,2% en hombres), aumentando con la edad. Los trastornos mentales se detectan 3-4 veces más en diagnósticos secundarios. El diagnóstico principal mayoritario (>74%) es el envenenamiento por sustancias, con una mortalidad inferior (1%) a la de las lesiones por ahorcamiento y precipitación (≥12%), que presentan las cifras más elevadas. Otros factores asociados con una mayor mortalidad son diversas comorbilidades médicas y la gravedad de la lesión, mientras que la estancia y los trastornos mentales son factores protectores en ambos sexos ⁶.

I.1.2 Antecedentes Nacionales

De acuerdo con estudios realizados por Luciano D, Nadal E, Brito S, Negrete M, Contreras I (2019) en Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana. Informe de investigación. reveló que, en la República Dominicana, la conducta suicida se ubica entre los cinco principales trastornos mentales en el país. Durante el período 2000 -2020, a nivel nacional la tasa de mortalidad por suicidio (por 100 mil habitantes) aumentó ligeramente entre 2000 (8.1) y 2005 (9.9), con tendencias al descenso en los últimos 15 años, con una cifra de 6.3 por cada 100 mil habitantes el año 2020. Sin embargo, las cifras nacionales

esconden las significativas diferencias de la magnitud del problema entre distintos grupos de población y áreas geográficas ⁷.

Los datos obtenidos por la Oficina Nacional de Estadística (2018), arrojó que entre 2011 y 2020 se registraron en el país 11,724 suicidios de los cuales, el 85% correspondía a hombres y el 15% a mujeres. El 45% del total de estas muertes ocurrieron entre personas de 15 a 39 años ⁸.

Las mujeres son más propensas a intentar el suicidio, mientras que los hombres lo consuman en mayor proporción. La cantidad de intentos suicidas cometidos por las mujeres adolescentes en el período 2014-2016, fue mayor que en los hombres del mismo grupo etario, con una relación de 9:2, es decir, por cada nueve intentos de las mujeres, se realizaron dos en hombres ⁹.

I.2 Justificación

El suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15-19 años en todo el mundo. El suicidio es un fenómeno complejo que, aunque no se conocen con certeza las causas, si podemos observar que es el resultado de la interacción entre factores biológicos y ambientales, donde elementos como la personalidad, los factores cognitivos, patologías de naturaleza psiquiátrica y acontecimientos negativos tempranos juegan un papel indispensable en la aparición de la conducta suicida a lo largo de la vida de los individuos que la padecen¹⁰.

La mayoría de los estudios realizados sobre intentos de suicidio encuentran una mayor frecuencia en mujeres de edades entre los 20 y 40 años, sin pareja y desempleados, que utilizan el método de intoxicación medicamentosa, sin embargo, no abordan de forma directa los factores de riesgo ¹¹.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con el artículo de Prevención del Suicidio por la Organización Panamericana de la Salud revela que a lo largo de los años aumentó la tasa de muerte por suicidio a nivel global, la cual representa un problema de salud pública de gran interés, pero que no ha sido enfrentado con estrategias eficientes. Cada persona que se suicida representa una tragedia que afecta de forma atroz no sólo al individuo que la práctica, sino también a la familia y la comunidad a la que pertenece, dejando secuelas graves en ese círculo social que no es sanada con facilidad y que puede marcar un precedente en las vidas que forman parte de ese círculo, convirtiéndose en un factor de riesgo en lo adelante ^{12,13}.

En relación con los datos obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud en el artículo Prevención del suicidio, arrojó que, en el 2019, 97,339 personas murieron por suicidio en la Región de las Américas, y se estima que 20 veces ese número puede haber realizado intentos de suicidio. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más ^{12,13}.

De acuerdo con los datos obtenidos mediante departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública en su llamado a estar atentos a signos de depresión y crear esperanza a través de acción por el Dr. Alejandro Uribe en 2022; estos revelaron que en la República Dominicana se registra una tasa de suicidios de 6.5 por cada 100 mil habitantes. Dentro de estos casos se evidencian las causas más comunes, destacándose las manifestaciones de impulsividad a la autodestrucción, las situaciones económicas, enfermedades físicas y problemas de salud mental, entre otras ¹⁴.

Por lo planteado anteriormente nos hacemos la siguiente pregunta:
¿Cuáles son los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo enero 2021- octubre 2023?

III. OBJETIVOS

III.1 General

Identificar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo enero 2021- octubre 2023.

III.2 Específicos

1. Identificar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis según la edad.
2. Determinar la frecuencia de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis según el sexo.
3. Determinar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis según el estado civil.
4. Determinar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis según su situación de empleo.
5. Determinar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis según su religión.
6. Determinar los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis según su nivel educativo.
7. Identificar la incidencia de la condición psiquiátrica previa para la manifestación de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.
8. Identificar la frecuencia del uso y abuso de sustancias ilícitas para la manifestación de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.
9. Determinar la frecuencia de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis con antecedentes psiquiátricos familiares.
10. Identificar la frecuencia de los sucesos vitales estresantes para la manifestación de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.
11. Identificar la frecuencia de los eventos traumáticos de la infancia para la manifestación de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.
12. Determinar la frecuencia del tipo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.
13. Determinar la frecuencia del método suicida utilizado en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 Historia

El suicidio es una entidad estudiada por muchos que, si bien es cierto que no es un invento de la humanidad, también es cierto que ha estado presente en todo momento a lo largo de la historia; aunque no sepamos exactamente cómo surgió, queremos plasmar la presencia de este a lo largo de la historia ¹⁵.

EDAD ANTIGUA

La primera cultura que aborda el problema del suicidio es la Grecia antigua, son Aristóteles y Platón quienes se toma el trabajo de condenarlo, sacando el suicidio de un contexto meramente sociológico-filosófico sin embargo existe una visión menos castigadora en la que esta conducta se consideraba una forma de supervivencia en las aldeas, en la cual los ancianos, las personas con deformidades o el enfermo debían abandonar las aldeas sin comida, ni agua porque eran reservadas para la comunidad ¹⁵.

En la antigua Grecia el suicidio era un delito y el castigo era la mutilación del cadáver, los entierros aislados o incluso la deshonra familiar del suicida¹⁵.

Con Platón, Aristóteles y un poder más fuerte del estado logró categorizar el delito tomando en cuenta ciertas condiciones. Para Platón el suicidio era un delito contra la sociedad, pero podían reconocerse excepciones posibles en función de la ley civil o en respuesta a eventos adversos graves. Este, aunque condenaba el suicidio, lo aceptaba socialmente en caso de amor, enfermedad, o como un mecanismo de autocastigo frente a una injuria grave cometida ante el estado¹⁵.

Aristóteles condena el suicidio como un acto de cobardía y atentado contra el estado. Está claro que, en Grecia, cuna del pensamiento moderno, el suicidio ya era un problema ya que fueron muchas las figuras importantes que utilizaron dicho método para acabar con su vida, como Sócrates, por ejemplo ¹⁵.

EL IMPERIO ROMANO

El Imperio Romano mantuvo los conceptos anti suicidas de Aristóteles y Platón, sin embargo, a mediados de este se realizaron algunas variaciones sobre el concepto y su penalización ¹⁵.

El imperio Romano vivió dos etapas de reflexión acerca del suicidio. La primera, con Cicerón (106-43 a.C.) que, si bien condenaba el suicidio, también lo veía como una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda, Constantino (290-337 d.C.), penalizó el suicidio y se tomaron medidas estrictas como formas de prevención como lo fue la confiscación de los bienes de la familia

después del suicidio para compensar al Estado por lo que se consideraba la pérdida de un ciudadano ¹⁵.

En Roma se utilizaba una forma legal por excelencia, “Non Compos Mentis”, esta frase deriva de latín y significa “sin control de su mente” y se utilizaba para los estados suicidas bajo influencia de enfermedades, esta representa la primera interpretación legal de una conducta que deriva de un estado mental alterado¹⁵.

Roma dio grandes pasos en torno a la legalidad y castigo del suicidio:

1. No fue regulado ni penalizado en casos de enfermedad, filosofía, amor, honor o condena. Los casos más emblemáticos son los de Lucrecia, Catón y Nerón ¹⁵.
2. El suicidio estaba regulado y penalizado en tanto este comprometiera los bienes, en este caso económicos el estado o de un miembro de la comunidad. Por ejemplo, el suicidio de guerreros, esclavos y estafadores ¹⁵.

EDAD MEDIA

En esta época los reportes de suicidio fueron escasos debido a que la religión influencia la visión de las personas, pero también se siguieron los consejos grecorromanos que bien sabemos aplicaban castigos a aquellos que recurrían a dichas conductas ¹⁵.

La última parte de la edad media representó una evaluación del suicidio en base a la finalidad de este, aun así, que claro que la penalidad de este seguía vigente ¹⁵.

EDAD MODERNA Y CONTEMPORÁNEA

En el renacimiento aparecen observaciones que buscaban despenalizar el suicidio, éstas se llevaron a cabo mediante la reafirmación de conceptos grecorromanos más racionales e influenciadas por la intelectualidad francesa. Fue en la revolución francesa cuando se completó la despenalización completa del acto suicida, la prueba está en que no existe penalización en los Códigos Napoleónicos respecto al suicidio ¹⁵.

En el siglo XVII y XVIII fue nuevamente marcada la estigmatización del suicidio, se recuperaron los términos “non compos mentis y felo de sé”, este último hace referencia a una mente sana, mientras que el primero no como lo habíamos mencionado anteriormente. Ante esta nueva estigmatización, la aristocracia que llegó a considerar el suicidio como un acto vergonzoso y propio de la clase pobre recurrió, como forma indirecta de matarse, al duelo ¹⁵.

La Época contemporánea va abrazando el suicidio como una enfermedad y sobre todo de índole mental. La psiquiatría ha sido la rama que se ha apropiado desde hace años de este fenómeno, se resalta que la enfermedad se acompaña en un porcentaje elevado con el suicidio ¹⁵.

La época contemporánea tampoco abandona los presupuestos punitivos que representa suicidarse, sin embargo, el hecho de considerar el suicidio como una enfermedad le da una vuelta radical al panorama tanto para el suicida como para el suicidio ¹⁵.

IV. 2 Definiciones

1. Suicidio

El suicidio se define como el acto de acabar con la vida propia de manera voluntaria ¹⁶.

2. Intento de suicidio

Comportamiento no mortal, potencialmente perjudicial, dirigido hacia uno mismo, adoptado con la intención de morir a causa de dicho comportamiento. Los intentos de suicidio pueden o no tener como resultado una lesión ¹⁷.

3. Ideación suicida

Pensamientos más o menos organizados y persistentes en torno a quitarse la vida ¹⁸.

4. Riesgo suicida

Se refiere a aquellos determinantes personales, familiares y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio para esa persona en ese momento específico ¹⁸.

5. Parasuicidio

Un acto dañino contra uno mismo que aparenta suicidio pero que tiene un propósito asociado a las consecuencias esperadas o derivadas del propio acto ¹⁸.

6. Autolesión

Comportamiento autolesivo en donde se describe solo el hecho y no su motivación ¹⁸.

7. Suicidalidad

Según Beck corresponde a un estado caracterizado por desesperanza y sentimientos depresivos producto de la interacción de características personales y falta de habilidad para manejar eventos adversos en contextos sociales desfavorables ¹⁸.

8. Gesto suicida

Acto autolesivo con o sin finalidad mortal pero susceptible de agregar riesgo acumulado en el tiempo ¹⁸.

9. Autopsia psicológica

Proceso de recolección estandarizada de información al entorno de la persona fallecida por suicidio ¹⁸.

10. Amenaza suicida

La amenaza suicida es cualquier acción interpersonal (verbal o no) sin un componente autolesivo directo, la cual puede interpretarse como una sugerencia de que un comportamiento asociado al suicidio podría ocurrir en el futuro próximo ¹⁷.

11. Conducta suicida

Se considerará conducta suicida a toda conducta que resulte en un daño (o en un intento de daño) físico, autoprovocado. La conducta suicida abarca gestos suicidas, intentos suicidas y suicidios consumados ¹⁷.

12. Acto suicida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "el acto suicida" como toda acción por medio de la cual un individuo se causa daño a sí mismo, con independencia del grado de intención letal y de que se conozcan o no los verdaderos motivos ¹⁹.

13. Suicidio frustrado

Se llama suicidio frustrado cuando el paciente es salvado o un imponderable evita la muerte que de otro modo hubiera ocurrido ¹⁷.

IV. 3 Etiopatogenia

Las conductas suicidas se manifiestan de acuerdo con diferentes factores que pueden influir en su aparición:

IV.3.1 Factores sociológicos

Teoría de Durkheim (1897)

El sociólogo francés Emile Durkheim fue el primero en realizar su contribución al estudio de las influencias sociales y culturales sobre el suicidio, a finales del siglo XIX. Con el objetivo de explicar los patrones estadísticos dividió los suicidios en tres categorías:

- Suicidio egoísta: Se refería a las personas que no están bien integradas a ningún grupo social, con falta de integración familiar, esto explica por qué las solteras son más vulnerables al suicidio que las casadas, y por qué las parejas con hijos con el grupo con una mayor protección. En la población rural el grado de integración social es mayor que en áreas urbanas, es por esto por lo que tienen una mayor protección ²⁰.

- Suicidio altruista: Se refiere a las personas cuya tendencia al suicidio se deriva de su excesiva integración social ²⁰.
- Suicidio anómico: se aplica a aquellas personas cuya integración en la sociedad esta tan alterada que no pueden seguir las normas habituales de conducta. La anomia explica por qué un cambio drástico de la situación económica hace que las personas sean más vulnerables. Según Durkheim, la anomia también se refiere a la inestabilidad social y la desintegración general de las referencias y los valores de la sociedad ²⁰.

IV.3.2 Factores psicológicos

Teoría de Freud

Sigmund Freud fue la primera persona en ofrecer una reflexión psicológica en cuanto al suicidio. Freud afirmaba que el suicidio representa la agresividad dirigida hacia el interior. Freud tenía la gran duda de que una persona pudiera cometer suicidio sin el deseo previo reprimido de matar a alguien ²⁰.

