

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y CLÍNICA MENTAL

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN
PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE PSQUIATRÍA EN EL PERÍODO
2019-2020**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Psiquiatría y
Clínica Mental

Ronny Alexander Lugo Tremont

Wilmer Grey Noriega Lugo

Caracas, diciembre de 2020

Ana Margarita Omaña

Tutora

Diana Risquez

Jefe de Cátedra y del Servicio de Psiquiatría

María Alejandra Pulido Febres

Coordinadora del Curso de Psiquiatría

Alba Adrianza

Coordinadora del Curso de Clínica Mental

Manuel Rodríguez

Asesor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODO	33
RESULTADOS	
DISCUSIÓN	
REFERENCIAS	41
ANEXOS	49

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN
PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN EL PERÍODO
2019-2020

Ronny Alexander Lugo Tremont, C.I. V-19.058.745 Sexo: Masculino, Email: psic.ronnylugo@gmail.com. Telf: 0426-4578843; 0414-0735023

Dirección: Instituto Autónomo Hospital Universitario De Caracas.

Curso de Especialización en Clínica Mental;

Wilmer Grey Noriega Lugo, C.I. 20.747.420. Sexo: Masculino, Email: wilmernoriegalugo@gmail.com. Telf: 0412-8153481

Dirección: Instituto Autónomo Hospital Universitario De Caracas.

Curso de Especialización en Psiquiatría;

Tutora: Ana Margarita Omaña, C.I. 6.856.119 Sexo: Femenino. Email: amoderivas@gmail.com. Telf: 0416-6234583

Dirección: Instituto Autónomo Hospital Universitario De Caracas.

Especialista en Psiquiatría

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos asociados a los intentos de suicidio en 42 pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el periodo de agosto 2019 a agosto 2020. Tomando en cuenta que el suicidio actualmente representa un problema de salud pública a nivel mundial, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal donde se aplicó un cuestionario previamente validado por expertos, en el cual se obtuvo que los pacientes entre 12 y 25 años, del sexo femenino con impresión diagnóstica de Episodio Depresivo y rasgos asociados a Trastorno Límite de Personalidad, presentaron un intento de suicidio a través de ingesta de medicamentos y automutilación, resultados que concuerdan con la literatura revisada. Factores como el nivel educativo, estado civil, presencia

de patología médica, neurológica y antecedente psiquiátrico, así como consumo de sustancias no representaron factores de riesgo para esta población, infiriendo que la pandemia por COVID-19 pudo influir en estas variables. Se hace necesaria abrir la línea de investigación para determinar la influencia de otras variables en los factores de riesgos de las personas que consultan por intento de suicidio.

PALABRAS CLAVES: Intento de Suicidio, prevalencia, factores sociodemográficos, Episodio Depresivo, Trastorno Límite de la Personalidad, factores de riesgo.

SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDE ATTEMPT IN PATIENTS SERVED BY THE PSYCHIATRY IN THE PERIOD 2019-2020

SUMMARY

The present research work aimed to determine the sociodemographic factors associated with suicide attempts in 42 patients treated by the psychiatry service of the Instituto Autonomo Hospital Universitario de Caracas between the period from exhaustion 2019 to August 2020. Taking into account that suicide currently represents a public health problem worldwide, a descriptive, cross-sectional study was carried out where a questionnaire previously validated by experts was applied, in which it was obtained that patients between 12 and 25 years old, of the female sex with a diagnostic impression of Depressive Episode and traits associated with Borderline Personality Disorder, presented a suicide attempt through drug intake and self-mutilation, results that agree with the literature reviewed. Factors such as educational level, marital status, presence of medical and neurological pathology and psychiatric history, as well as substance use did not represent risk factors for this population, inferring that the COVID-19 pandemic could influence these variables. It is necessary to open the line of research to determine the influence of other variables on the risk factors of people who consult for a suicide attempt.

KEYWORDS: Suicide attempt, prevalence, sociodemographic factors, Depressive Episode, Borderline Personality Disorder, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El suicidio actualmente representa un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y aumento progresivo a través del tiempo¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)² cada año se suicidan un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000 habitantes o una muerte cada 40 segundos; registrando para el 2012, 804000 muertes por suicidio.

Es por ello que el suicidio se ha convertido en una de las tres primeras causas de defunción entre personas de 15 a 44 años, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; sin considerar los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados³. De hecho, según la OMS⁴ señala que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos de suicidio; por lo que a pesar de que las muertes por suicidio constituyen el dato más relevante, se hace necesario considerar la conducta suicida en sus diferentes expresiones, es decir, la ideación suicida, la planificación y los intentos de suicidio que no culminan con la muerte.

A pesar de que, en América Latina, los datos de mortalidad han sido descritos como irregulares, especialmente comparados con los datos de países europeos⁵, las tasas de suicidio han incrementado entre el período 2005-2009, representando el 12,4% de las causas de muerte en América, con variantes de 19.5% en América del Norte y 7.9% en América del Sur⁶. En Venezuela particularmente, las tasas de suicidio representan un incremento importante en comparación con otros países del mundo y latinoamericanos según el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV)⁷.

En este sentido, el informe emitido por la OVV, establece que Caracas y Mérida representan los estados con mayor aumento de suicidio para el 2017, con especial atención en Mérida; cuya tasa cerró el año en 19,09 suicidios por cada cien mil habitantes⁸, que representa una tasa que supera a países como: Argentina (14,2); Bolivia (18,7); Corea del Norte (15,8); Francia (16,9); Alemania (13,4); Portugal (13,7); Suiza (15,1); Suecia (15,4); Estados Unidos (14,3); y Uruguay (17,0) según datos aportados por la OMS⁴.

Esto representa un problema de salud pública para el estado, pues el suicidio comprende factores físicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí, determinando la forma en que

el individuo intenta suicidarse⁹. Es por ello que la problemática del suicidio debe estudiarse como resultado de la interacción entre diferentes factores genéticos, psicológicos, sociológicos, biológicos, ambientales y culturales¹⁰.

De esta forma, los estudios indican que existen factores demográficos asociados con mayores tasas de suicidio; tal como el sexo y la edad, donde se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres¹¹. En países como Estados Unidos, se ha reportado que la tasa de suicidio en los hombres fue cuatro veces mayor que en las mujeres, sin embargo, el intento de suicidio es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres¹². Con respecto a la edad, los estudios indican que los hombres mayores de 50 años presentan un mayor número de suicidios consumados, sin embargo, el aumento de la tasa de suicidio entre los jóvenes ha ido en aumento representando el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países desarrollados y en vías de desarrollo⁴.

En un estudio descriptivo, prospectivo y transversal realizado en Venezuela en el año 2010, se determinaron los factores de riesgo psicosociales de la conducta suicida en 140 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años de edad de dos instituciones educativas (una pública y otra privada) en Maturín, Estado Monagas. Para la recolección de datos, los autores diseñaron una encuesta incluyendo variables epidemiológicas y sociales, además de aplicar el Cuestionario de Indicadores de Riesgo de Guibert y Del Cueto, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Hm Van Praga; obteniendo que el 7,14% de los adolescentes presentó un intento suicida previo, prevaleciendo el sexo femenino con 40,0% a los 14 años (30,0%) en la institución privada (60%)¹³.

Entre los factores psicosociales encontraron que la mayoría de los adolescentes tenían una familia monoparental (37,9%), con falta de apoyo social y familiar como principal factor de riesgo (52,8%), seguida de Desesperanza y Culpa (35,6%), Depresión Mayor (35,0%) e impulsividad (30,6%). Con respecto al riesgo suicida se obtuvo que el 16,4% de estos adolescentes tiene un alto riesgo suicida, según la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, mientras que, según la Escala de Beck, el 53,6% de los adolescentes presenta un alto riesgo suicida, por lo que resulta importante la detección temprana de los factores de riesgos en los adolescentes con la finalidad de prevenir y evitar el incremento de las conductas suicidas en esta población¹³.

Además del sexo y la edad como factores de riesgo, los estudios señalan que el nivel socioeconómico bajo, el desempleo, la pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales; así como, antecedentes familiares de suicidio, abuso en el consumo de sustancias, maltratos en la infancia, aislamiento social y determinados trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, así como las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante constituyen otros factores asociados a intentos de suicidio en la población; por lo que se hace necesario el estudio de estas variables para generar modelos de intervención adaptados a las características poblacionales de los sujetos en riesgo^{4 14}.

En relación a los trastornos mentales, se sabe que el 90% de individuos que consuman el suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico, por lo que entonces, el suicidio es superior en este grupo de pacientes, quienes por lo general asisten a servicios de atención primaria y consultan a profesionales de la salud durante el año previo al acto¹⁴; siendo los factores que podrían explicar el suicidio en este grupo la pérdida de apoyo social, menor supervisión, recaídas al regresar a su medio habitual y abandono de tratamiento; lo que justifica el estudio y la atención especial a este tipo de población para la prevención y el diseño de planes que disminuyan el riesgo suicida¹⁵.

En un estudio de casos realizado en Perú en el 2014, se revisaron las historias clínicas de 100 pacientes hospitalizados con un rango de edad entre 18 y 92 años, por intento de suicidio en los servicios de observación de emergencia y hospitalización de medicina e interconsultados al servicio de psiquiatría entre enero de 2006 y diciembre de 2007; con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de dichos casos; encontrando que por cada 3 mujeres hospitalizadas por intentos de suicidio acudía un hombre. El 61% tenía hijos, mientras que el 34% no completó estudios de secundaria y el 84% estaban desempleados o con trabajos inestables; en cuanto al método utilizado, el 54% de estos pacientes intentaron suicidarse con carbamatos. Además 92% presentó algún trastorno mental, de los cuales el 50% fue depresión mayor¹⁶.

En cuanto al abordaje de estos casos, sólo el 11% de estos casos permanecieron más de 3 días hospitalizados y el 46% fueron dados de alta el mismo día de internamiento; del total de la muestra, el 87% fueron dados de alta por el psiquiatra, de los cuales el 69% acudió a consulta externa de psiquiatría al menos una vez; sin embargo, ningún paciente dado de alta por un

médico no psiquiatra o de alta contra opinión médica acudió a consulta. Posteriormente, se obtuvo que el 20% de la muestra total acudió a consulta ambulatoria de acuerdo con lo programado durante dos años de seguimiento; por lo que los autores señalan, la importancia de que el especialista en salud mental sea el encargado del manejo de estos pacientes, ya que el diagnóstico, terapéutica y pronóstico mejoraron cuando el psiquiatra asumió el manejo¹⁶.

Por tanto, la emergencia hospitalaria constituye el primer lugar de contacto para personas con enfermedades físicas, mentales y con conductas suicidas; por lo que su atención primaria juega un importante papel en la prevención, detección y abordaje del suicidio, es por eso que, la conducta suicida supone una emergencia primordial^{16 17}. En Estados Unidos la cifra media anual de consulta al servicio de emergencia por intento de suicidio era de 150 por 100.000 habitantes¹⁷, mientras que en España, a pesar de las dificultades que representan la estimación epidemiológica de las consultas a emergencia por intento de suicidio, se estiman aproximadamente 255 intentos al año por cada 100.000 habitantes durante el 2008, excluyendo a aquellos pacientes que no acuden a centros sanitarios; por lo que estas cifras por lo general son infraestimadas¹⁸.

A esto último se añade que los intentos de suicidios se reciben por lo general en la emergencia de los hospitales generales, sin contar con la atención del equipo de psiquiatría; por lo que muchos de estos intentos de suicidio no son diagnosticados como tales y como consecuencia estos pacientes no reciben la atención desde el punto de vista psiquiátrico¹⁹. Es por ello que la evaluación de estos casos por parte del equipo de psiquiatría es fundamental, ya que es necesario no sólo tratar la urgencia médica, sino también los aspectos psicológicos asociados al intento de suicidio²⁰.

Por ello, es necesaria la capacitación del médico de atención primaria, para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisión del riesgo suicida sea eficaz, de manera que dicho fenómeno se convierta en una causa de muerte evitable²¹. Para su evaluación, es necesario la realización de la anamnesis y examen mental que permita abarcar la mayor cantidad y calidad de información con respecto a la historia del paciente, la cual puede complementarse con la entrevista a familiares o allegados para la caracterización de la conducta suicida en los pacientes²².

De esta forma, la presente investigación adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública, ya que a través de la caracterización de las variables sociodemográficas asociadas a los intentos de suicidio de los pacientes de la emergencia psiquiátrica se podrán establecer protocolos de recolección de información que faciliten el diagnóstico y promuevan la atención primaria de estos pacientes, tomando los intentos de suicidio como una emergencia psiquiátrica donde los especialistas de la salud mental deben formar parte del manejo multidisciplinario de la misma.

Planteamiento y delimitación del problema

Actualmente el suicidio se ha convertido en una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; sin considerar los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados ³. Esto supone un problema de salud pública, que genera un alto impacto psicosocial y económico para las partes implicadas en el suicidio, fenómeno que ha aumentado progresivamente a través del tiempo ¹⁹.

Los estudios indican que existen factores demográficos asociados al suicidio, tal como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el desempleo, antecedentes familiares de suicidio, abuso de sustancias, aislamiento social y presencia de trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, así como presentar enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante ⁴¹¹¹⁴. Sin embargo, los datos aportados por las diferentes organizaciones de salud acerca de las tasas de suicidio a nivel mundial han mostrado discrepancias; en España, por ejemplo, en base a la información epidemiológica de las consultas de emergencia por intento de suicidio, no se toman en cuenta aquellos pacientes con intento de suicidio que no acuden a centros sanitarios; igualmente sucede en América Latina, donde los datos de mortalidad y de intentos de suicidio son irregulares, en comparación con Europa ^{5 18}.

Esto puede deberse a lo que Jiménez-Hernández et al., exponen en su trabajo de investigación acerca de la conducta suicida en los servicios de urgencias de la ciudad de Málaga, España, donde señalan que los problemas derivados de la misma definición de conducta suicida, y la precisión del registro de la misma podrían influir en los resultados dados por las diferentes investigaciones, ya que podría registrarse como intentos de suicidio, aquellas conductas que

podrían denominarse como suicidas, que no necesariamente constituyen un intento de suicidio, por lo que se hace necesaria la definición específica del aspecto relacionado con el suicidio a estudiar y generar un sistema de registro riguroso que permita caracterizar los diferentes elementos asociados al suicidio ²³.

Aunado a ello, González et al., en su estudio relacionado a las diferencias con respecto al sexo, en pacientes con suicidio consumado, en Colombia, concuerdan con que el método de recolección de información permitirá generalizar los resultados de este fenómeno a una población en general, tomando en cuenta además una cantidad de muestra considerable para extrapolar dichos resultados²⁴. Igualmente, ambas investigaciones consideran que el tipo de estudio seleccionado (estudio descriptivo) para estudiar el fenómeno puede repercutir en la fiabilidad de los datos, sin embargo, presenta la ventaja de que dichos datos son recogidos de la práctica clínica por lo que representan información importante para los centros de salud donde se lleven a cabo dichas investigaciones, permitiendo abrir líneas de investigación acerca del tema ^{23 24}.

En Venezuela, las cifras brindadas por la OVV, señala un aumento importante de las tasas de suicidio en la actualidad, asociado a la compleja situación económica y social del país ⁷; al respecto las investigaciones recientes con respecto al tema, han tomado como población diana los jóvenes y los pacientes con alguna patología médica como el cáncer para establecer características sobre el suicidio en la población venezolana, sin embargo, los estudios en los centros de salud y específicamente en la emergencia, son escasos ^{25 26 27}.

Si se toma en cuenta que el 90% de los individuos que consuman el suicidio presentaban un diagnóstico psiquiátrico y que por lo general estos individuos asistieron a consulta con profesionales de salud antes de consumir el mismo, se hace necesario el estudio de las características asociadas a los intentos de suicidio en el ámbito hospitalario, y específicamente, el psiquiátrico, que permitan generar planes de prevención en los distintos centros de salud que disminuya el riesgo suicida en esta población en riesgo ^{14 15}.

El Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas (HUC), fundado en el año 1954, cuenta con un servicio de emergencia hospitalaria y un servicio de emergencia psiquiátrica especializada; ambos servicios, reciben pacientes que consultan por intentos de suicidio;

realizando un trabajo en conjunto, donde el paciente es recibido en la emergencia hospitalaria y es interconsultado al servicio de psiquiatría para el manejo del mismo.

El servicio de psiquiatría cuenta con una base de datos específica para registrar estos intentos de suicidio, sin embargo, existen dificultades con respecto a la caracterización de los pacientes atendidos por tal motivo, sin contar con aquellos pacientes que no fueron interconsultados con el servicio, haciendo necesario mejorar la rigurosidad en cuanto al registro y establecimiento de los factores sociodemográficos y clínicos de estos pacientes; de manera que se generen planes de intervención específicos para la población que acude al centro y programas de capacitación para el personal de la emergencia hospitalaria para el manejo de estos pacientes.

Actualmente, según los datos aportados por la emergencia psiquiátrica del HUC, desde el 2016, hasta el presente año, se han registrado un total de 49 casos de emergencias por intentos de suicidio, no obstante, la información sobre los mismos no cuenta con otros datos sociodemográficos y clínicos, tal como nivel educativo, lugar de procedencia, presencia de patologías médicas y/o psiquiátricas comórbidas, forma de intento de suicidio y motivación para realizar el mismo, que permitirían caracterizar de manera precisa a dicha población.

Es por ello que, tomando en cuenta este hecho, surgen las siguientes interrogantes de investigación, ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a intentos de suicidios en los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre agosto de 2019 y agosto de 2020? ¿Cuál es la prevalencia de los intentos de suicidio en la población que asiste a dicho centro? ¿Qué métodos se utilizan con mayor frecuencia en estos intentos de suicidio? ¿Cuáles son los diagnósticos psiquiátricos presentes en los pacientes de la emergencia ingresados por intentos de suicidio? ¿Existen diferencias con respecto a las características de los intentos de suicidio en base al diagnóstico psiquiátrico?