Teoría de Menninger

Karl Menninger, basado en las ideas de Freud, concibió el suicidio como un homicidio invertido causado por la ira del paciente contra otra persona. Este deseo de asesinato dirige la ira hacia el interior o se utiliza como excusa para el castigo. Menninger también describió un instinto de muerte dirigido contra uno mismo y tres componentes de hostilidad en el suicidio:

1. El deseo de matar
2. El deseo de ser matado
3. El deseo de morir ²⁰

Teorías recientes

Hasta ahora no se ha llegado a una conclusión exacta de la asociación con una estructura psicodinámica o de personalidad específica que ejerza acción directa en la conducta suicida. Se cree que es posible aprender mucho sobre la psicodinámica de pacientes suicidas basado en las fantasías, que suelen incluir deseos de venganza, poder, control o castigo; expiación, sacrificio o restitución; escape o sueño; reunión con los muertos o una nueva vida ²⁰.

Las personas con síntomas depresivos pueden intentar suicidarse justo cuando pareciera que se recuperan de su depresión. Un estudio de Aaron Beck demostró que la desesperanza, uno de los síntomas principales de la depresión, era uno de los indicadores más precisos del riesgo de suicidio a largo plazo ²⁰.

IV.3.3 Factores biológicos

La conducta suicida está determinada en gran medida por la disminución de las concentraciones de serotonina en el sistema nervioso central. Un grupo de

científicos en Suecia observaron el descenso de las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo lumbar se asocia a conductas suicidas. Estudios neuroquímicos post-mortem han arrojado información de la disminución modesta de la serotonina o del 5-HIAA en el tronco encefálico o en la corteza frontal de las víctimas de suicidio y los estudios sobre receptores comunican cambios significativos en los sitios de unión presinápticos y postsinápticos para la serotonina de las víctimas de suicidio. Este conjunto de estudios neuroquímicos y sobre receptores sustentan la asociación que existe entre la disminución central de la serotonina en el suicidio.

Otros estudios han comunicado de cambios en el sistema noradrenérgico de las víctimas de un suicidio ²⁰.

IV.3.4 Factores Protectores y de riesgo

Son características ambientales, sociales, familiares, situacionales y mórbidas que se asocian a una mayor o menor probabilidad de presentar conductas suicidas, agrupando dichas características en lo que llamamos factores protectores y de riesgo ²⁰.

Factores Protectores

Se refiere a las características que disminuyen la probabilidad de presentar conductas suicidas, entre estas podemos mencionar:

- El apoyo familiar y de personas importantes ²⁰.
- El sentido de responsabilidad por otros ²⁰.
- Creencias religiosas, culturales y étnicas ²⁰.
- Participación en la comunidad e integración social ²⁰.
- Acceso a servicios y asistencia de salud mental ²⁰.
- Habilidades de afrontamiento y resolución de problemas ²⁰.
- Buen vínculo terapéutico ²⁰.

Factores de riesgo

1. Edad

De acuerdo con el número de años cumplidos, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en la región de las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más ¹².

2. Sexo

La diferencia entre el sexo en relación con conductas suicidas contempla que en los hombres es cuatro veces superior a la de las mujeres, a pesar de que los intentos de suicidio o la ideación suicida es tres veces mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esta diferencia, se puede relacionar con los métodos utilizados. Los hombres usualmente se inclinan por métodos más agresivos; las mujeres, suelen tomar métodos menos letales como sobredosis

de medicamentos o veneno, aunque el uso de armas de fuego va en aumento²⁰.

3. Estado civil

Estar casado disminuye el riesgo de conductas suicidas de forma significativa, sobre todo cuando se convive con los hijos. Las personas que en su vida no han tenido un matrimonio presentan un índice global que casi duplica el de las casadas. El divorcio aumenta el riesgo de suicidio, y los hombres divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres divorciadas. Los viudos también muestran índices más altos²⁰.

4. Empleo

Las personas en situación de desempleo tienen mayor riesgo de padecer conductas suicidas que las que sí lo tienen²⁰.

5. Religión

En la historia de Estados Unidos las tasas de suicidio entre los protestantes y los judíos han sido superiores a las de las poblaciones católicas. Los musulmanes presentan tasas muy inferiores. El grado de las doctrinas junto a la integración o fanatismo, puede ser una medida más precisa del riesgo en esta categoría que solamente considerar su posición religiosa²⁰.

6. Procedencia

Existe conexión entre los comportamientos suicidas con el nivel socioeconómico de ciertas zonas. En relación con estudios realizados en Europa se identifica un mayor riesgo suicida en sectores con desventaja socioeconómica y cultural. Otros estudios demuestran que se ha visto incidencia en áreas de clase social más alta. En resumen, podemos concluir que las conductas autolesivas se pueden presentar en ambos extremos²¹.

7. Nivel educativo

Las conductas suicidas son un complejo de factores y no se debe ver el nivel educativo de forma individual. Pero, a través del tiempo podemos relacionar una mejor o alta educación con menos manifestaciones ya que este grupo de individuos puede tener mejor desarrollo en conflictos personales e interpersonales y mayor acceso a servicios de salud mental. Cuando hablamos de nivel educativo bajo pensamos en tasas más altas de comportamientos autolíticos debido a que este grupo usualmente posee pocas habilidades sociales, ingreso económico bajo y menos educación sobre el sistema de salud mental. Estos son aspectos complejos ya que por sí solos no son indicativos de riesgo²².

8. Enfermedades médicas

Dolor crónico, enfermedades médicas crónicas de mal pronóstico o que comprometan el funcionamiento ²².

9. Historia psiquiátrica anterior

Frecuentemente se atribuyen las conductas suicidas al factor de padecer trastornos mentales, pero esto no es definitivo. Se conoce que algunas patologías mentales como la bipolaridad, depresión, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, entre otros; predisponen a la manifestación de comportamientos autolesivos. Pero hay una gran mayoría con estas características que no tienen estas conductas ²².

10. Uso y abuso de sustancias

El uso de drogas como el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, metanfetaminas, entre otras sustancias psicoactivas; Puede ocasionar conductas peligrosas como lo es el suicidio o intentos de este. Pero, debemos ver el panorama completo ya que influyen diversos factores como el tipo de droga, frecuencia de uso, episodios de abstinencia, circunstancias específicas del individuo, aislamiento social que conduce a síntomas depresivos y de desesperanza. Igualmente, el uso múltiple de sustancias puede ocasionar efectos impredecibles en la salud mental como lo es manifestar comportamientos de peligro propio ²⁰.

11. Historia psiquiátrica familiar

Por sí solo, tener historia psiquiátrica familiar no garantiza la manifestación de conductas en el individuo o que el mismo presente trastornos mentales. Pero si podemos relacionar que los factores genéticos de estas enfermedades se heredan y pueden ser un factor predisponente. Compartir ambiente con un familiar con alguna enfermedad mental puede convertir la experiencia del individuo en dolorosa y estresante, aumentando el riesgo de vulnerabilidad mental y conductas suicidas ²⁰.

12. Antecedentes de suicidio en la familia

Historia de suicidio en la familia genera un gran impacto emocional en los integrantes del núcleo, sintiendo el duelo, culpa, tristeza, confusión e incluso llevar a copiar estas conductas ²⁰.

13. Sucesos vitales estresantes

La pérdida de un ser querido, el desempleo, relaciones interpersonales disfuncionales, el diagnóstico de una enfermedad catastrófica como el cáncer, problemas financieros, eventos traumáticos en diferentes etapas de la vida, abusos, uso de drogas, entre otros eventos de gran impacto emocional. Estos son posibles detonantes que junto a otros factores conducen a comportamientos de peligro ²⁰.

14. Suicidios frustrados

La historia de intentos previos de suicidio aumenta el riesgo de consumir el mismo o repetirlos, en comparación a quienes no han tenido ningún intento. Sumando otros factores como padecer un trastorno mental, acceso a métodos letales y falta de factores protectores. Es decir, que el individuo no reciba la correcta intervención y apoyo para mitigar el riesgo ²⁰.

15. Método suicida utilizado

El método conforma solo una parte de la predisposición a conductas suicidas y no debe verse de manera particular. En términos generales se ha visto que en hombres hay una mayor tasa de suicidio consumado ya que utilizan un método más agresivo como armas de fuego y en mujeres es más frecuente el intento con sobredosis medicamentosas. También, personas con acceso a fármacos o drogas, por ejemplo, el personal de la salud. De estos se han encontrado estudios sobre el aumento de incidencia en esta población, ya sea por la facilidad de adquirir sustancias que en dosis altas pueden llevar a la muerte como los barbitúricos y benzodiazepinas al usarlas por el estrés, agotamiento físico y mental durante su formación académica principalmente. La especialidad en anestesiología ocupa el primer lugar para la mayor propensión a desarrollar conductas suicidas por lo antes mencionado. Seguido por cirujanos y psiquiatras ²⁰.

Lanzarse al vacío puede ocurrir a causa de impulsividad por un evento estresante o padecer alguna enfermedad mental ²³.

16. Migración: se ha descrito la migración como un factor de riesgo de suicidio, justificándose esta asociación por la situación de soledad, aislamiento y cambio que viven personas que emigran. También tiene incidencia en el riesgo la valoración cultural, religiosa y política que el suicidio tiene en distintas culturas ²⁴.

IV. 4 Trastornos psiquiátricos y suicidio

IV.4.1 Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos, según el manual de diagnóstico de enfermedades mentales, son una serie de patologías que se caracterizan por presentar un estado de ánimo deprimido y/o pérdida del interés o placer en aquellas cosas que anteriormente lo causaban; también puede presentar pérdida de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inadecuada, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, entre otros...²³

Según la fundación española de psiquiatría la depresión, si no se trata de manera adecuada puede presentar múltiples episodios depresivos, volver crónico e incluso desencadenar manifestaciones suicidas. La depresión es el diagnóstico más

frecuente en pacientes que presentan conductas suicidas y representa un riesgo 21 veces mayor que cualquiera de los demás trastornos mentales graves ²³.

Según la OMS se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluyendo el 5% de los adultos (4% entre los hombres y 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión, la cual es más frecuente en mujeres que en hombres. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años ²⁵.

IV.4.2 Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una patología psiquiátrica grave que se caracteriza por presentar episodios depresivos alternados con períodos de síntomas maníacos o hipomaníacos. Durante la fase depresiva, experimentan un estado de ánimo deprimido o una pérdida del disfrute o interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días. Los síntomas maníacos pueden incluir euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía y otros síntomas como verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. Las personas con trastorno bipolar tienen mayor riesgo de cometer suicidio ²⁶.

IV.4.3 Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por una importante deficiencia de la percepción y por cambios de comportamiento. Los síntomas pueden incluir persistencia de ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento muy desorganizado o agitación extrema. Las personas que la padecen pueden presentar entorpecimiento persistente de las capacidades cognitivas ²⁶.

Algunos de los factores de riesgo en pacientes esquizofrénicos manifestar conductas suicidas son las alucinaciones y delirios de tipo persecutorio y la escasa probabilidad de que el individuo logre verbalizar su intención de suicidio ²⁷.

IV.4.4 Uso de sustancias

El consumo de sustancias es considerado un elemento que favorece a las conductas suicidas. A medida que aumenta la frecuencia, intensidad y tiempo del consumo aunado a la presencia de otros trastornos mentales también va incrementando la posibilidad de un comportamiento violento hacia sí mismo ²⁸.

IV.4.5 Consumo de alcohol

El alcohol puede afectar el estado de ánimo, los sentimientos y la toma de

decisiones de las personas que no consumen, aumentando así el riesgo de suicidio, algunos de los síntomas que o emociones que puede experimentar una persona que consume alcohol son infelicidad, melancolía, deficiencia cognitiva, comportamientos y actos impulsivos y aumento de las ideas suicidas ²⁹.

IV.4.6 Trastornos de la personalidad

Según el DSM 5 un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y conduce a malestar y discapacidad ³⁰.

Los trastornos de la personalidad representan un amplio campo de interacción entre el entorno y los factores biológicos lo que indica un mayor riesgo de manifestación de conductas suicidas ³¹.

Los niveles de impulsividad, agresividad e inestabilidad emocional que caracterizan a los trastornos de la personalidad del grupo B, compuestos por el trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista, representan un mayor riesgo de conductas suicidas que cualquiera de los demás trastornos; y de estos los más vulnerables son el trastorno límite, histriónico y antisocial ³².

IV.5 Diagnóstico

IV.5.1 Evaluación de riesgo

Cuando estamos ante cualquier paciente psiquiátrico y en cualquier ámbito; ya sea en urgencias, ambulatorio o ingresado, hay que evaluar el estado mental, la ideación suicida y el riesgo de suicidio de estos ya que todos los pacientes psiquiátricos tienen más riesgo de suicidio. Para evaluar la presencia de conductas suicidas se debe preguntar siempre al paciente, generalmente estos se sienten aliviados al ser preguntados. Es importante valorar con mucho más cuidado aquellos pacientes que son supervivientes de un intento autolítico o los que acuden por ideas suicidas. Lo primero es valorar las características del intento autolítico; es decir, el método, la gravedad, escalabilidad; en caso de haber sido llevado a cabo e intentar clasificarlo en uno de los tres subtipos ya señalados anteriormente: 1- suicidio frustrado 2- intento suicida 3-parasuicidio ³³.

Es importante una evaluación basada en los factores sociodemográficos de riesgo suicida, valorar los factores clínicos con una exploración psiquiátrica principalmente ante la presencia de síndromes clínicos y síntomas específicos. La evaluación de riesgo suicida tiene su base en la empatía, dedicando al paciente suficiente tiempo y atención. Deben identificarse las problemáticas personales del paciente, sus ideas

sobre la vida y la muerte, incluyendo si tiene razones para morir y la presencia de planes a futuro, también debe indagarse que ha hecho hasta el momento para solucionar sus problemas y si tiene expectativas de ayuda. Es de gran importancia indagar si ha pensado en algún método suicida específico, cuando tiene pensado ejecutarlo, si terceros están incluidos en su plan y si el método pensado es accesible para el paciente ³³.