Justificación e importancia

Tal como se expone en el planteamiento del problema, se evidencia la pertinencia e importancia del estudio de los intentos de suicidio en la población venezolana, tomando en cuenta el aumento de la tasa de suicidio a nivel nacional reportado por el OVV ⁷. El suicidio como fenómeno multicausal genera un alto impacto a nivel psicológico, social y económico

para la nación; tal como lo expone Diartt, economista de Uninorte en Colombia, en su investigación acerca de los costos económicos implicados en las muertes por suicidio en Barranquilla en el periodo 2010-2015 ²⁸.

Suponiendo una esperanza de vida de 86 años y un periodo productivo de 65 años en la población; el suicidio de un joven de 20 años, por ejemplo, implicaría una pérdida de mano de obra para el aparato productivo y disminución de ingresos generados a la nación, sin incluir las pérdidas sociales y familiares, que esto conlleva; que genera una merma en el índice de desarrollo para la nación ²⁸.

De esta forma, la realización del presente estudio de investigación, contribuirá al esclarecimiento de los factores altamente asociados a los intentos de suicidio en la población hospitalaria, de manera que se formulen estrategias de intervención y prevención del suicidio dirigido no solo a los pacientes y familiares, sino también al equipo de salud, contando con la integración de equipos multidisciplinarios para la reducción de los factores de riesgo, en base a la detección temprana de los mismos y la promoción de actividades que estimulen los valores de la vida ²⁹.

Antecedentes

Con respecto al fenómeno del suicidio y sus diferentes expresiones, como los intentos de suicidio, se han realizado distintas investigaciones que han permitido determinar los factores asociados al mismo; tomando en cuenta que según la OMS, cada año se suicidan un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100000 habitantes o una muerte cada 40 segundos; y por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos de suicidio; por lo que, se hace necesaria la revisión de los antecedentes relacionados con dicho fenómeno ²⁴.

En España, se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las demandas (motivos de consulta) registradas en la base de datos del servicio prehospitalario de emergencia sanitaria durante un año en Málaga. Para ello se analizaron un total de 163331 llamadas para determinar los motivos de consulta con mayor frecuencia, representando la conducta suicida un 0,8%; patologías psiquiátricas de base 6,1% y 93% por motivos físicos. Las llamadas por motivo de consulta relacionado a conductas suicidas correspondieron a

personas significativamente más jóvenes ($M=41,1$) que las demandas psiquiátricas ($M=49,7$)²³.

Por rangos de edad, las demandas por conducta suicida fueron significativamente más frecuentes ($p < 0,001$) que las demandas físicas y psiquiátricas, en los rangos de edad más jóvenes, 31-45 años (42,14%), 16-30 años (24%) y 46-60 años (22%). Con respecto al sexo, se dio una proporción mayor de mujeres en los tres tipos de demandas, aunque solo en las demandas psiquiátricas (62,8%), las diferencias fueron estadísticamente significativas, tanto en comparación con las físicas (55,2%) como frente a las demandas por conducta suicida (55,1%), siendo los hombres quienes mostraron menos llamadas por problemas psiquiátricos (37,2%) que por motivos físicos (44,8%) o por conducta suicida (44,9%) que las mujeres²³.

Por lo que se llegó a la conclusión de que las mujeres jóvenes realizaban un mayor número de demandas al servicio de urgencias y emergencias, mientras que, las demandas por suicidio consumado se daban con mayor frecuencia en edades más avanzadas y en varones que las demandas por ideación y amenaza/intento de suicidio. Sin embargo, los autores señalan que existieron dificultades con respecto a la determinación de las conductas suicidas, producto de la definición de la misma y la precisión de su registro, tomando en cuenta conductas que podrían denominarse suicidas, que no serían estrictamente intentos de suicidio o que se hayan registrado como intentos de suicidio aquellas conductas que terminaron en muerte²³.

En Latinoamérica se han llegado a cabo diferentes estudios que caracterizan a la población con intentos de suicidio, sin embargo, la categorización de la variable determina los resultados arrojados en las investigaciones, que se convierten en limitaciones que impiden generalizar la conducta suicida a la población latinoamericana en general.

De esta forma en Colombia, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar la distribución y frecuencia de los intentos de suicidio letales y no letales en el Hospital María Inmaculada de Florencia; para ello, se revisaron 171 historias clínicas de pacientes atendidos durante julio de 1997 a julio de 1998 con intento de suicidio a través del uso de sustancias tóxicas, a través de la elaboración de un formulario con información sociodemográfica. Se utilizó el tratamiento estadístico del Chi cuadrado (X^2) con un nivel de significancia de $p < 0,05$, con intervalo de confianza de 95%; encontrando que la edad

promedio fue de 23,9 años (IC95%=22,2-25,5), siendo el grupo de edad más afectado el de 11 a 20 años (54,4%)³⁰.

En cuanto al sexo, predominó el femenino tanto en los intentos de suicidio (relación F:M de 1,6:1) como en los suicidios consumados (relación F:M de 1,4:1). Además, los solteros (54,4%) y los estudiantes (31%) fueron el grupo más comprometido. De acuerdo a las características clínicas, la depresión aparece como el motivo más frecuente por el cual se intenta el suicidio (18,1%), y el alcohol como la sustancia de mayor uso asociado a estos comportamientos (87,5%). Así mismo, el intento previo de suicidio fue un factor de riesgo significativo ($p < 0,001$), produciéndose una muerte por cada nueve intentos, con una tasa de letalidad de 9,9%³⁰.

Los autores señalaron que los intentos de suicidios letales y no letales se convirtieron para finales de los 90 un problema social y de salud pública en la población estudiada sobre todo en la población joven, sin embargo, reconocen dificultades en el proceso de codificación de estos casos, generando un subregistro e imposibilidad de generalización de resultados a la población colombiana. De igual forma, la codificación y elaboración de las historias clínicas fueron hechas por médicos de urgencia, quienes se ocuparon principalmente de la atención de los síntomas consecuentes de las intoxicaciones sin evaluar el intento suicida, por lo que no se tomaron en cuenta variables como intentos de suicidio previo y presencia de otros trastornos psiquiátricos que condicionaran el cuadro³⁰.

Estudios posteriores en Colombia, determinaron las diferencias de sexo en 593 pacientes con intentos de suicidio de una clínica privada de Bucaramanga, estableciendo, a través de un análisis bivariado y regresión logística, que las diferencias entre hombres y mujeres con intentos de suicidio se encontraban en el uso de sustancias (OR=2,1; 1,18- 3,7), abuso de sustancias (OR=1,65; 1,01-2,7), consumo de alcohol (OR=1,5; 1,04-2,3) y el acceso a medios suicidas (OR=3,5; 1,9-6,4), siendo los hombres quienes presentan estos factores de riesgo con mayor frecuencia en comparación con las mujeres.³¹

Sin embargo, los autores señalan que, a pesar de la amplitud de la muestra observada, la misma solo representa la población que consulta al régimen contributivo, principalmente de estratos medios. Por lo tanto, no se pueden extrapolar los resultados a toda la población de

Bucaramanga, Colombia, por lo que se hace necesario el uso de una población con diversos niveles socioeconómicos que asistan al sector salud en general³¹.

En Perú, Coronado-Molina realizó un estudio para revisar las características clínicas y epidemiológicas; así como el abordaje terapéutico de los pacientes que ingresaron a la emergencia de un hospital general por intento de suicidio. Para tal estudio, se revisaron las historias clínicas de 100 pacientes, con un rango de 18 a 92 años, en los servicios de observación de emergencia y hospitalización de medicina e interconsultados al servicio de psiquiatría entre enero de 2006 y diciembre de 2007¹⁶.

La diferencia entre los intentos suicidas entre mujeres y hombres fue de 3 a 1; el 61 % de los pacientes tenía hijos, el 34% no completó estudios de secundaria y el 81% estaba desempleado con trabajos inestables. Dentro del método más frecuente utilizado, el 54% de intento de suicidio fue con la ingesta de carbamatos, cuya causa más frecuente de crisis tenían que ver con problemas en las relaciones interpersonales. Así mismo, el 92% de los pacientes presentó algún trastorno mental, siendo la depresión mayor aquella con mayor frecuencia con un 50%¹⁶.

Con respecto al manejo a estos pacientes, el 11% de los mismos permanecieron más de 3 días internados y el 46% salió de alta el mismo día; el 87% fue dado de alta por psiquiatría y con consejería a sus familiares, de los cuales el 69% acudió a consulta externa con esta especialidad al menos una vez. Por lo que, los factores asociados al intento de suicidio en esta población fueron el sexo, el bajo nivel de instrucción, la desocupación, los problemas de pareja y los diagnósticos psiquiátricos; resaltando la importancia, en este sentido, del manejo de estos pacientes por profesionales de salud mental¹⁶.

Por otra parte, en México, Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín¹⁷ analizaron la asociación de los comportamientos de riesgo de suicidio y la calidad de vida, según género en 899 adolescentes estudiantes de preparatoria con un rango de edad entre 14 a 18 años, encontrando a través del uso de regresiones logísticas simples y múltiples con un intervalo de confianza del 95% que para el año 2014, 17,2% de la muestra refirió haberse sentido triste o con desesperanza; 6,4% de los mismos refirió haber considerado suicidarse, 6,1% haber hecho

un plan para suicidarse, 7,6% haber intentado suicidarse y el 6,4% refirió haber pensado o planeado suicidarse.

De estos porcentajes, las mujeres tuvieron una probabilidad de 1,7 a 2 veces mayor que los hombres de tener estos comportamientos de suicidio. Con respecto a la asociación de los comportamientos suicidas con la calidad de vida, las mujeres tuvieron una probabilidad mayor que los hombres de presentar una calidad de vida inferior (de 2,8 a 7,6 de rango de probabilidad). Sin embargo, como lo expresan los autores, la característica metodológica transversal del estudio no permiten determinar relaciones causales, por lo que no podría determinarse si una calidad de vida inferior impulsa a tener conductas de riesgo suicida o si estas conductas llevan a una calidad de vida inferior¹⁷.

En Venezuela se han llevado a cabo diferentes estudios con respecto al tema, señalando el realizado por Marcano, Dommar, Rojas y Arrojas, en 2005, de diseño mixto cuanti-cualitativo con datos epidemiológicos, cuyo objetivo fue determinar la asociación causal entre suicidio e intento de suicidio con los factores de riesgo, desintegración social, nivel socioeconómico y enfermedades previas físicas y mentales en 114 pacientes del Hospital Universitario Ruiz y Páez y Centro de salud Mental del Estado Bolívar (38 casos y 76 controles de pacientes con intentos de suicidio), encontrando que el suicidio se encuentra altamente relacionado con el nivel socioeconómico, en especial los niveles socioeconómicos bajos (IV y V, según Graffar)²⁵.

Así mismo, el riesgo suicida es 10 veces mayor en familias desintegradas que en las familias estables, entendiendo las familias desintegradas como aquellas donde hubo una disolución del matrimonio o relación de pareja, descalificaciones permanentes, violencia e infidelidad y la presencia de enfermedades previas físicas o mentales. Así mismo, las personas con enfermedades físicas y trastornos de personalidad tienen dos veces más riesgo de suicidarse o atentar contra su vida; por lo que una falta de apoyo social, una familia inestructurada, el bajo nivel socioeconómico y la carencia de afecto familiar son determinantes en los intentos de suicidio²⁵.

En el 2010, en el Estado Monagas, Pérez y Vásquez realizaron un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de campo para determinar los factores de riesgo psicosociales en la

conducta suicida en 140 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años, de una institución privada y una escuela pública, entendiéndose que los adolescentes representan una población de riesgo importante relacionada con este fenómeno. Para la recolección de datos fue utilizada una encuesta con contenido sociodemográfico, aplicando además el Cuestionario de Indicadores de Riesgo de Guibert y Del Cueto, La Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga¹³.

Se obtuvo que un 7,14% de los adolescentes manifestaron un antecedente de intento de suicidio, con prevalencia en las mujeres con 40,0% con 14 años (30,0%) con predominio en las Instituciones Privadas (60,0%). Como factores de riesgo predominante la falta de apoyo social y familiar representó un 52,8%, seguida por desesperanza y culpa (35,6%), mientras que de los trastornos mentales la depresión y la impulsividad representaron un 35,0% y 30,6% respectivamente¹³.

Por su parte, en el Estado Zulia, en el año 2011, Añez realizó un estudio no experimental, prospectivo, descriptivo y transversal en la emergencia de pediatría y de adultos del Hospital Universitario de Maracaibo y la emergencia de pediatría del Hospital Chiquinquirá; con 19 niños y adolescentes con edades comprendidas de 6 a 17 años, con intento de suicidio, a quienes se les aplicó un instrumento de recolección de datos que reflejaban datos epidemiológicos, dinámica familiar y escolar y datos relacionados con el intento de suicidio; además se aplicó la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck; obteniéndose que la mayoría, 68,4% (13/19), presentaban una dinámica de padres separados y 63,1% (12/19) vivían sólo con su madre y el 57,9% (11/19) provenían de un ambiente familiar conflictivo²⁶.

El método utilizado por esta población fue la ingesta de veneno (63,1%) (12/19) cuyo grado de intento de suicidio fue leve (47,4%) (9/19). Por lo que se concluye que la dinámica y conformación del núcleo familiar son elementos a considerar en la mayoría de los casos estudiados. Sin embargo, los autores señalan las dificultades con respecto al registro de datos fiables, ya que la mayoría de los estudios realizados utilizan un número de muestra muy bajo; de manera que los intentos de suicidio representan un fenómeno poco estudiado, en especial en pacientes menores de 15 años²⁶.

Ferrer en el 2013, realizó un estudio epidemiológico de intentos de suicidio en 111 niños que acudieron por dicho motivo de consulta al Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizarraga” del Estado Carabobo, con el objetivo de conocer las características sociodemográficas de los mismos, tomando en cuenta la población infantil como población en riesgo, cuyo número de casos ha aumentado en los últimos años. Los resultados arrojaron que la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino (82,9%), tenían 13 años de edad (32,4%) y pertenecían al estrato socioeconómico bajo (54,1%). En cuanto al método utilizado fueron la ingesta de benzodiazepinas con 36% y raticidas 8,1%; resaltando igualmente, la importancia de considerar el núcleo familiar para determinar el riesgo suicida en esta población ³².

MARCO TEÓRICO

El Diccionario de la Real Academia Española define el suicidio etimológicamente del latín (sui, sí mismo y caedere, matar); es decir acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza. Además, se relaciona con el efecto que ocasiona auto provocarse la muerte, es decir, aquella acción que se realiza sobre uno mismo y que le perjudica³³. Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS, clasifica el suicidio al mismo nivel que las causas externas de mortalidad y homicidio, en sus códigos X60-X84³⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como un acto con resultado letal, que es deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando dicho resultado a través del cual pretende obtener los cambios deseados³⁵. Para conceptualizar la conducta suicida fue necesaria la creación de ciertas nomenclaturas para concretar diferentes aspectos del fenómeno, entre estos teóricos, se encuentran, O'Carroll et al., definen tres grupos de ideación suicida, conductas suicidas, conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado. En cada grupo se delimitan otros aspectos como la intencionalidad, es decir, el deseo de morir frente a la búsqueda de producir cambios en el ambiente, el grado de certeza que tiene el paciente acerca del desenlace, la existencia de lesiones, etc. A continuación, se definirán brevemente las mismas³⁶.

1. Pensamientos y conductas de riesgo:
 - a) Con riesgo inmediato, por ejemplo, actividades como el paracaidismo.
 - b) Con riesgo remoto, como fumar, promiscuidad.
2. Pensamientos y conductas relacionados con el suicidio:
 - a) Ideación suicida: cualquier pensamiento expresado con relación a la conducta suicida, distinguiendo entre ideación suicida seria (persistente o transitoria) e ideación suicida ocasional.
 - b) Conducta relacionada con el suicidio, en las cuales es evidente, explícita o implícitamente, que la persona ha intentado matarse o que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.
 - c) Conducta instrumental relacionada con el suicidio, las cuales son potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona no ha

intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio

d) Amenaza suicida, referida a cualquier acción personal, verbal o no verbal, detención de un daño autoinfligido, que una persona podría interpretar o sugerir que un acto suicida u otra conducta relacionada con el suicidio podría ocurrir en un futuro cercano, la cual puede ser pasiva (como sentarse en una repisa de gran altura) o activa (por ejemplo, amenaza verbal, nota suicida)

e) Otras conductas instrumentales relacionadas con el suicidio

- Muerte accidental relacionada con conducta instrumental relacionada con el suicidio.
- Actos suicidas, los cuales pueden ser:
 - a) intento de suicidio: conducta potencialmente autolesiva con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse. Pueden producirse o no lesiones; en caso de que produzca lesión se considera una lesión con daño no letal, tal como el envenenamiento o asfixia en la que está demostrado que el daño fue autoinfligido para matarse.
 - b) Suicidio consumado: Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, respecto de la que hay pruebas (explícitas o implícitas) de que el daño fue autoinfligido para matarse³⁶.

Los manuales de diagnósticos actuales, CIE-10 y el Manual diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) otorgan un papel complementario a las conductas suicidas, en la presencia de otros trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos del estado del ánimo; siendo por ejemplo uno de los síntomas característicos del episodio depresivo mayor y del trastorno de personalidad límite; así como de conductas asociadas a la esquizofrenia, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad 37; por lo que muchos algunos autores señalan la necesidad de que el suicidio tenga una categoría diagnóstica independiente del resto de los trastornos ³⁸.