IV.5.2 Recomendaciones para evaluar un posible intento suicida o un intento llevado a cabo.

Para poder detectar aquellas personas con tendencia al suicidio lo primero que hay que hacer es sospecharlo, sabiendo que hay personas que prefieren morir antes que seguir viviendo y que algunas de estas personas podrían quitarse la vida. Se debe tener esto muy pendiente con cada uno de los pacientes atendidos. El riesgo de suicidio puede ser identificado en aquellos pacientes con intentos previos, ideas o impulsos o conductas suicidas, incluyendo también aquellos que llegan a donde un profesional de la salud mental por cualquier otra molestia. Entonces, si se detecta en el paciente ideas o conductas suicidas, se debe evaluar si su riesgo de muerte es mayor que la población general ³³.

IV.5.3 Cuestionarios y escala de evaluación de riesgo suicida

A la fecha, para evaluar el riesgo de suicidio no contamos con biomarcadores que sean clínicamente prácticos, ni pruebas de laboratorios o estudios de imágenes que ayuden a la valoración del riesgo suicida, por lo tanto la evaluación detenida del paciente suicidal sigue siendo competencia del médico, quien debe combinar su juicio clínico con el conocimiento empírico, tomando en cuenta los factores de riesgo y los factores protectores que presenta el paciente, brindando así una ayuda integral al paciente. La evaluación del riesgo de suicidio es parte de la evaluación media y debe ser realizada a todos los pacientes en condiciones médicas que representen un factor de vulnerabilidad para los mismos ³³.

IV.5.3.1 Escala SAD PERSONS

Es una escala que se traduce como “Personas tristes” y consiste en un acrónimo en inglés.

Sex (sexo): *Masculino*

Age (edad): *menos de 19 o más de 45 años.*

Depression (depresión)

Previous attempt (intentos de suicidio previos)

Ethanol abuse (abuso de alcohol)

Ration thinking loss (trastornos cognitivos)

Social supports lacking (*bajo soporte social*)

Organized plan (plan organizado de suicidio)

No spouse (sin pareja estable)
Sickness (enfermedad somática)

Por cada ítem positivo se le asigna un punto, dependiendo de la puntuación total elegimos la conducta adecuada de abordaje al paciente:

0-2 puntos: alta con seguimiento ambulatorio

3-4 puntos: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso en unidad de intervención en crisis.

5-6 puntos: Si el paciente no cuenta con un control familiar estrecho de ser ingresado.

7-10 puntos: Ingreso. Riesgo de muerte inminente ³³.

Es importante resaltar que los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican por sí mismo un riesgo de suicidio, sin embargo, se entiende que, en un paciente con riesgo suicida, estos ítems sustentan estadísticamente el riesgo ³³.

IV.5.3.2 Escala de desesperanza de Beck

Es una escala autoaplicable de respuestas verdadero- falso que consta de 20 preguntas. Solo profesionales entrenados pueden aplicarla, se demora entre 20-30 minutos. Si el resultado es mayor o igual a nueve puntos indica un grado considerable de desesperanza, que se correlaciona con ideación suicida. La presencia de desesperanza está ligada a la depresión severa en la práctica de la salud mental ³³.

IV.5.3.3 Escala de ideación suicida de Beck

Esta escala investiga la severidad de la ideación suicida a través de 19 preguntas que se califican entre 0 y 3, con un puntaje total entre 0 y 38. A esto se le agregan 2 preguntas que tienen valor descriptivo. El tiempo de aplicación de estas son entre 10 a 15 minutos aproximadamente y requiere ser aplicada por un profesional capacitado. Este ha sido estudiado en adolescentes, adultos, pacientes hospitalizados y ambulatorios ³³.

IV.5.4 Características del intento suicida

No solo se debe dar importancia a la presencia de los riesgos suicidas que puede presentar el paciente, sino que también es importante valorar con detenimiento las características de los intentos llevados a cabo. Dentro de las variables que deben ser evaluadas está el grado de intencionalidad, la planificación, la realización de notas de despedida, la actitud ante lo sucedido, el método utilizado o las circunstancias físicas y personales en que se realiza; esto ayuda a juzgar la realidad y el riesgo inmediato que presenta el paciente determinado por:

1. Peligrosidad del método ³⁴
2. Conciencia de efectividad de la negativa ³⁴
3. Grado de planificación ³⁴
4. Accesibilidad ³⁴
5. Finalidad ³⁴
6. Actitud ante el resultado ³⁴

IV.5.5 Clasificación del riesgo suicida

Leve: Hay ideación suicida sin planes de hacerse daño. No hay intención evidente, aunque hay ideación, el paciente rectifica su conducta y presencia de autocrítica ³⁵.

Moderado: Está presente la ideación suicida acompañada de planes de hacerse daño, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgos presentes, puede haber más de un factor de riesgo sin un plan estructurado ³⁵.

Grave: Preparación estructurada y concreta de hacerse daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, el paciente expresa desesperanza, niega el apoyo social y no rectifica sus ideas ³⁵.

Extremo: Varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo, La presencia de autoagresión es un agravante ³⁵.

IV.6 Prevención

Las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y del Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud para reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio no se lograrán a menos que transformemos nuestros esfuerzos encaminados a realizar acciones eficaces para prevenir el suicidio. VIVIR LA VIDA es el enfoque de la OMS para la prevención del suicidio en el aspecto nacional ³⁶.

Los pilares fundamentales de VIVIR LA VIDA son los siguientes:

- Análisis de la situación ³⁶
- Colaboración multisectorial ³⁶
- Sensibilización y promoción ³⁶
- Financiación ³⁶
- Vigilancia, monitoreo y evaluación ³⁶
- Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio ³⁶
- Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio ³⁶
- Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de las personas ³⁶
- Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de

cualquier persona con conductas suicidas ³⁶.

En el aspecto del profesional de la salud ante un paciente que presente alguna conducta suicida, el Colegio Dominicano de Psicólogos propone lo siguiente:

La alianza terapéutica, la empatía, escucha activa, confianza y transparencia es importante. De no tener una buena relación con el paciente, el proceso de entrevista y evaluación clínica tendrá una validez cuestionable. Estudios indican que una fuerte alianza entre paciente y profesional puede convertirse en un factor de protección, llegando a contrarrestar el sentimiento de desesperanza de los pacientes ³⁶.

El profesional debe estar consciente de las acciones que puede realizar o debe evitar ante una situación de ideación suicida. La actitud del profesional debe estar basada bajo los lineamientos éticos de su profesión y el respeto hacia los pacientes, evitando actitudes negativas que puedan ser perjudiciales para el paciente ³⁶.

En la cotidianidad, ¿Qué puedo hacer si conozco a alguien que está considerando quitarse la vida? ³⁶

Usualmente los allegados a una persona que está pensando en suicidarse son los primeros en reconocer las señales de aviso y pueden ser los primeros en ayudar a esa persona que se encuentra en riesgo al tomar medidas de acción, como, por ejemplo, buscar asistencia de un profesional de la salud mental en búsqueda de ayuda y tratamiento ³⁶.

Si alguien llega a comentarle de manera directa y explícita que quiere suicidarse no lo deje solo, ni lo guarde en secreto, más bien cuénteles a un amigo, familiar de confianza o personal sanitario. Al hacerlo, puedes salvarle la vida a la persona que quieres ³⁶.

IV.7 Tratamiento

IV.7.1 Tratamiento no farmacológico

Las herramientas psicoterapéuticas juegan un rol importante en el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio. Cuando el paciente se compromete a asistir a terapia, existe mayor probabilidad de que acepte tomar las medicaciones prescritas por su médico. La psicoeducación sobre la medicación psiquiátrica y la desmitificación de la misma incrementa la adherencia al tratamiento. Si un paciente conoce cómo funciona la medicación, sabe que no genera adicción, conoce los efectos que ésta provoca, sabe que no debe abandonarse de golpe y que cualquier cambio se hace de la mano de su médico, entonces incrementamos la adherencia al tratamiento ³⁷.

Existen una serie de objetivos principales a tomar en cuenta para la elaboración de un plan de tratamiento, independientemente si el paciente se encuentra

hospitalizado o asiste a sesiones de manera ambulatoria, tales como:

Mantener la seguridad del paciente ³⁷.

Identificar y abordar cualquier psicopatología subyacente ³⁷.

Identificar estresores psicosociales del paciente ³⁷.

Desarrollar estrategias funcionales para abordar los estresores psicosociales del paciente ³⁷.

Cuando se ha detectado la presencia de ideación o riesgo de suicidio se recomienda explicar a los familiares o allegados lo que está presentando el paciente, informar la importancia de que éste reciba acompañamiento constante por parte de sus familiares, le sea restringido el acceso a métodos letales y la aceptación y compromiso por parte de su familia y el paciente de que se implemente un seguimiento y derivación a servicios de salud mental u otro profesional sanitario ³⁷.

En la mayoría de los casos, la familia puede requerir acompañamiento, siendo la psicoeducación vital para este proceso ya que son las personas que están de cerca al paciente ³⁷.

La evidencia científica también arroja que existen otros tipos de terapias que han mostrado eficacia como: La terapia de resolución de problemas, terapia interpersonal, terapia familiar y terapia psicodinámica ³⁷.

IV.7.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento de los pensamientos y el comportamiento suicida depende de la situación específica, que incluye el nivel de riesgo de suicidio y los problemas de base que pueden causar tales pensamientos o comportamiento ³⁸.

Los medicamentos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la sertralina y escitalopram. Los antipsicóticos atípicos como la risperidona y olanzapina y ansiolíticos, junto con otros medicamentos para tratar enfermedades mentales, pueden ayudar a reducir los síntomas ³⁸.

El tratamiento para la adicción a las drogas o al alcohol puede incluir la desintoxicación, programas de tratamiento para las adicciones y reuniones de grupos de autoayuda ³⁸.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre	Definición	Indicador	Dimensión	Tipo de escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Número de años cumplidos	18 - 24 años. 25 - 34 años. 35 - 44 años. 45- 54 años. 55 o más años.	Numérica
Sexo	Características fisiológicas que definen hombres y mujeres.	Género	Femenino o Masculino	Nominal
Estado Civil	Situación de convivencia que tiene la persona	Referido por el paciente	Soltero, casado, unión libre, viudo, separado o divorciado.	Nominal
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Referido por el paciente	Católico, adventista, evangélico, testigos de Jehová, no practicante.	Nominal
Ocupación	La situación laboral en la que se encuentra el individuo.	Referido por el paciente.	Empleado, desempleado.	Nominal
Nivel educativo	Nivel de educación alcanzado.	Último Curso aprobado	Iletrados, Nivel básico, secundario, universitario. técnico profesional	Ordinal
Condición psiquiátrica previa	Diagnóstico previo de enfermedad mental.	Expediente clínico	Trastornos del estado de ánimo, trastorno de personalidad, esquizofrenia	Nominal

Conductas suicidas	Comportamiento adoptado con el fin de quitarse la vida.	Expediente clínico	Ideación, gestos, intentos y suicidio frustrado.	Nominal
Historia psiquiátrica familiar	Antecedentes de enfermedades mentales de familiares de primera línea.	Expediente clínico	Trastornos del estado de ánimo, trastorno de personalidad, esquizofrenia, antecedentes de suicidio	Nominal
Sucesos vitales estresantes	Eventos estresantes durante la vida del individuo.	Expediente clínico	Desempleo, deudas, estrés laboral, divorcio, red de apoyo débil, duelo, relaciones interpersonales disfuncionales.	Nominal
Eventos traumáticos de la infancia	Eventos durante la infancia del individuo que pudieron causar algún trauma.	Expediente clínico	Violencia sexual, maltrato físico, psicológico o verbal, ambiente familiar disfuncional.	Nominal
Uso y abuso de sustancias	El uso de drogas relacionado a conductas suicidas	Expediente clínico	Alcohol, cocaína, marihuana, opiáceos, estimulantes.	Nominal
Método suicida utilizado	Descripción del método utilizado por el paciente con la intención de atentar contra su vida.	Expediente clínico	Ahorcamiento, lanzarse al vacío, sobredosis de medicamentos, sobredosis por drogas ilícitas, ingerir sustancias nocivas, armas	Nominal

			de fuego, ahogarse o ninguno.	
--	--	--	-------------------------------------	--

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI. 1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y recolección retrospectiva en el cual se identificaron los factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, periodo enero 2021-octubre 2023.

VI. 2 Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Se encuentra ubicado en la calle Alexander Fleming número 177, esquina Pepillo Salcedo, ensanche la Fe, Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana. El mismo posee servicios de salud mental con consulta externa de psiquiatría y Unidad de Intervención en Crisis con área de internamiento para brindar asistencia a aquellos pacientes que se encuentren mentalmente perturbados.

VI.3 Universo

El universo estuvo conformado por expedientes de pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador B. Gautier con diagnóstico de intento suicida en el periodo enero 2021 - octubre 2023.

VI.4 Muestra

Fue construida por conveniencia, por 62 expedientes disponibles en el archivo del hospital al momento de la investigación de pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis con el diagnóstico de conductas suicidas en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2021 - octubre 2023.

VI.5 Criterios

VI.5.1 De inclusión

1. Se incluyeron todos los expedientes de los pacientes mayores de 18 años ingresados en la unidad de intervención en crisis diagnosticados con conductas suicidas.

VI.5.2 De exclusión

1. Expedientes incompletos

VI.6 Instrumento de recolección de datos

La recolección de datos fue llevada a cabo mediante un cuestionario elaborado por los sustentantes, el cual fue aplicado en la revisión de expedientes de los pacientes

ingresados en la unidad de intervención en crisis con el diagnóstico de conductas suicidas en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo enero 2021 - octubre 2023.

VI.7 Procedimiento

Luego de aprobado el anteproyecto por la unidad de investigación de la facultad de medicina de la Universidad Pedro Henríquez Ureña y la Escuela de Medicina, procedimos a someter al departamento de enseñanza del hospital Dr. Salvador B. Gautier donde se entregó una carta elaborada por la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña para solicitar la aprobación para la utilización de los expedientes para la recolección de datos, junto a una carta al departamento de psiquiatría para obtener la aprobación para buscar los números de expedientes requeridos. Una vez obtenidas las aprobaciones necesarias, los sustentantes procedieron a asistir al departamento de psiquiatría donde les facilitaron la numeración de los expedientes a utilizar, posterior a esto asistieron al departamento de archivos de lunes a viernes en horario matutino. La recolección de datos fue realizada mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

VI.8 Tabulación

Los datos obtenidos en la siguiente investigación fueron ordenados, procesados y luego tabulados representados en tablas y gráficas utilizando las herramientas de google documents, microsoft word y excel.

VI.9 Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple expresados en porcentajes.

VI.10 Aspectos Éticos

En este estudio nos regimos por los principios éticos internacionales como la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS) donde cumplimos protocolos de confidencialidad con el compromiso de mantener la misma. Nuestra investigación fue llevada a cabo bajo la revisión y aprobación del Comité de Ética de la Universidad junto al Departamento de Enseñanza del Hospital Dr. Salvador B. Gautier para iniciar la recolección de datos ^{39,40}.

Creamos un instrumento que guarda en su totalidad la confidencialidad de los expedientes revisados, excluyendo cualquier información específica que pueda exponer la identidad del paciente.

VII. RESULTADOS

Tabla 1. Sexo de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

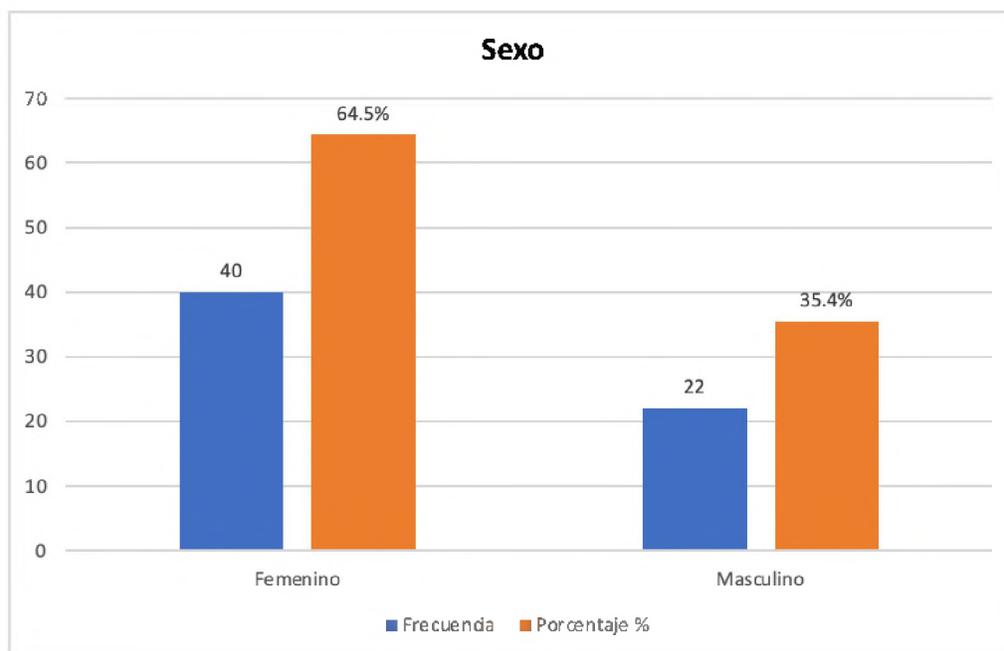
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	40	64,50%
Masculino	22	35,40%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los datos recopilados a través del instrumento de recolección mostraron lo siguiente acerca de los pacientes que presentaron conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital:

Según los resultados obtenidos, el sexo femenino presenta con mayor frecuencia conductas suicidas representado en un 64,50% de los casos.

Gráfico 1. Sexo de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 1

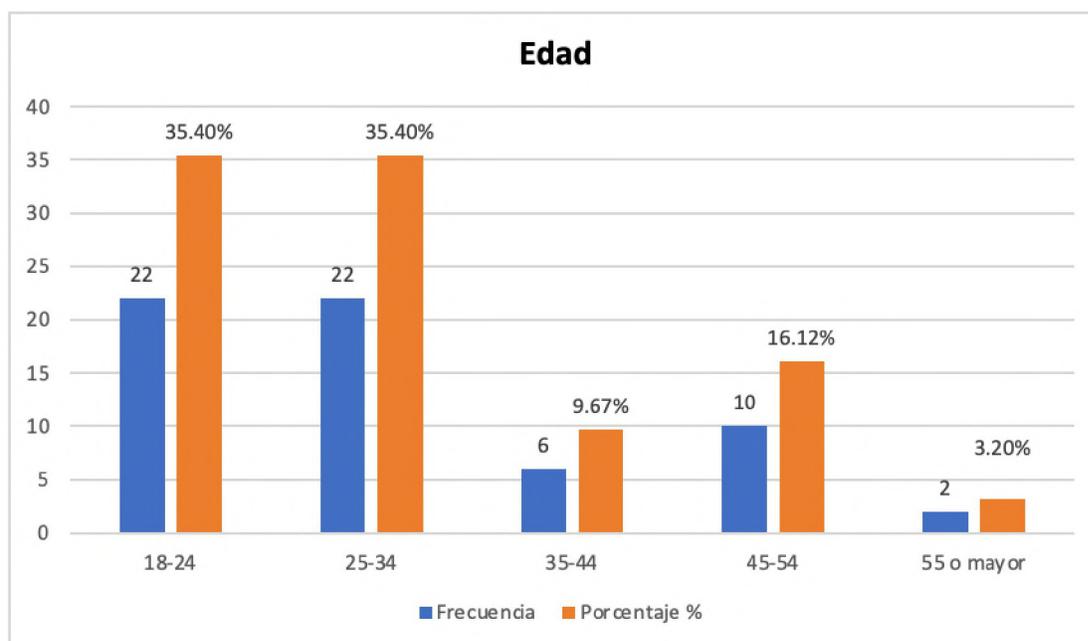
Tabla 2. Edad de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
18 - 24	22	35,40%
25 - 34	22	35,40%
35 - 44	6	9,67%
45- 54	10	16,12%
55 o mayor	2	3,20%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En esta investigación los casos están divididos en 5 rangos de edades; los pacientes que con mayor frecuencia presentan conductas suicidas son aquellos que pertenecen a los rangos de edades de 18-24 y 25-34 años, representados por un 35,40% respectivamente, esto quiere decir que un 70,80% de los pacientes que presentaron conductas suicidas tenían entre 18-34 años.

Gráfico 2. Edad de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 2

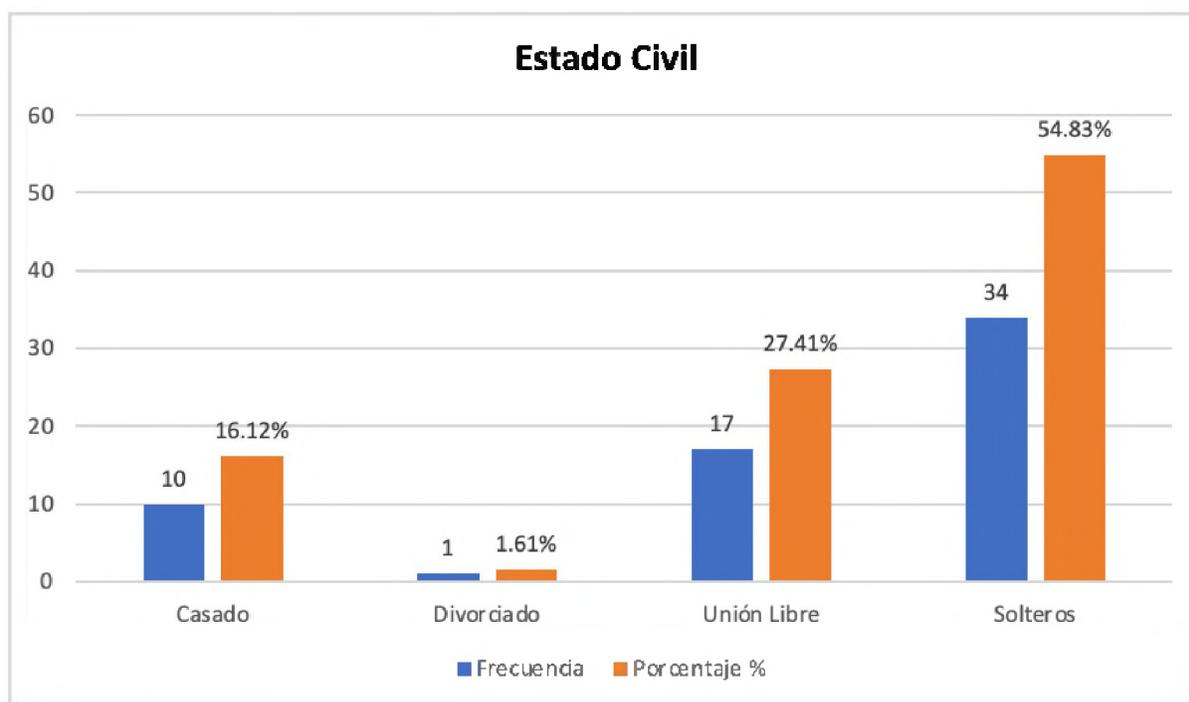
Tabla 3. Estado civil de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Casado	10	16,12%
Divorciado	1	1,61%
Soltero	34	54,83%
Unión libre	17	27,41%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con respecto al estado civil de los pacientes ingresados presentando conductas suicidas el 54,83% estaban solteros.

Gráfico 3. Estado civil de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 3

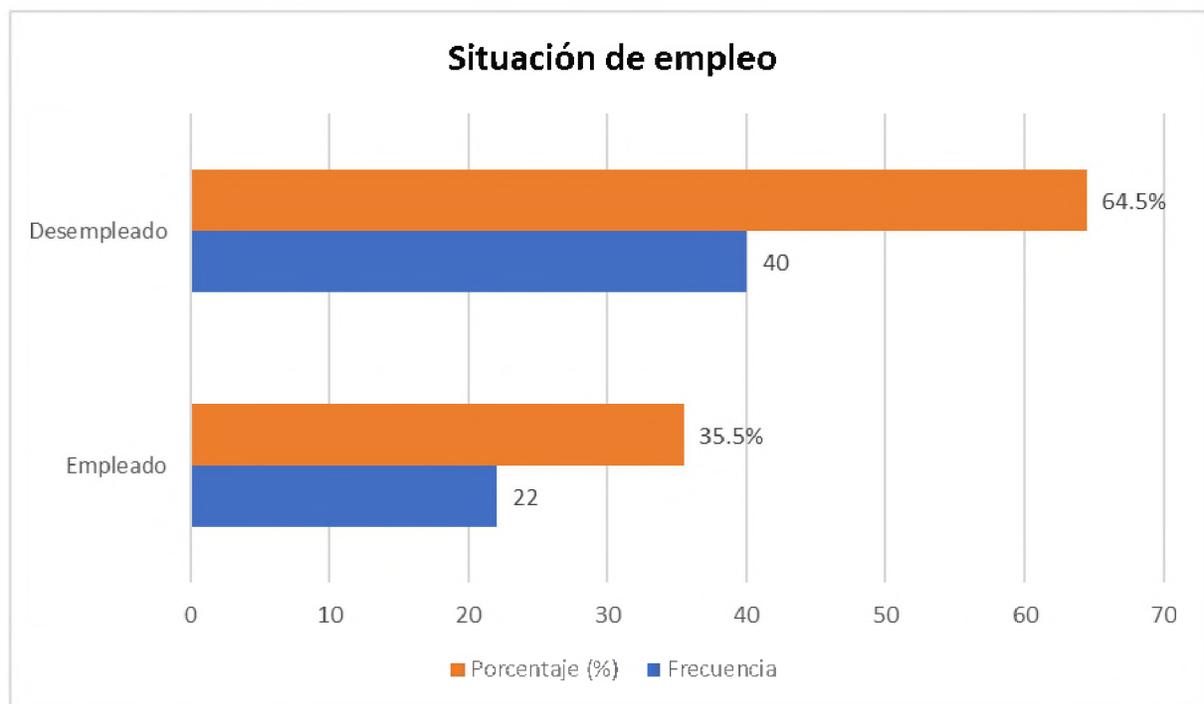
Tabla 4. Situación de empleo de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	40	64,51%
Empleado	22	35,48%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Los datos recopilados indican que 64%, es decir 40 de los 62 involucrados se encontraban en situación de desempleo.