Modelos explicativos de la conducta suicida

Existen diversos modelos que han permitido entender los múltiples factores etiológicos de la conducta suicida. La mayoría de estos modelos proponen una relación entre disfunciones neuroquímicas y determinantes patológicos para explicar la conducta suicida; señalando la influencia de la impulsividad y agresividad, así como la disfunción de la serotonina como neurotransmisor más relacionado a este tipo de conductas ³⁶.

1. Modelo de las fuerzas contrabalanceadas

Propuesto de Plutchik y Van Praag³⁹, este modelo propone que la conducta suicida y violenta resulta de un impulso agresivo que se activa por ciertas condiciones del entorno; en un primer momento se va a producir la conducta y en un segundo momento se decidirá la dirección de esta, que puede ser hacia sí mismo (suicidio) o hacia los demás (violencia), fuerzas que son antagónicas que van a determinar la intensidad de la acción. Estas fuerzas, se encuentran en su base neuroquímica la cual proviene de la desregulación del sistema serotoninérgico que puede producir una constelación variable de efectos psicopatológicos.

2. Modelo clínico-bioquímico de 4 vías

Este modelo fue desarrollado por Fawcett et al. ⁴⁰ y propone que el suicidio emerge de un estado de desesperanza y desolación, el cual es motivado por un deseo de escapar, por lo que la desesperanza se encuentra cercana a la depresión, mientras que la desolación se asocia a la ansiedad. De esta forma, existen dos tipos de factores de riesgo relacionado con la duración del acto; uno agudo o a corto plazo (horas, días, semanas, meses, años) y otro de carácter crónico o largo plazo (más de un año). Al igual que el modelo anterior, los autores proponen que las vías psicopatológicas de esta dinámica surgen de la activación del eje HHA en la vía aguda, asociada a alta secreción cerebral de hormonas corticotropas y disfunción del sistema serotoninérgico en la vía crónica, que, relacionadas con los estados de anhedonia y desesperanza, provocan la conducta suicida⁴⁰.

3. Modelo estrés-diátesis del suicidio

Propuesto por Mann ³⁷ este modelo propone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental, la predisposición y vulnerabilidad a dicha conducta (diátesis). En este sentido, estos factores están mediados a nivel neurológico, por

hipoactividad serotoninérgica atribuyendo a dicha disminución el valor de marcador de rasgo y por la respuesta a estrés mantenido del eje hipotálamo-hipofisiosuprarrenal; los factores que contribuirían a dicha conducta serían:

- Factores de riesgo que actúan como estresantes: existencia de enfermedad mental, intoxicación por sustancias, mimetismo y crisis social y familiar.
- Factores que afectan a la diátesis: Disminución de la función serotoninérgica, agresividad e impulsividad, abuso de sustancias, enfermedad crónica, abuso durante la infancia, dificultades sociales y cuestionamiento sobre las razones para vivir.

La función serotoninérgica, además, se ha asociado a la capacidad de contención de la conducta, es por ello que el riesgo de conductas impulsivas como el suicidio se encuentra asociado a la hipofunción de la actividad serotoninérgica, que predisponen al sujeto a reaccionar a ciertos factores estresantes con una conducta autoagresiva, por dificultades asociadas en la contención de la conducta³⁷.

4. Perspectivas actuales

Existen otros autores como Turecki⁴¹ que establece un modelo que toma en cuenta los factores de riesgo de suicidio y la depresión mayor señalando el papel mediador de las conductas impulsivas y agresivas en la aparición de ambos fenómenos. Estos a su vez se encuentran asociados a variables sociodemográficas como el sexo, estado civil, síntomas clínicos, apoyo social, entre otros; sin embargo, este modelo recalca la importancia de la predisposición biológica ante las conductas de suicidio, que aunado a estresores como una historia de abuso sexual y físico en la infancia, comportamientos asociados a rasgos de personalidad y determinados acontecimientos vitales que aumentan la probabilidad de que un individuo tenga conductas suicidas.

Courtet et al.⁴² identifica las bases genéticas específicas de la conducta suicida; a través del análisis del gen implicado en la codificación de la enzima que sintetiza la serotonina (tryptophanhydroxylase, TPH), el gen responsable de la síntesis del transportados de la serotonina (5-HTT) y el gen encargado de la degradación de la serotonina (Monoamino oxidasa A, MAOA), estableciendo que TPH1 se asocia con la conducta suicida en general, el

5-HTT se relaciona con los actos violentos e intentos de suicidio repetidos y la MAOA a cambios en el fenotipo suicida que puede predisponer a actuar en forma violenta.

Por otro lado, Jollant et al.⁴³ desarrollan un modelo neurocognitivo basado en estudios neuropsicológicos en sujetos con intentos de suicidio; en ellos se evidencia especialmente un déficit en la capacidad para tomar decisiones, resolver problemas, fluidez verbal y elevada atención selectiva a estímulos emocionales negativos. Todo esto en relación a la activación de áreas neuroanatómicas específicas, como el área orbital ventrolateral, córtex prefrontal dorsomedial y dorsolateral, el giro cingulado anterior y la amígdala que se encuentran en constante interacción.

Por tanto, la interacción entre los déficits neurocognitivos, unido a características de personalidad pueden facilitar el desarrollo de conductas suicidas durante eventos ambientales estresantes, existiendo una alteración de la modulación y regulación de las respuestas emocionales y cognitivas que favorecen la aparición de conductas suicidas en contextos emocionalmente movilizadores para el individuo⁴³.

Perspectivas teóricas del suicidio

1. Perspectiva psicoanalítica

Para Sigmund Freud⁴⁴, las observaciones acerca del suicidio estaban enmarcadas en su teoría de la libido, siendo dicho fenómeno una contraposición a las pulsiones de autoconservación. En 1915, escribe Duelo y Melancolía, el cual busca esclarecer la esencia de la melancolía y compararla con el duelo; considerando el primero como un proceso patológico y el segundo un suceso normal, aunque ambos fenómenos han sido provocados por la pérdida de un ser amado u objeto equivalente.

La melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, con una disminución del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones yoicas y la disminución del amor propio. Esto último se manifiesta bajo la forma de reproches y autoacusaciones y puede conducir también a la búsqueda de castigos. El duelo por su parte, incluye las mismas formas de comportamiento que el estado melancólico, con excepción de la perturbación de la autoestima⁴⁴.

En el duelo, el objeto amado ha desaparecido, por lo tanto, la libido debe hacer frente a abandonar sus relaciones reales con él; esto genera resistencia por lo que se realiza de manera gradual, de manera que la libido es puesta en los recuerdos y esperanzas que constituían la relación con el objeto perdido y se lleva a cabo la separación de la libido, de manera que el yo queda libre y puede vincularse libidinalmente con otros objetos de interés. Ahora bien, en la melancolía, el objeto no ha muerto, sino que se lo ha perdido como objeto erótico, se trata de una pérdida de objeto inconsciente, con una disminución del amor propio, lo que lleva a un empobrecimiento del yo el cual no se considera digno de amor lo que genera sensación de culpa y autorreproche⁴⁴.

Este autorreproche puede generar conductas sádicas de castigo contra el propio yo, y es precisamente en este aspecto que se fundamenta Freud para describir la tendencia al suicidio que caracteriza a la melancolía, ya que la libido puesta en el objeto perdido retorna al yo, el cual se trata a sí mismo como un objeto, por lo cual podría orientar la hostilidad hacia dicha pérdida, en tanto, el odio hacia sí mismo es más eficaz que el amor para mantenerse unido imaginariamente al objeto⁴⁴.

2. Perspectiva cognitiva

El modelo teórico de la Terapia Cognitiva, parte del supuesto de que las personas pueden presentar psicopatologías no por las situaciones per se, son por la interpretación que suele hacer de estas⁴⁵. En este sentido, las conductas suicidas se constituyen como una expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema sin solución o una situación insostenible y se deriva de los tres componentes de la triada cognitiva negativa: yo defectuosos, un mundo agresivo y despiadado y un futuro desesperanzador⁴⁶, añadiéndose los errores cognitivos dominantes y la estructura cognitiva disfuncional de los sujetos^{45 46}.

Es por ello que el modelo cognitivo de la conducta suicida explica que la misma surge de la activación de esquemas disfuncionales; las personas desarrollan una triada cognitiva depresiva: una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, la cual está altamente presente en los pacientes con conducta suicida, cuyos patrones cognitivos están relacionados con la múltiple sintomatología del proceso suicida y el síndrome depresivo, como el caso de las personas con abulia, la cual es una disminución o pérdida de la voluntad hacia acciones

específicas(propia de estos pacientes), con elevada desesperanza y pesimismo, ignorando a su vez la información que desconfirma su información esquemática activada⁴⁷.

Es decir, filtran aquella información que se ajuste al esquema disfuncional, sobre estiman las dificultades que se generan negando las habilidades propias y enfocando permanentemente la posibilidad de fracaso. Al paso del despliegue del proceso suicida, los pensamientos automáticos negativos se tornan más reiterativos, generan un malestar psicológico que produce un estado de ánimo melancólico que se refuerza en un permanente círculo vicioso⁴⁸.