Gráfico 4. Situación de empleo de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 4

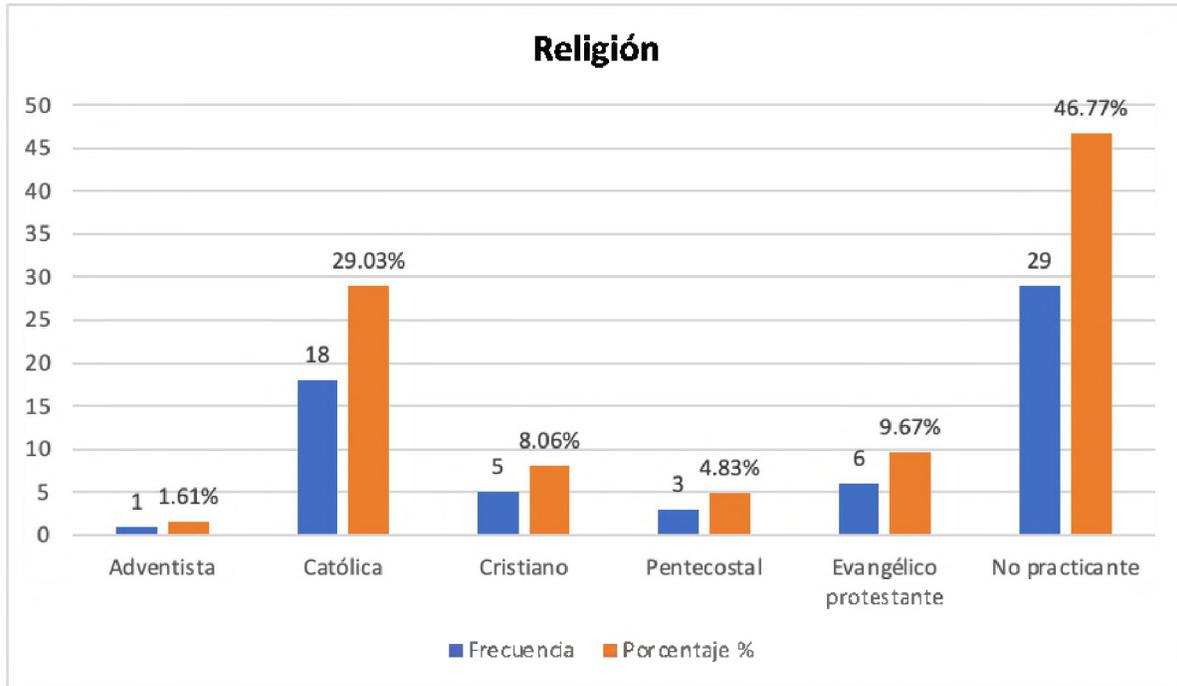
Tabla 5. Religión de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021-octubre 2023.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Adventista	1	1,61%
Católico	18	29,03%
Cristiano de ninguna denominación	5	8,06%
Evangélico protestante	6	9,67%
No practicante	29	46,77%
Pentecostal	3	4,83%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con respecto a la religión que profesan, 29 (46,77%) de los casos no eran practicantes de ninguna religión, esto nos demuestra que el no profesar o practicar ninguna religión pudiera ser un elemento de suma importancia frente a las conductas suicidas en los pacientes psiquiátricos.

Gráfico 5. Religión de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021-octubre 2023.



Fuente: Tabla 5

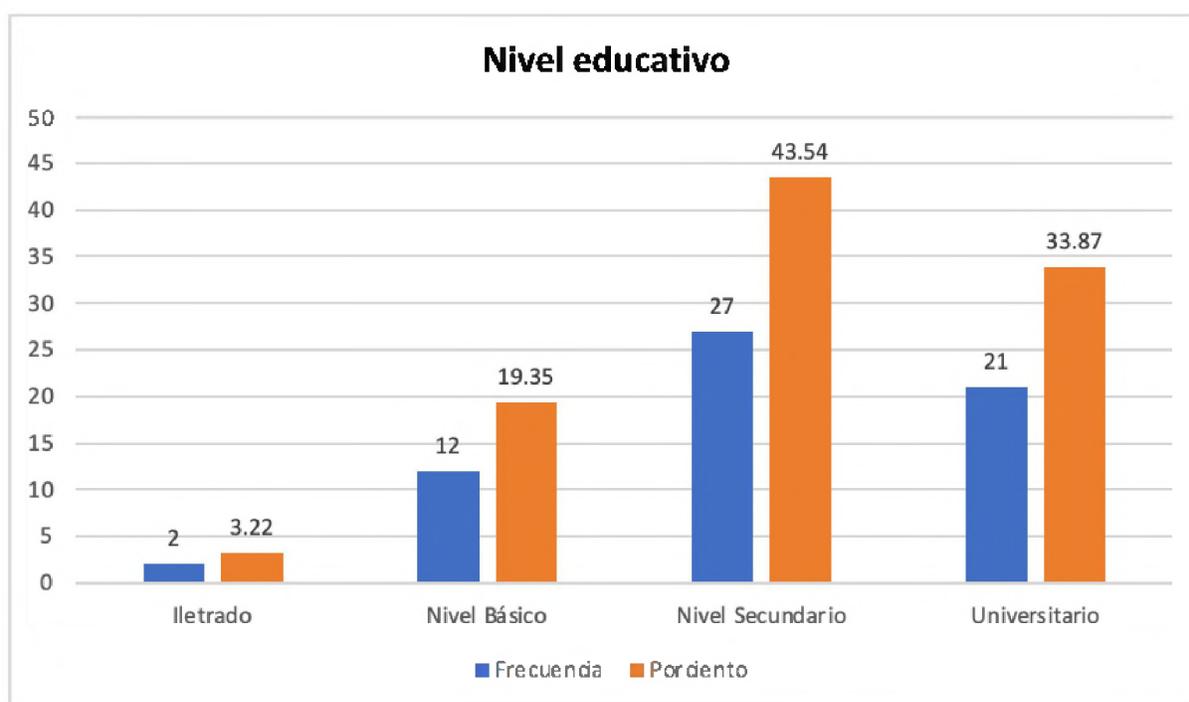
Tabla 6. Nivel educativo de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Iletrado	2	3,22%
Nivel básico	12	19,35%
Nivel secundario	27	43,54%
Universitario	21	33,87%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con relación al nivel educativo podemos ver que los datos reflejan que el 43,54% de los pacientes llegaron hasta el nivel secundario de escolaridad y el 33,87% pudo entrar a la universidad o finalizarla. Estos resultados obtenidos nos indican que los casos estudiados, en su mayoría tenían un nivel de educación igual o mayor al nivel secundario.

Gráfico 6. Nivel educativo de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Condición psiquiátrica previa de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Condición psiquiátrica previa	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno depresivo mayor	30	48,4%
Trastorno depresivo persistente (distimia)	1	1,6%
Trastorno depresivo inducido por sustancias o fármacos	2	3,2%
Ansiedad Generalizada	3	4,8%
Trastorno bipolar en fase maníaca	5	8,1%
Trastorno bipolar en fase depresiva	5	8,1%
Trastorno Esquizotípico	1	1,6%
Trastorno Límite	20	32,3%
Trastorno Antisocial	3	4,8%
Trastorno Dependiente	1	1,6%
Trastorno del espectro de la esquizofrenia	10	16,1%
Trastorno de la conducta alimentaria	1	1,6%
Juego patológico	1	1,6%
Psicosis	1	1,6%
Trastorno psicótico no especificado	3	4,8%
Trastorno del estado de ánimo por otra afección médica	1	1,6%

Ninguno	5	8,1%
---------	---	------

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

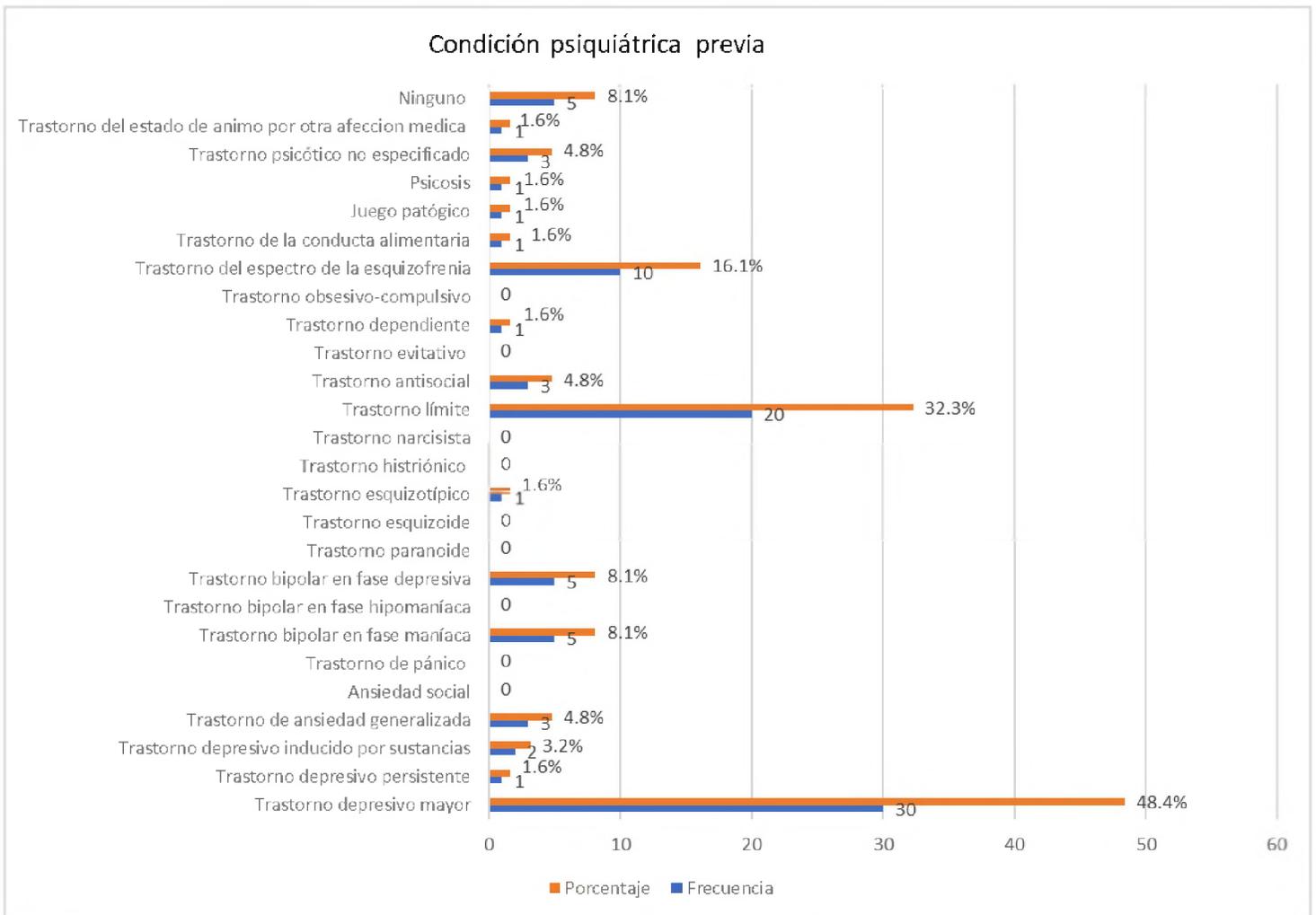
Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección de datos revelaron que el 91,9% de los pacientes presentaban una condición psiquiátrica previa.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor representa el 48,4% con un total de 30 casos.

Dentro de los resultados obtenidos en el proceso de recolección de datos, muestran con relación a padecer un trastorno de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad comprende el mayor porcentaje con un total de 20 casos (32,3%).

Esto quiere decir que las condiciones psiquiátricas previas que se presentaron con mayor frecuencia con en los pacientes que presentaron conductas suicidas son el trastorno depresivo mayor y el trastorno límite de la personalidad.

Gráfico 7. Condición psiquiátrica previa de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 7.

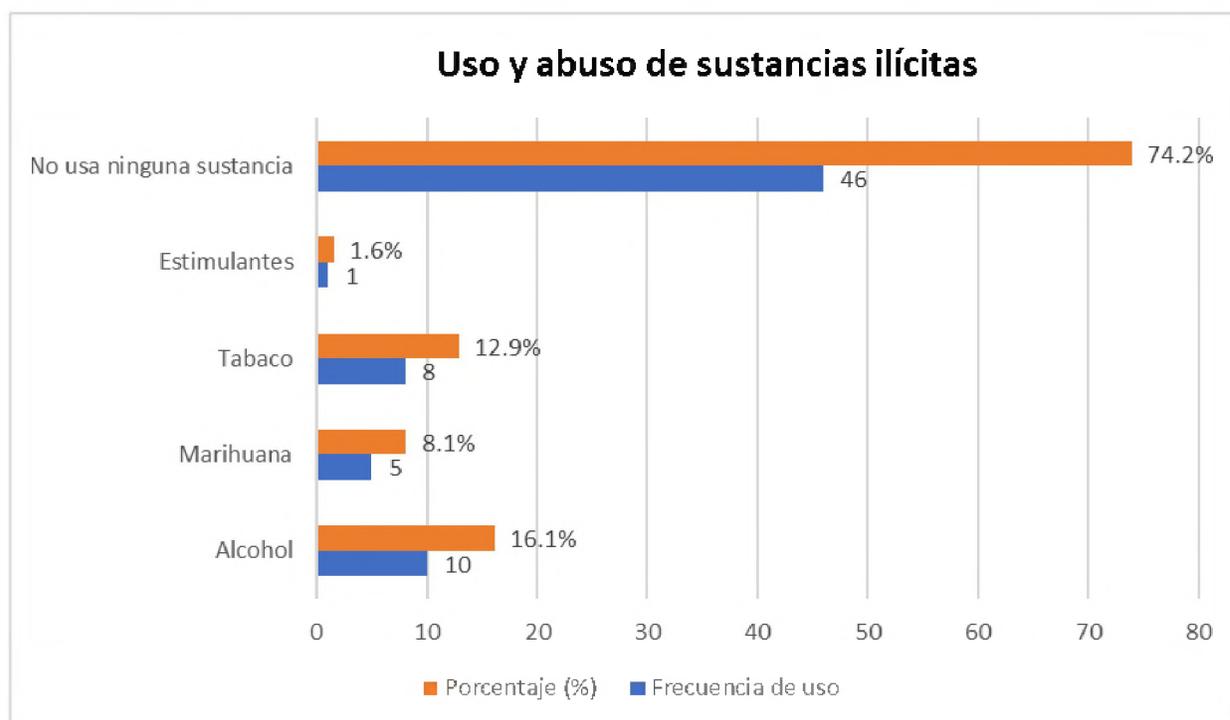
Tabla 8. Uso y abuso de sustancias ilícitas de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Sustancia	Frecuencia de uso	Porcentaje
Alcohol	10	16,1%
Marihuana	5	8,1%
Tabaco	8	12,9%
Estimulantes	1	1,6%
No usa ninguna sustancia	46	74,2%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos en este estudio se evidencia que el mayor porcentaje de los pacientes (74,2%) no usaba ninguna sustancia. Dentro de los que sí usaban sustancias, la más frecuente fue el alcohol, correspondido por un 16,1%.