3. Otras perspectivas

Existen otras perspectivas que pueden brindar una comprensión amplia del fenómeno del suicidio, entre ellas se encuentra la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1991)⁴⁹, la cual se fundamenta en que la percepción continua por parte de un sujeto, de no correlación entre los objetos esperados de sus actos, y los resultados de los mismos, pueden provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de pérdida de control puede suscitarle un sentimiento de indefensión, que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en mayor o menor grado, de su actividad.

En este sentido, esta teoría muestra una especial relación con el entorno social, y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva al sujeto a su integración, sino todo lo contrario; provoca el paulatino desligamiento entre el sujeto y la sociedad, incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como entidad individual y social, al ser uno de sus principales efectos la desmotivación y la apatía⁴⁹.

Por otro lado, la teoría de Shneidman (1988), reconoce que el suicidio estaría determinado por cuatro elementos básicos que son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Esta teoría plantea que la tendencia autodestructiva (hostilidad), está provocada por estados emocionales negativos (perturbación)⁵⁰. A ello se sumarían las distorsiones en las percepciones y valoración de la realidad (constricción), estos tres elementos suponen un alto riesgo para el desarrollo de la conducta suicida siendo esta última el cese⁵⁰.

Factores de riesgo relacionados al suicidio

Los factores de riesgo se refieren a características individuales o ambientales que aumenta la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Sin embargo, la conducta suicida, no es aleatoria ya que se encuentran asociadas a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales; a continuación, se revisarán los factores sociodemográficos y clínicos de riesgo asociados con las conductas suicidas⁵¹.

1. Factores sociodemográficos.

a. Edad

Se ha observado una correlación positiva entre edad y suicidio, esto es, el riesgo de suicidio aumenta con la edad. Se ha descrito que, a partir de los 65 años, los varones son los que tienen mayores tasas de suicidio consumado, con mayor diagnóstico de depresión y el uso de la intoxicación con sustancias para cometer el acto suicida^{51 52}. Por el contrario, las tentativas de suicidio son más frecuentes en mujeres jóvenes.

Sin embargo, recientemente, se ha registrado un aumento alarmante de suicidios consumados en jóvenes de 15 a 25 años, siendo uno de los grupos con mayor riesgo en un tercio de los países desarrollados⁵³ y es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Así, se tiene una distribución de dos grupos etarios, siendo el primer grupo constituidos por sujetos en edades entre 15 a 34 años y por otro, las personas mayores de 65 años⁵⁴

b. Sexo

La mayoría de los estudios han señalado que las mujeres presentan mayores intentos de suicidio que los hombres; sin embargo, estos últimos tienden a cometer el acto⁵⁵. Igualmente, los métodos utilizados suelen variar según el sexo; ya que los hombres suelen consumir el suicidio con métodos violentos (armas de fuego, ahorcamiento, caída desde lugares altos o envenenamiento)⁵⁵⁶, mientras que las mujeres suelen realizar ingesta elevada de medicamentos psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes⁵⁷.

Estas diferencias pueden estar ligadas a la expresión del malestar psicológico presentada por ambos sexos, ya que existen diferencias en la percepción de las situaciones estresantes en la vida de cada uno. Mientras que las mujeres son más vulnerables a presentar trastornos depresivos, ansiosos, abuso de sustancias y problemas en la conducta alimentaria⁵⁷, los

hombres tienden a manifestar mayores conductas antisociales, conflictos en la identidad de género y un elevado consumo de alcohol y drogas ilegales

c. Nivel cultural

Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural⁵⁸⁵⁹⁶⁰. Por tanto, el riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados o trabajadores con situación inestable y en sujetos con conflictos laborales, encontrándose mayor número de tentativas de suicidio y suicidios consumados⁶⁰. La pérdida de empleo o el desempleo por grandes períodos generan un mayor riesgo suicida y esto se debe a que dicha situación se atribuye a fracasos individuales y suponen problemas en la pérdida de la identidad, control, sensación de desamparo y depresión.^{59 60}

d. Estado civil

El papel del núcleo familiar y el estado civil constituyen un factor de protección en el desarrollo de conductas suicidas, algunos autores han observado que la presencia de un sistema social de apoyo y una percepción de importancia hacia los intereses del núcleo familiar, integran al sujeto y disminuyen los impulsos individualistas y suicidas⁶¹.

e. Presencia de enfermedad médica

La presencia de una enfermedad médica contribuye al aumento de la probabilidad de suicidio en general. Se ha descrito que la presencia de dolor asociado a enfermedad, que no sido tratado o mal tratado, la ansiedad en relación a un pronóstico desfavorable o evolución a un estadio crónico de enfermedad, se encuentran asociados a la aparición de miedo por la pérdida de autonomía y control de sí mismo, que aumentan la probabilidad de ideación e intento de suicidio⁶².

Las enfermedades que más se asocian con un aumento del riesgo de suicidio son los estadios terminales del cáncer, la infección por VIH/SIDA⁶³, la epilepsia y la enfermedad renal asociada a diálisis y las enfermedades neurológicas, en especial la esclerosis múltiple, la enfermedad de Huntington y la epilepsia⁶⁴.

2. Factores clínicos

La presencia de una historia previa de trastorno mental es el factor de riesgo más importante en relación a los intentos de suicidio y el suicidio consumado ⁶⁵. Los trastornos mentales son considerados una condición necesaria pero no suficiente para el suicidio; sin embargo, existen algunas patologías mentales asociadas a dicho fenómeno.

a. Trastornos afectivos

Es el grupo de trastornos psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida ⁶⁶. La mayoría de estos pacientes presentan un trastorno depresivo mayor, con un riesgo aumentado en 20 veces, seguido por el trastorno bipolar que tiene un riesgo aumentado por 15 y la distimia con un riesgo aumentado por 12, con respecto a la población general. Si a estos trastornos se le añade la comorbilidad con trastornos de la personalidad, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, insomnio y agitación psicomotriz, el factor de riesgo aumenta considerablemente.

b. Esquizofrenia

En este diagnóstico se han reportado riesgos de intento de suicidio comparables al de los trastornos depresivos ⁶⁷. Algunos estudios han descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10-15% de los pacientes con esquizofrenia ^{67 68}. Entre los factores de riesgo asociados a la esquizofrenia se tienen que ser joven, varón, soltero y desempleado predisponen al suicidio; igualmente se encuentra el alto número de ingresos a hospitalización, poca adherencia al tratamiento, el deterioro social y laboral y la evolución crónica de este diagnóstico son factores importantes en el aumento de las conductas suicidas ⁶⁷.

c. Trastorno de Personalidad y comorbilidad de consumo de sustancia

Los trastornos de personalidad llevan asociado un riesgo de suicidio hasta 6-7 veces mayor que el encontrado en la población general ⁶⁵. El riesgo estimado a lo largo de la vida para estos pacientes alcanza intervalos del 3 al 9% ⁶⁵. La presencia de un trastorno de personalidad, especialmente si es un trastorno límite, antisocial, narcisista o depresivo ⁶⁶. Así mismo, este eje diagnóstico, se encuentra asociado a los suicidios consumados, ya que entre el 9% y el 28% de todos los suicidios consumados han presentado una comorbilidad de trastorno de personalidad,

seguido de la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo como factores de riesgo; siendo además los sujetos que más repiten intentos de suicidio⁶⁵.

d. Otros trastornos mentales

Existen estudios que han relacionado la presencia de otros trastornos mentales con los intentos de suicidio, entre ellos se tienen los trastornos de conducta alimentaria el cual se puede presentar entre el rango de edades de entre 15 y 25 años⁶⁹. Igualmente, la presencia de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha sido relacionada con los intentos de suicidio en relación con los altos niveles de impulsividad y la falta de conciencia del riesgo en estos pacientes⁶⁹.

Otro de los diagnósticos son los Trastornos de Adaptación, ante los cuales se ha evidenciado una alta incidencia (96%) en pacientes con dicho diagnóstico que estuvieron hospitalizados en una unidad de emergencia, siendo además los sujetos menores de 21 años con la mayor cantidad de intentos de suicidio en unidades de urgencia hospitalaria⁶⁹.

e. Intento de suicidio previo

La presencia de intentos de suicidio en la historia previa del paciente es uno de los factores de riesgo más importante para el suicidio llegando a ser considerado un predictor de posibles tentativas futuras⁶⁵. Los sujetos con intentos previos tienen 40 veces más riesgo de morir por suicidio⁶⁵. Se ha determinado que aquellos sujetos que repiten intentos en más de dos ocasiones tienen un mayor riesgo de suicidio que aquellos que solo lo han repetido en una ocasión, siendo fundamentalmente la mujer quien presenta el mayor riesgo de repetir⁶⁵.

Factores protectores de la conducta suicida

Los estudios han señalado una serie de factores protectores frente al suicidio; estos pueden relacionarse con aspectos propios del individuo y aquellos relacionados con el ambiente externo. se ha⁷⁰. Entre los factores más relacionados con características individuales se encuentran:

- Actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio.