Gráfico 8. Uso y abuso de sustancias ilícitas de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 8.

Tabla 9. Antecedentes psiquiátricos familiares de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

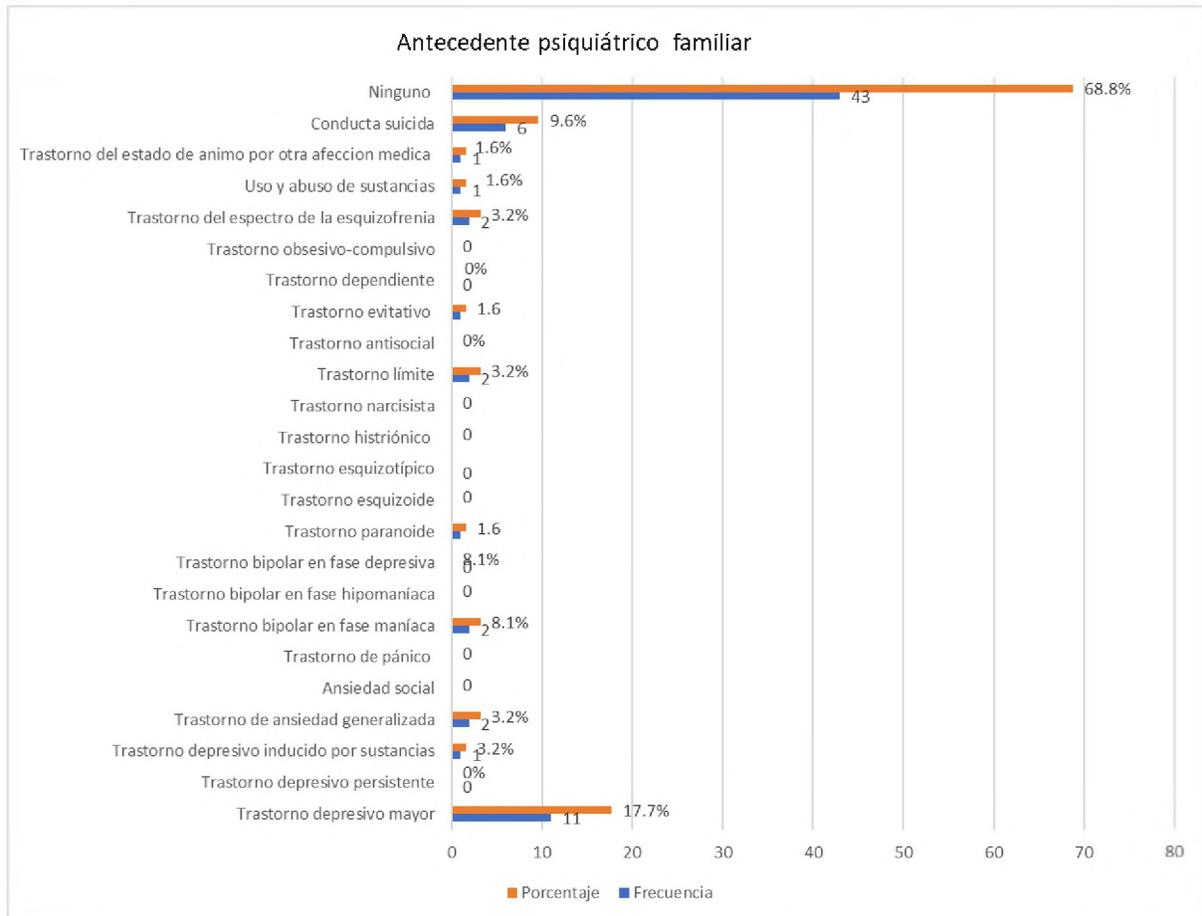
Antecedente	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno depresivo mayor	11	17,7%
Trastorno depresivo inducido por sustancias o fármacos	1	1,6%
Ansiedad Generalizada	2	3,2%
Trastorno bipolar en fase maníaca	2	3,2%
Trastorno Paranoide	1	1,6%
Trastorno Límite	2	3,2%
Trastorno Evitativo	1	1,6%
Trastorno del espectro de la esquizofrenia	2	3,2%
Uso y abuso de sustancias	1	1,6%
Trastorno del estado de ánimo por otra afección médica	1	1,6%
Conducta suicida	6	9,6%
Ninguna	43	68,8%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De los datos obtenidos de los expedientes revisados, 43 de estos no tenían antecedentes psiquiátricos familiares, siendo el 68,8%.

De los pacientes con antecedentes psiquiátricos familiares, el que con más frecuencia se presentó fue el trastorno depresivo mayor en un 17,7%, es decir 11 casos.

Gráfico 9. Antecedentes psiquiátricos familiares de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 9.

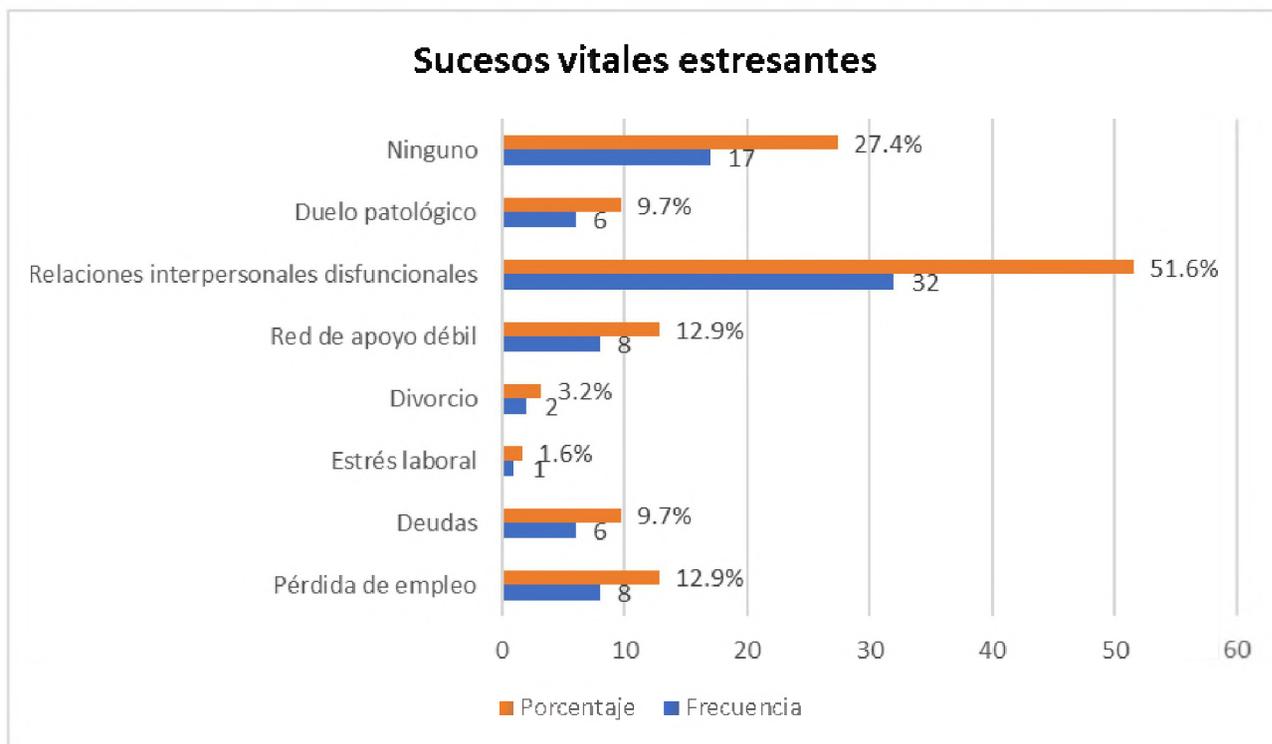
Tabla 10. Sucesos vitales estresantes de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sucesos vitales estresantes		
Pérdida del empleo	8	12,9%
Deudas	6	9,7%
Estrés laboral	1	1,6%
Divorcio	2	3,2%
Red de apoyo débil	8	12,9%
Relaciones interpersonales disfuncionales	32	51,6%
Duelo patológico	6	9,7%
Ninguno	17	27,4%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los datos recopilados a través del instrumento de recolección revelaron que los sucesos vitales estresantes estuvieron ausentes en el 27,4%, es decir 17 de los casos, mientras que los que el 72,6% restante (45 casos) presentaron sucesos vitales estresantes, siendo la pérdida del empleo (12,9%) el suceso más frecuente.

Gráfico 10. Sucesos vitales estresantes de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 10

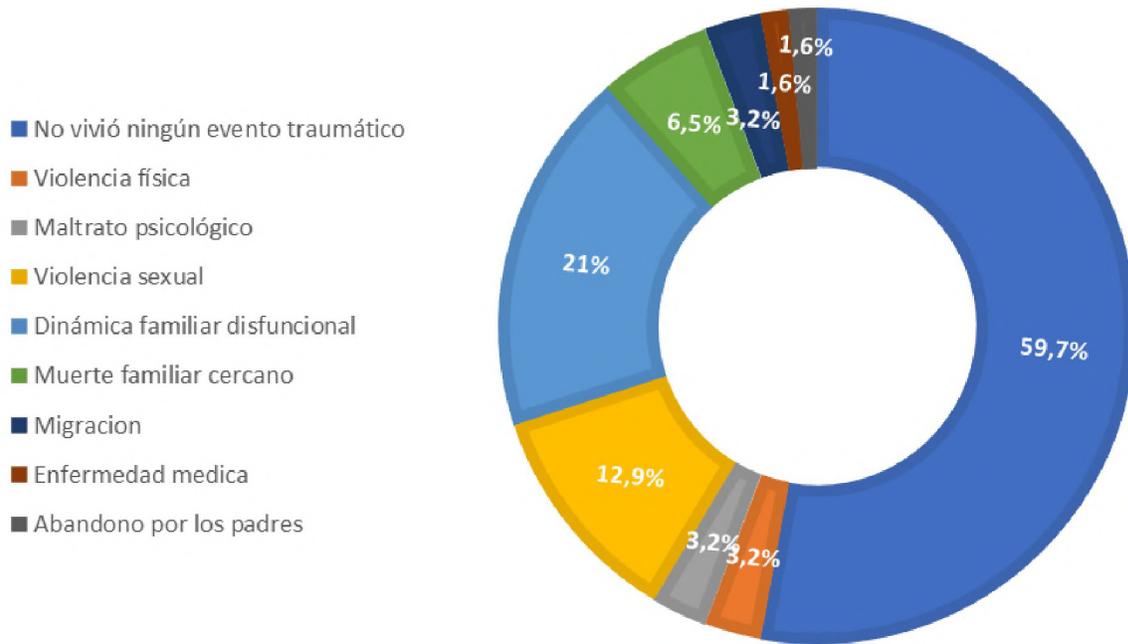
Tabla 11. Eventos traumáticos de la infancia de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Eventos traumáticos de la infancia		
No vivió ningún evento traumático	37	59,7%
Violencia física	2	3,2%
Maltrato psicológico	2	3,2%
Violencia sexual	8	12,9%
Dinámica familiar disfuncional	13	21%
Muerte familiar cercano	4	6,5%
Migración	2	3,2%
Enfermedad médica	1	1,6%
Abandono por los padres	1	1,6%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los datos recopilados con el instrumento de recolección arrojaron valores significativos respecto al haber vivido eventos traumáticos durante la infancia donde un 59,7% (37 casos) no habían vivido ninguno. El 40,3% restantes si los vivió, siendo el de mayor frecuencia el haber experimentado una dinámica familiar disfuncional (21%).

Gráfico 11. Eventos traumáticos de la infancia de los pacientes con conductas suicidas ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021- octubre 2023.



Fuente: Tabla 11

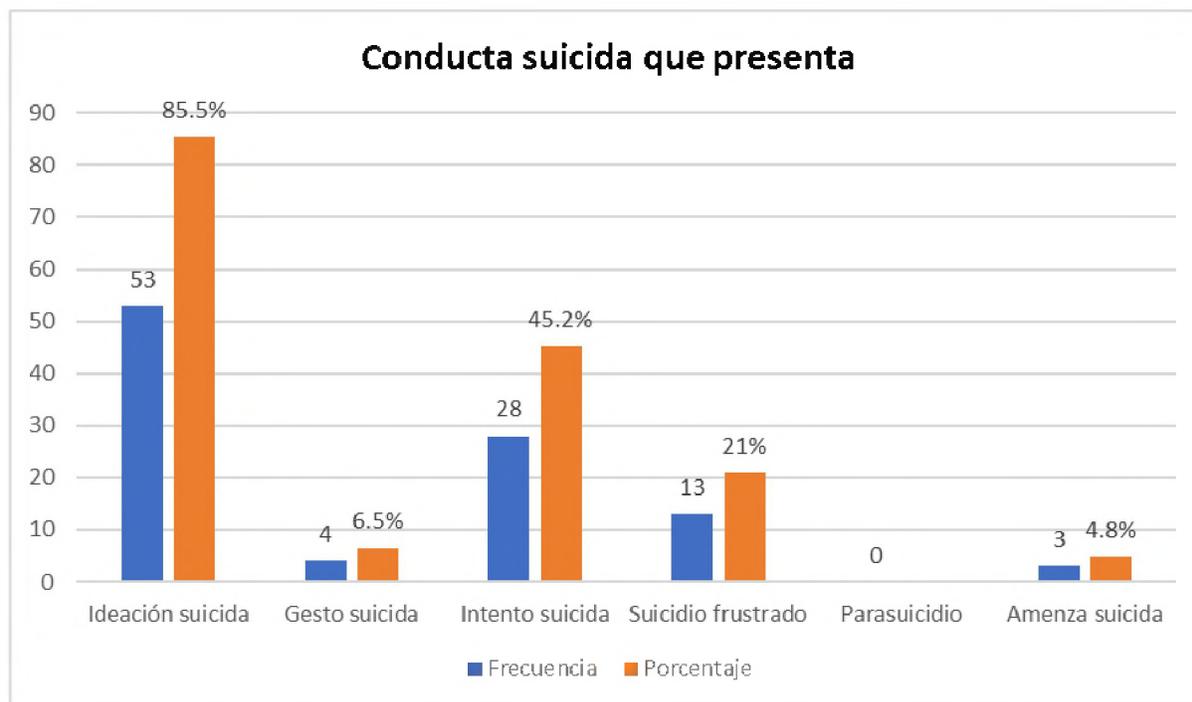
Tabla 12. Conducta suicida de los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021-octubre 2023.