- Presencia de valores sólidos y fundamentados en las tradiciones que fomentan los vínculos con la red social y un sentido trascendente de la vida.
- Poseer habilidades sociales que permitan una integración de forma positiva en los diferentes grupos de la comunidad.
- La capacidad de resolución de problemas y conflictos y búsqueda de soluciones no violentas.
- Disponer de estrategias de afrontamiento adecuadas y de manejo de la ira.
- El cuidado y la búsqueda de la salud mental y somática.
- Las creencias culturales y religiosas que desapruaban el suicidio.
- El temor al dolor y a las conductas de riesgo.
- La presencia de esperanza y optimismo.
- El autocontrol de la impulsividad.
- Poseer buena autoestima, autoimagen, autosuficiencia y alta resiliencia.
- Adecuada autoconfianza basada en una educación donde se destacan los éxitos y se extraen experiencias de los fracasos.
- Percepción de autocontrol sobre las actividades personales.

Por otra parte, entre los factores de protección más importantes relacionados con variables ambientales se encontrarían:

- Presencia de una atención clínica eficaz de los trastornos de salud mental, física y consumo de sustancias.
- Fácil accesibilidad a los dispositivos clínicos y soportes de búsqueda de ayuda.
- Relación satisfactoria con los dispositivos de atención primaria y salud mental.
- Existencia de una red adecuada de apoyo comunitario y mantener amistades profundas y duraderas.
- Pertenecer a una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos.
- Mantener elevada participación social.
- Disponer de un ambiente estable.
- Pertenecer y sentir una identidad cultural.

- Restricción en la adquisición de armas de fuego o medicamentos potencialmente letales ⁷⁰.

Objetivo General

Determinar los factores sociodemográficos asociados a intento de suicidio en pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.

Objetivos Específicos

1. Establecer la prevalencia de intentos de suicidio en los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.
2. Precisar la edad donde predomina el intento de suicidio en los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.
3. Establecer el sexo que con mayor frecuencia presenta intentos de suicidio en los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.
4. Identificar los factores de riesgo (estado civil, nivel educativo, presencia de alguna patología médica y/o psiquiátrica y consumo de alguna sustancia) en los pacientes con intentos de suicidio atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.
5. Identificar los métodos de intento suicida y su relación con sexo y grupo etario en los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.
6. Establecer las diferencias entre los métodos de intento de suicidio con respecto al diagnóstico psiquiátrico de los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020.

Aspectos Éticos

Los trabajos de investigación científica requieren la consideración de los elementos bioéticos que garantice la fiabilidad y correcta ejecución de los procedimientos aplicados a los pacientes, tomando en cuenta a los mismos como personas cuyo trato digno resulta fundamental para el establecimiento de los protocolos de acción de la investigación. En este sentido, los principios básicos de la ética en investigación biomédica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, fueron garantizados en el presente proyecto de investigación, de manera que se respetó la dignidad humana y se garantizó la obtención de datos científicos válidos para ampliar el conocimiento en el área de estudio relacionado a los intentos de suicidio.

Así mismo, presente trabajo de investigación utilizó como guía los aspectos reflejados en el código deontológico de la medicina y el código de ética del profesional de la psicología; de manera que se solicitó en primer lugar, la autorización de la coordinación de emergencia del servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, quienes revisaron el material de estudio junto a otros miembros especialistas del servicio de psiquiatría, aportando sugerencias que determinó el plan de trabajo de acuerdo con los objetivos del estudio.

Una vez determinado el plan de trabajo, se coordinó en conjunto con el servicio de psiquiatría la logística con respecto a la aplicación de la encuesta, tomando en cuenta los aspectos bioéticos con respecto al trato digno de los pacientes que acudieron a la emergencia de psiquiatría debido a intentos de suicidio. A dichos pacientes y familiares, se les atendió de acuerdo con el protocolo de acción para los pacientes con intentos de suicidio; luego fueron informados de la realización del trabajo de investigación y de los objetivos del mismo, siendo consultados acerca de su deseo de participar o no en dicho proceso; así mismo, se les señaló que el uso de la información fue estrictamente para fines de la investigación, por lo tanto no se tomaron datos de identificación que pudieran comprometer la identidad del paciente.

De esta forma, a través del consentimiento informado se determinaron dichos aspectos y se procedió a la aplicación de la encuesta, la cual fue previamente valorada por la coordinación de emergencia del servicio de psiquiatría, resaltando al paciente que tenía la posibilidad de retirarse de su participación en dicho proceso, si considera que el mismo vulneraba su integridad como paciente y ser humano digno. Finalmente, se señaló la posibilidad de

comunicar resultados generales con respecto a la investigación si el mismo lo deseaba; de manera que se respetó al paciente como ser humano en sus dimensiones biopsicosocial.

MÉTODO

Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de las investigaciones no experimentales de campo de tipo descriptivo, ya que se realizan sin la manipulación de variables, observando los fenómenos en su ambiente natural para brindar respuestas en torno al mismo; obteniendo los resultados a través del contacto directo con los individuos, a quienes les fue aplicada una encuesta para establecer las características sociodemográficas de los mismos en relación al fenómeno de estudio⁷¹.

Con respecto a las características temporales, el presente trabajo de investigación se encuentra dentro de un diseño de corte transeccional o transversal, en el cual se recolectan datos en un momento determinado para describir, analizar y relacionar variables en torno a un tiempo único⁷². De esta forma se eligieron los participantes a quienes se les aplicó un instrumento de evaluación diseñado para conocer las características sociodemográficas asociadas al intento de suicidio, de forma que se establecieron los factores riesgo asociados a los mismos en la población que asiste al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.

Población y muestra

Población

La población en un trabajo de investigación hace referencia a una cantidad infinita de individuos que son el foco principal de una investigación⁷². Para el presente estudio, la población estuvo conformada por todos los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas por motivo de intentos de suicidio en el periodo de agosto de 2019 a agosto de 2020.

Muestra

Ahora bien, la muestra representa una porción finita y representativa de la población de estudio (72). Para efectos de la presente investigación, será necesario el uso de una muestra de tipo intencional, probabilística, utilizando los criterios de exclusión e inclusión que serán expuestos a continuación.

Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos, atendidos por psiquiátrica cuyo motivo de consulta sea intento de suicidio y se encontraron con condiciones estables de salud.
2. Pacientes referidos de la emergencia general del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas en estables condiciones que acudieron al centro por intento de suicidio.
3. Pacientes a cargo de otros servicios del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas que sean interconsultados al servicio de psiquiatría por intento de suicidio.
4. Pacientes con intento de suicidio actual o inmediato en un lapso de 1 mes para el momento de la consulta.
5. Pacientes que contaron o no con criterios diagnósticos para determinar la presencia de un trastorno mental comórbido.
6. Pacientes que manifestaron su deseo de participar en la investigación.

Criterios de exclusión

1. Se excluyeron pacientes con suicidio consumado y otras variantes de la conducta suicida tales como gesto suicida e ideación suicida.
2. Pacientes que no se encontraban estables de salud posterior al intento de suicidio, sin embargo, los mismos fueron considerados para el registro de los intentos de suicidio que acudieron al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.
3. Pacientes que manifestaron su deseo por no participar en la investigación.
4. Pacientes que no asistieron acompañados por familiares.

Variables. Operacionalización de las mismas

Objetivo General: Determinar los factores sociodemográficos asociados a intento de suicidio en pacientes de la emergencia psiquiátrica del Hospital Universitario de Caracas entre el período agosto 2019 a agosto 2020

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de Variable
Edad	La edad cumplida, es la cantidad exacta de años que ha cumplido la persona desde el momento del nacimiento.	Edad reportada por la persona en el cuestionario administrado	<ul style="list-style-type: none"> • Niñez • Adolescencia • Adulthood • Ancianidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal • Razón
Sexo	El sexo gonadal y fenotípico, proviene de la primera división dicotómica de los cromosomas sexuales, determinando XX en la mujer y XY en el hombre.	Sexo reportado por la persona según su condición de nacimiento en el cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Intervalo
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil reportado por el paciente al momento de la aplicación de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Concubinato 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Intervalo
Nivel Educativo	Referido al grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa	Nivel educativo reportado por los pacientes al momento de contestar la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria completa • Primaria incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal • Razón

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de Variable
			<ul style="list-style-type: none"> • Bachillerato completo • Bachillerato incompleto • Universitario Completo • Universitario incompleto 	
Presencia de alguna patología Médica	La enfermedad se define como una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.	Presencia de enfermedad médica reportada por los pacientes durante la aplicación de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • HTA • DM • Patología Tiroidea • Alergia a medicamentos • Asma • Neurológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Intervalo
Consumo de sustancias	Autoadministración de una sustancia psicoactiva	Consumo de sustancias lícitas e ilícitas reportado en la aplicación de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Cigarrillos • Alcohol • Ilícitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Intervalo
Presencia de patología psiquiátrica	Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos	Diagnóstico psiquiátrico reportado por el paciente durante la aplicación del instrumento o	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos Afectivos • Trastornos del 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Intervalo

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de Variable
comórbida	básicos, que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo	impresión diagnóstica del profesional de la salud que atiende la emergencia.	espectro de la esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> • Otros trastornos Mentales 	
Método empleado	Se refiere a la forma en la que el sujeto intenta quitarse la vida, la cual puede ocasionar lesiones físicas.	El método de suicidio empleado reportado por el paciente al momento de contestar el instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de tóxicos y medicamentos • Gas doméstico u otro tipo • Asfixia por horca y asfixia por inmersión • Arma de fuego • Automutilación con instrumento cortante • Salto desde altura 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Intervalo

Instrumentos

Como técnica de recolección de datos se diseñó una encuesta que contuvo las variables sociodemográficas y clínicas necesarias para llevar a cabo los análisis y dar respuesta al objetivo general. Este instrumento, fue revisado por expertos, conformados por la coordinación de emergencia y otros especialistas del Servicio de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, quienes realizaron observaciones pertinentes que permitieron cumplir con los aspectos técnicos y éticos del presente trabajo de investigación.