Conducta suicida	Frecuencia	Porcentaje
Ideación suicida	53	85,5%
Gesto suicida	4	6,5%
Intento suicida	28	45,2%
Suicidio frustrado	13	21%
Amenaza suicida	3	4,8%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los datos recopilados a través del instrumento de recolección mostraron que la conducta suicida más frecuente fue la ideación que estuvo presente en 53 casos (85,5%).

Gráfico 12. Conducta suicida de los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021-octubre 2023.



Fuente: Tabla 12

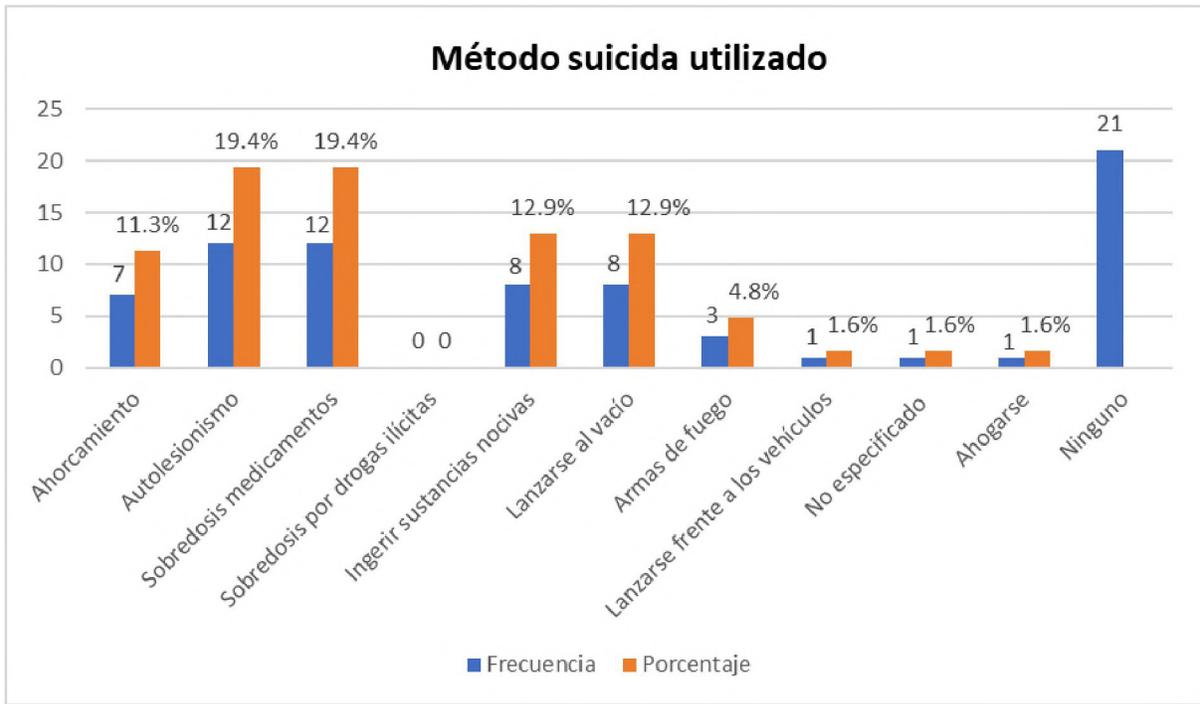
Tabla 13. Método suicida utilizado por los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021-octubre 2023.

Método suicida utilizado por el paciente	Frecuencia	Porcentaje
Ahorcamiento	7	11,3%
Autolesionismo	12	19,4%
Sobredosis medicamentos	12	19,4%
Ingerir sustancias nocivas	8	12,9%
Lanzarse al vacío	8	12,9%
Armas de fuego	3	4,8%
Lanzarse frente a los vehículos	1	1,6%
No especificado	1	1,6%
Ahogarse	1	1,6%
Ninguno	21	33,9%

Fuente: Recolección de datos

Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección revelaron que el 33,9% (21 casos) aunque presentaron ideación suicida, no llevaron a cabo atentados contra su vida, mientras que el otro 66,1% (79 casos) si presentaron otras conductas suicidas siendo el autolesionismo (19,4%) y la sobredosis de medicamentos (19,4%) los métodos más frecuentes.

Gráfico 13. Método suicida utilizado por los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, período enero 2021-octubre 2023.



Fuente: Tabla 13

VIII. DISCUSIÓN

En una investigación realizada por Mendez Bustos PI et al (3) en 2021, revelaron que el sexo con mayor intentos de suicidio fue el femenino, con una frecuencia de 42,6%. Mientras que en nuestro estudio, pudimos comprobar que la manifestación de conductas suicidas es más frecuente en el sexo femenino con un porcentaje del 64,50%.^{41,42}.

En cuanto a la edad de los pacientes, la investigación realizada por Fernández Seguí AM en el 2018, revela que las edades más predominantes están entre los 10 y 29 años. Así mismo, los estudios realizados en nuestro país por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) en el 2018 sobre los suicidios registrados, el 45% correspondían a edades entre 15 y 39 años. Por parte de nuestro estudio, se comprobó que los grupos de edades más frecuentes fueron los de 18 a 24 años con un porcentaje de 35,40% y de 25 a 34 años con un 35,40% igualmente⁶.

En el estudio realizado por Torales J et al (5) en 2020 se evidencia que la mayor parte de la muestra eran solteros con un 42,5%, destacando que el estado civil es un factor a tener en cuenta. Al relacionar nuestro estudio con el estado civil encontramos que, en la mayoría de los casos los pacientes eran solteros, representando un 54,83% del total.⁴⁴.

En el estudio realizado por Torales J et al (5) en 2020 evidenciaron que de todos los pacientes estudiados el 54,3% se encontraban desempleados. En el caso de nuestro estudio, evidenciamos que del total de pacientes entrevistados, el 64,51% se encontraba desempleado⁴⁴.

En la investigación realizada por Peralta Gallego FJ et al (4) en 2018, se observó que el 69,8% pertenecían a una denominación religiosa, la cual en su mayoría eran católicos. Así mismo, según la religión de los pacientes, en nuestro estudio pudimos observar que el 46,77% de los pacientes no practicaba ninguna religión mientras que el 53,23% restante era de distintas denominaciones, siendo mayormente católicos⁴⁵.

En la investigación realizada por Torales J et al (5) en su estudio de caracterización de pacientes con conductas suicidas en el 2020, demuestran que el 48% de la población investigada llegó al nivel secundario y 6,3% no logró superar los niveles básicos. Mientras que en nuestro estudio, comprobamos que de los pacientes estudiados el 43,54% de los expedientes revisados concluyeron hasta el nivel educativo secundario, el 33,87% lograron entrar a la universidad y el 19,35 % llegaron hasta niveles básicos⁴⁴.

Según la condición psiquiátrica previa, en la investigación realizada por Torales J et al (5) en el 2020 donde el trastorno límite de la personalidad con un 43,3% es el de mayor prevalencia seguido del trastorno depresivo mayor 18,9%. Por el contrario, en nuestro estudio observamos que un porcentaje significativo de los pacientes ingresados cursaba en su mayoría con trastorno depresivo mayor en un 48,4% seguido del trastorno de personalidad límite con un 32,3% de los casos ⁴⁴.

El estudio de Valdevila Figueira JA et al (5) en 2020, informaron que el consumo de sustancias es un elemento favorecedor de las conductas suicidas en un 82,6% de los casos analizados. Por otra parte, nuestro estudio reveló que el 74,2% no usaba ningún tipo de sustancias ilícitas ²⁸.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares, el 68,8% no presentó ninguna historia psiquiátrica familiar, mientras que el 31,2% restante sí presentó, siendo el trastorno depresivo mayor el más predominante. Encontramos discrepancias respecto a otros estudios que indican que la historia familiar ejerce un importante papel como factor de riesgo para conductas suicidas ⁴⁶.

El estudio realizado por Navarro Atienzar F et al en 2019 explica que existe una relación entre la alta exposición a eventos traumáticos y la presencia de problemas mentales, mencionando la alta prevalencia de historia de trauma infantil con hasta un 60% de los niños y adolescentes. Al relacionar nuestro estudio con los eventos traumáticos de la infancia el 59,7% no vivió ningún suceso que le marcara, sin embargo el otro 40,3% si tuvo eventos traumáticos durante su niñez, el de mayor frecuencia encontrado fue la dinámica familiar disfuncional (21%), seguido de violencia sexual (12,9%) y la muerte de un familiar cercano (6,5%) ⁴⁷.

En cuanto a los eventos traumáticos de la infancia el 59,7% no vivió ningún suceso que le marcara, sin embargo el otro 40,3% si tuvo eventos traumáticos durante su niñez, el de mayor frecuencia encontrado fue la dinámica familiar disfuncional (21%), seguido de violencia sexual (12,9%) y la muerte de un familiar cercano (6,5%). El estudio titulado "El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones" explica que existe una relación entre la alta exposición a eventos traumáticos y la presencia de problemas mentales, también menciona que la alta prevalencia de historia de trauma infantil debe ser considerada como un factor predictivo de la conducta suicida sustentando así los resultados obtenidos en esta investigación ⁴⁸.

Los resultados obtenidos en el estudio de Pavez P et al (3) en 2009, indican que el 57% de la muestra presenta conductas suicidas, mientras que el 42,0% presentan ideación suicida. Por otro lado, nuestra investigación arrojó que el 85,5% de los pacientes presentó ideación suicida que pudo estar acompañado o no de otras conductas como el intento en el 45% de los casos estudiados y el suicidio frustrado,

en el 21% de los casos ⁴⁹.

En la investigación realizada por Torales J et al (5) en 2020 demostraron que 42,5% de la población masculina y el 44,4% de la población femenina utilizaron como método de suicidio más frecuente el consumo de psicofármacos, seguido por ahorcamiento con un 16,5% en el caso de los hombres y autolesionismo con un 11,8% en el caso de las mujeres. Mientras que, nuestro estudio mostró que en relación a los métodos suicidas utilizados por los pacientes estudiados, los más frecuentes corresponden a la sobredosis de medicamentos y el autolesionismo con 19,4% cada uno, seguido de la ingestión de sustancia nocivas con un 12,9%, lanzarse al vacío 12,9% y el ahorcamiento 11,3%. ⁴⁴

IX. CONCLUSIÓN

Esta investigación nos demuestra que la manifestación de conductas suicidas se puede presentar tanto en el sexo femenino como en el masculino, siendo el femenino con el mayor porcentaje 64,50%.

Estas conductas se pueden encontrar en cualquier etapa de la vida, siendo más significativas en los grupos de edades de 18 a 24 años con un porcentaje de 35,40% y de 25 a 34 años con un 35,40% igualmente.

Sobre el estado civil de los pacientes el mayor porcentaje 54,83% eran solteros.

La situación de desempleo representa el 64,51% de los expedientes revisados.

En nuestro estudio, el 46,77% de los pacientes no practicaba ninguna religión. Este tipo de actividades espirituales son un factor protector ya que las personas tenemos un compuesto de dimensiones que favorecen la salud mental, donde la fe y la esperanza en un ser divino juega un papel importante la parte espiritual y sentimiento de seguridad. Por lo que la ausencia de este puede ser un factor de riesgo a la predisposición de conductas autodestructivas.

Hemos observado en esta investigación que el 43,54% de los expedientes revisados concluyeron hasta el nivel educativo secundario.

En este trabajo hemos evidenciado que la presencia de una condición psiquiátrica previa predispone a la aparición de conductas autolesivas por el desequilibrio mental que conlleva en particular, siendo así un factor de riesgo importante. Encontramos un porcentaje significativo de pacientes ingresados por estas conductas con trastorno depresivo mayor en un 48,4% y trastorno de personalidad límite en un 32,3% de los casos.

De acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación, no encontramos relación significativa con el uso y abuso de sustancias siendo el 74,2% los que no usaban.

El 68,8% de los casos no tenían antecedentes psiquiátricos familiares.

Pudimos observar que un grupo importante de los expedientes revisados estaban afectados en diferentes etapas de su vida por sucesos vitales estresantes, como son mantener relaciones interpersonales disfuncionales siendo el 51,6%.

El 59,7% de los casos no presentaron eventos traumáticos en la infancia.

El tipo de conducta suicida más presente en los expedientes recolectados era la ideación suicida en un 85,5%. Tenían el pensamiento de muerte, pero no habían puesto en práctica llevarlo a cabo, sólo manifestaban la intención de escapar de su malestar psicológico de esta forma.

Sobre el grupo que sí realizaron alguna actividad para atentar contra su vida, encontramos sobredosis medicamentosas y el autolesionismo en un 19,4% para ambos métodos.

X. RECOMENDACIONES

- Ante cualquier paciente, tener presente que por el simple hecho de ser un paciente psiquiátrico esto le confiere el riesgo de presentar conductas suicidas.
- Evaluar de forma integral a todos los pacientes que asisten a consulta de psiquiatría teniendo sumo cuidado aquellos diagnosticados con trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad o algún trastorno del espectro esquizofrénico.
- Fomentar la práctica espiritual con el fin de darle esa herramienta protectora a los pacientes ante el suicidio o cualquier conducta suicida.
- Prestar mayor atención a los pacientes incluidos en el grupo de edades de mayor vulnerabilidad.
- Investigar a profundidad la historia familiar de los pacientes para así saber si posee un mayor riesgo por sus antecedentes.
- Recomendar a los pacientes, dentro de su condición, el realizar actividades que le permitan mantenerse ocupados y/o sentirse útiles, con el fin de evitar que la ociosidad los lleve al aumento del malestar psicológico y/o emocional.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
2. García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R, Sánchez Loyo LM, Morfín López T, Cruz Gaitán JI. Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. *Rev Colomb Psicol.* julio de 2011;20:167–79.
3. Linares IIM, Marcial GRM, Herrera AC, Salazar MM, Triana GG. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro Electrónica.* 1 de enero de 2020;24(1):54–67.
4. Caballero MA, Calas VMC, Román MB, Maso YS, Vals YF. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. *MEDISAN [Internet].* 7 de febrero de 2017 [citado 10 de enero de 2024];21(2). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/285>
5. Seguí AMF, Luis YR, Lozada PRM, Pérez NS, Pérez MO. El intento suicida en el Hospital Mahaicony, Guyana. *Correo Científico Méd [Internet].* 7 de septiembre de 2018 [citado 10 de enero de 2024];22(4). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2783>
6. Sandra Gutiérrez JM, Esteban Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(4):234–43.
7. Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana. Informe de investigación - PDF Free Download [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: https://docplayer.es/154314224-Analisis-de-situacion-en-salud-mental-y-atencion-primaria-en-republica-dominicana-informe-de-investigacion.html#show_full_text
8. Estadística (ONE) ON de. Oficina Nacional de Estadística (ONE). [citado 10 de enero de 2024]. Accidentales y violentas. Disponible en: <https://www.one.gob.do/datos-y-estadisticas/temas/estadisticas-sociales/seguridad-publica-y-justicia/accidentales-y-violentas/>
9. boletínpanoramaestadístico91mortalidadporsuicidiosenadolescentesenlarepdommar-abr2018.pdf [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.one.gob.do/media/swydwzib/bolet%C3%ADnpanoramaestad%C3%ADstico91mortalidadporsuicidiosenadolescentesenlarepdommar-abr2018.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. 2021 [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
11. Solís Espinoza M, Mancilla Díaz JM, Vázquez Arévalo R. Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo: Suicidal

risk: influence of self-harm, eating behavior, and subjective pain. *Rev Psicol Salud*. enero de 2023;33(1):89–96.

12. OPS, OMS. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

13. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de Prevención del Suicidio 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2022>

14. Dirección de Comunicaciones, Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. MSP llama a estar atentos a signos de depresión y crear esperanza a través de la acción - Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://msp.gob.do/web/?p=15625>

15. Amador Rivera GH. SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Rev Médica Paz*. 2015;21(2):91–8.

16. Parra I. Definición de suicidio. *psicosomática Psiquiatr* [Internet]. 4 de mayo de 2023 [citado 6 de diciembre de 2023];(25). Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/415828>

17. conducta suicida [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/conducta_suicida.pdf

18. Alejandro Koppmann. Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general [Internet]. 2020 [citado 8 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864020300250>

19. A Cortés Alfaro, M Román Hernández, R SuárezMedina, R Alonso Uría. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *An Acad Cienc Cuba* [Internet]. 2021; Disponible en: <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/939>

20. B Sadock, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadock. *Manual de Psiquiatría Clínica*. 11ª ed. Wolters Kluwer Health; 2017.

21. Perea Castañeda JD, Uribe Arroyave S. Relación existente entre la posición y condición social y la prevalencia de suicidio de jóvenes en la ciudad de Medellín [Internet] [bachelorThesis]. Universidad EAFIT; 2021 [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://repository.eafit.edu.co/handle/10784/30041>

22. Basto AYP. Intentos de suicidio y Trastornos mentales. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 12 de abril de 2021;20(4):3967.

23. 220217_Libro_Depresion_y_Suicidio_Edicion_Congreso.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/220217_Libro_Depresion_y_Suicidio_Edicion_Congreso.pdf

24. Tamborini SB. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018.

25. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
26. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. 2022 [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
27. Dra. Lisa Lewis. Factores de riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia [Internet]. 2005 [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.intramed.net/34322/Factores-de-riesgo-suicida-en-pacientes-con-esquizofrenia>
28. Valdevila-Figueira JA, Ruiz-Barzola O, Orellana-Román C, Valdevila-Santiesteban R, Fabelo-Roche JR, Iglesias-Moré S. Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. *Rev Inf Científica*. 4 de septiembre de 2021;100(5):3516.
29. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Alcohol: consumo excesivo incrementa el riesgo de cometer suicidio [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.mspbs.gov.py/portal/26688/alcohol-consumo-excesivo-incrementa-el-riesgo-de-cometer-suicidio.html>
30. 2022-Trastornos-de-la-personalidad-DSM5TR.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:
<https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022-Trastornos-de-la-personalidad-DSM5TR.pdf>
31. Marco RG, Benítez MH, Morera AL. Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 19 de junio de 2012 [citado 7 de diciembre de 2023];8(3). Disponible en:
<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/123>
32. Sanz MJM. Trastornos de personalidad y comportamiento suicida en la adolescencia.
33. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud.
34. Chinchilla A, Miguel Vega Piñero, J.F. Quintero Lumbreras, Javier Correas Lauffer. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2ª ed. 2014. 233 p.
35. Programa_Nacional_Prevention.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:
https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevention.pdf
36. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países [Internet]. Pan American Health Organization; 2021 [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>
37. CODOPSI. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES ADULTOS QUE PRESENTAN RIESGO DE SUICIDIO – CODOPSI [Internet]. 2021 [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en:

<https://codopsi.com.do/protocolo-de-atencion-psicologica-de-pacientes-adultos-que-presentan-riesgo-de-suicidio/>

38. Suicidio y pensamientos suicidas - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/suicide/diagnosis-treatment/drc-20378054>

39. Manzini JL. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta Bioethica [Internet]. diciembre de 2000 [citado 11 de enero de 2024];6(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

40. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). International Ethical Guidelines for Health-related Research involving Humans [Internet]. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2016 [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-health-related-research-involving-humans/>

41. Bustos PIM, Villaseca JAF, Silva AAT, Castroman JL. Conductas Suicidas Y Autolesiones En Una Muestra Clínica De Adolescentes Chilenos. Interciencia. 2021;46(12):455–61.

42. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA Psychiatry. 1 de marzo de 2013;70(3):300–10.

43. Bra. Cinthia Audelia Mayorga Bonilla. Bra. Kristian Melania Chacón. Factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en Emergencia. Hospital Gaspar García Laviana – Rivas, 2019. 29 de enero de 2021;85.

44. Torales J, Barrios I, González S, Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. Mem Inst Investig En Cienc Salud. agosto de 2020;18(2):54–62.

45. Peralta Gallego FJ, Piña Baena A, De la Vega Sánchez D, Guija Villa J, Giner Jiménez L. Suicidio y religión [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/suicidio-y-religion>

46. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaruel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev Médica Chile. febrero de 2009;137(2):226–33.

47. Parra Peña C. Impacto de los acontecimientos vitales estresantes en el intento de suicidio [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Alcalá; 2004 [citado 19 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=253463>

48. Navarro Atienzar F, Zabala Baños C, Ricarte Trives JJ. El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones.2019 [Internet]. [citado

10 de enero de 2024]. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v21n1/es_1575-0620-sanipe-21-01-42.pdf

49. Teti GL. Pacientes hospitalizadas por ideación e intento de suicidio en un Hospital de Salud Mental: características clínico-demográficas y seguimiento a seis meses. 2014;

XII. ANEXOS

XII.1 Cronograma

Actividades	Meses/años
Selección de tema	Julio/2022
Búsqueda de referencias	septiembre-diciembre 2023
Elaboración de ruta crítica	Octubre 2022
Actualización del tema	Septiembre 2023
Elaboración de anteproyecto	Diciembre 2023
Sometimiento y aprobación	Enero 2024
Elaboración de instrumento de recolección	Enero 2024
Solicitud de cartas para recolección de datos	Enero 2024
Recolección de datos	Enero 2024
Tabulación y análisis	Enero 2024
Redacción de informe	Enero 2024
Revisión	Enero 2024
Encuadernación	Febrero 2024
Presentación	Febrero 2024

Instrumento de recolección de datos

Factores de riesgo de conductas suicidas en pacientes atendidos en la unidad de intervención en crisis del hospital Dr. Salvador B. Gautier, periodo enero 2020-septiembre 2023.

Este instrumento será utilizado para la recolección de información que servirá de base para la tesis de grado por el título de doctor en medicina.

1. Edad:

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55 o mayor

2. Sexo:

- Femenino
- Masculino

3. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Unión libre
- Viudo
- Divorciado

4. Situación de empleo:

- Empleado
- Desempleado

5. Religión:

- Cristiano
- Católico
- Adventista
- Pentecostal
- Evangélico-protestante
- Testigo de Jehová
- No practicante
- Otras:

6. Nivel educativo:

- Nivel básico
- Nivel secundario
- Nivel universitario
- Iltrado

7. Condición psiquiátrica previa:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o fármacos
- Ansiedad generalizada
- Ansiedad Social
- Trastorno de pánico
- Trastorno bipolar en fase maníaca
- Trastorno bipolar en fase hipomaníaca
- Trastorno bipolar en fase depresiva
- Trastorno paranoide
- Trastorno esquizoide
- Trastorno esquizotípico
- Trastorno histriónico
- Trastorno narcisista
- Trastorno límite
- Trastorno antisocial
- Trastorno evitativo
- Trastorno dependiente
- Trastorno obsesivo - compulsivo
- Trastorno del espectro de la esquizofrenia
- Ninguno

8. Uso y consumo de sustancias

- No usa ninguna
- Alcohol
- Heroína
- Opiáceos
- Crack
- Estimulantes
- Marihuana
- Cocaína

9. Antecedente psiquiátrico familiar

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o fármacos
- Ansiedad generalizada
- Ansiedad Social
- Trastorno de pánico
- Trastorno bipolar en fase maníaca
- Trastorno bipolar en fase hipomaníaca
- Trastorno bipolar en fase depresiva
- Trastorno paranoide
- Trastorno esquizoide
- Trastorno esquizotípico
- Trastorno histriónico
- Trastorno narcisista
- Trastorno límite
- Trastorno antisocial
- Trastorno evitativo
- Trastorno dependiente
- Trastorno obsesivo - compulsivo
- Trastorno del espectro de la esquizofrenia
- Ninguno

10. Especificar familiar de la pregunta anterior:

- Madre
- Padre
- Abuelo paterno
- Abuela paterna
- Abuela materna
- Abuelo materno

Tíos paternos

Tíos maternos

No aplica

11. Antecedentes familiares de conductas suicidas:

• Si

• No

12. Especifique el familiar:

Madre

Abuela materna

Padre

Abuelo materno

Abuelo paterno

Tíos paternos

Abuela paterna

Tíos maternos

No aplica

13. Sucesos vitales estresantes:

Desempleo

Deudas

Estrés laboral

Divorcio

Red de apoyo débil

Relaciones interpersonales disfuncionales

Duelo patológico

14. Evento traumático en la infancia:

- No vivió ningún evento traumático
- Violencia física
- Maltrato psicológico
- Violencia sexual
- Dinámica familiar disfuncional

15. Conducta suicida que presenta el paciente:

Ideación suicida

Suicidio frustrado

Gesto suicida

Parasuicidio

Intento suicida

Amenaza suicida

16. Método suicida utilizado por el paciente:

Ahorcamiento

Sobredosis por drogas ilícitas

Autolesionismo

Ingerir sustancias nocivas

Sobredosis de medicamentos

Lanzarse al vacío

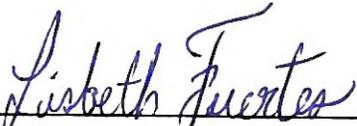
Armas de fuego

XII.3 Costos y recursos

XII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • Dos sustentantes • Dos asesores (clínico y metodológico) • Personal que constituyó el estudio 			
XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio unitario	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resma	80.00	240.00
Papel mystique	1 resma	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	10.00	20.00
Borras	2 unidades	15.00	30.00
Bolígrafo	2 unidades	15.00	30.00
Sacapunta	2 unidades	25.00	50.00
Presentación: Sony Digital data proyector Laptop Microsoft			
XII.3.3. Información			
Adquisición de libros, otros documentos (Ver listado de referencias)		0.00	0.00
XII.3.4. Económicos			
<ul style="list-style-type: none"> • Papelería • Encuadernación • Alimentación • Transporte • Inscripción del trabajo de grado • Imprevistos (10%) 	1,200 copias 12 informes	00.35 80.00	420.00 960.00 1,500.00 3,000.00 76,000.00
Total:			82,790.00

Los sustentantes se hicieron cargo de todos los gastos asociados con la investigación.

XII.4 Evaluación


Lisbeth Fuertes Robles (18-0497)

Sustentantes: 
Chelsea Moreta Núñez (18-0329)

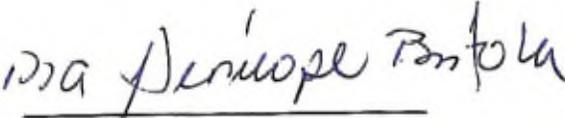
Asesores:


Dr. Octavio Andrés Comas Ureña
(Metodológico)


Dr. Jonathan Bravo Vásquez
(Clínico)

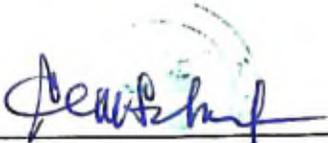
Jurados:


Dr. Alejandro Uribe


Dra. Penélope Brito Lee


Dra. Claridania Rodríguez

Autoridades:


Dra. Claudia María Scharf Rodríguez
Directora Escuela de Medicina


Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 29/02/2024

Calificación: 98-1