Dicha encuesta contuvo los datos de identificación de los participantes sin comprometer su privacidad, reflejando la edad, el sexo y procedencia; así como otras variables sociodemográficas necesarias para llevar a cabo los análisis estadísticos correspondientes, tales como nivel educativo y religión. Seguidamente se reflejan variables clínicas como la presencia de alguna patología médica y su tratamiento, así como las de origen psiquiátrico.

Igualmente se reflejaron la existencia de algún tipo de consumo de sustancias y las condiciones psicosociales del paciente, tales como la determinación del grupo primario de apoyo, personas con las que vive, presencia de pareja y/o hijos u otras personas significativas. Finalmente se contempló el intento de suicidio, estableciendo el método utilizado y la razón por la cual fue realizado.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se tomaron en cuenta los siguientes pasos, que permiten organizar en tiempo y recursos el proceso de investigación, de manera que los resultados fueran congruentes con los objetivos de investigación.

Preparatorio

- Se contactó y solicitó permiso por parte de la coordinación de emergencia del Servicio de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, con la finalidad de establecer la logística tomando en cuenta el protocolo de atención de dicho servicio.

- Se elaboró y revisó del instrumento de evaluación por parte del comité de expertos conformado por la coordinación de emergencia del Servicio de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.
- Se estableció un plan de trabajo con respecto a la atención de los pacientes que acuden a la emergencia psiquiátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas por intento de suicidio, sin olvidar los aspectos éticos del ejercicio profesional del personal de salud mental.
- Se reprodujo el material necesario para la aplicación de los instrumentos a utilizar.
- Se captó a los pacientes que acudieron al Servicio de Psiquiátrica por motivo de intento de suicidio, a los cuales posterior a la atención de acuerdo a los protocolos establecidos, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación y tras manifestar acuerdo con su participación llenaron el consentimiento informado para autorizar la misma.

Fase de Evaluación

- Los pacientes procedieron a llenar el instrumento de recolección de información posterior a las instrucciones del evaluador.
- Una vez finalizado el llenado del instrumento se continuó el proceso de atención al paciente.
- Los datos fueron vaciados en una base de datos para proceder al análisis del mismo.
- Una vez obtenidos los resultados se procedió a establecer las conclusiones, discusión (resaltando las limitaciones que se presentaron) para establecer finalmente las recomendaciones pertinentes con respecto a los resultados obtenidos.

Tratamiento Estadístico Adecuado

Para dar respuesta a los objetivos de investigación propuestos para la investigación se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS, mediante el cual fueron vaciados los datos recolectados en la fase de evaluación. Posteriormente, a través de los estadísticos descriptivos, se determinaron las características de la muestra, señalando la frecuencia y porcentaje de las variables de estudio presentes en los participantes de manera que se

obtuvieron gráficos y tablas explicativas que permitieron organizar la información de manera ordenada.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos se componen de los principales ejecutores del trabajo de investigación, así como la tutora del trabajo especial de grado; en este sentido, los investigadores estuvieron conformados por un Médico Cirujano y un Licenciado en Psicología; quienes estuvieron bajo la supervisión de la coordinadora de emergencia del Servicio de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, la Dra. Ana Margarita Omaña.

Por otro lado, los materiales necesarios para realizar el presente trabajo de investigación fueron hojas blancas, lápices, computadoras con sistema operativo, procesador de texto y paquete estadístico SPSS. Así mismo se utilizaron otros recursos como impresora, acceso a internet, material bibliográfico y documentos relacionados al tema de investigación, todo esto fue financiado por los propios investigadores.

RESULTADOS

Para determinar los factores sociodemográficos asociados a intento de suicidio en pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el periodo de agosto 2019 a agosto de 2020, se aplicó un instrumento que recogía datos sociodemográficos y clínicos de dichos pacientes y posteriormente, se llevaron a cabo las técnicas de estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y distribución, a través del paquete estadístico SPSS en su versión 25.

Se atendieron 50 pacientes con intento de suicidio inmediato o en un lapso de 1 mes para el momento de la consulta, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión mencionados con anterioridad; obteniendo una muestra conformada por 42 pacientes, con edades comprendidas entre 12 y 68 años, de ambos sexos y provenientes en su mayoría del Distrito Capital (69% de la muestra), seguido del Edo. Miranda (28,6%) y finalmente el Edo. Carabobo (2,4%) (Ver tabla 1).

A pesar las diferentes variables no controladas que pudieron influir en la cantidad de pacientes atendidos, especialmente, la ocasionada por la declaración de estado de pandemia nacional por motivo del COVID-19; se obtuvo que durante los meses de mayo y junio de 2020 se atendieron 6 pacientes con intento de suicidio cada mes, representando un 14,3% cada uno de la muestra total. Seguidamente, se encuentran los meses de agosto de 2019 y enero de 2020, donde se atendieron 5 pacientes con intento de suicidio cada mes, que representan un 11,9% respectivamente de la muestra total (Ver Gráfico 1)

Edad

Con respecto a la edad se obtuvo que la mayoría de los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría debido a un intento de suicidio durante el periodo de agosto 2019 a agosto 2020 tienen un rango de edad de entre 12 y 25 años de edad, que representan un 55 % de la muestra total (Ver Gráfico 2), lo que demuestra una alta prevalencia entre la población joven, con una media de 29 años (Ver Tabla 2).

Sexo

De los 42 pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría debido a intento de suicidio, se obtuvo que el 76,2% pertenecían al sexo femenino y el 23,8 % pertenecían al sexo masculino; lo que indica mayor prevalencia de intentos de suicidio en mujeres más que en hombres (Ver Gráfico 3).

Factores de Riesgo

Entendiendo que los factores de riesgo representan características de la muestra que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida, se proceden a describir la presencia de estos factores en la muestra de pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto autónomo Hospital Universitario de Caracas, tras un intento de suicidio en el periodo comprendido entre agosto 2019 a agosto 2020.

Factores Sociodemográficos

Con respecto al estado civil de los pacientes atendidos por intento de suicidio, se obtuvo que el 66,7% de la muestra se encontraban solteros y solo el 19% se encontraban casados. En cuanto al nivel educativo de los pacientes, un 42,9% culminó el bachillerato, mientras el 23,8% no culminó el mismo. Esto demuestra una mayor prevalencia de intentos de suicidio en personas solteras, con estudios de bachillerato completo (Ver tabla 3).

Factores Clínicos

Los factores clínicos hacen referencia a presencia de características médicas, neurológicas y/o psiquiátricas que pudieran aumentar la probabilidad en el paciente de presentar un intento de suicidio. De igual manera, el consumo de alguna sustancia específica que pudiera dar respuesta a una mayor prevalencia en intentos de suicidio.

De tal forma que, el 71% de los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas debido a un intento de suicidio, no presentaba ninguna patología médica, así como tampoco antecedentes neurológicos (88,1% del total de la muestra). Con respecto a la presencia de alguna patología psiquiátrica diagnosticada; el 64,3% de los pacientes no presentaba diagnóstico alguno, resaltando que el 11,9% tenía diagnóstico de un Trastorno Depresivo. Con respecto al consumo de sustancias, el 47,7% de los pacientes

reportó no consumir algún tipo de sustancias, mientras que el 21,9% reportó consumo de cigarrillos y el 16,7% reportó consumo de alcohol.

Estos datos reportan que la mayoría de los pacientes atendidos por intento de suicidio por el servicio de Psiquiatría durante el periodo de agosto 2019 a agosto 2020, no presentaron factores de riesgos clínicos que pudieran dar respuesta a la presencia de dicho fenómeno (Ver tabla 4).

Métodos de intento de suicidio con respecto al sexo y grupo etario.

Método de intento de suicidio y Sexo

Con respecto a los métodos de intento de suicidio usados con mayor frecuencia, se obtuvo que el 40,48% perteneciente a las mujeres recurrieron a la ingesta de medicamentos, mientras que el 19,05% de las mismas recurrieron a la automutilación. En cuanto a los hombres, la ingesta de medicamentos y automutilación fueron los métodos más utilizados en igual proporción (7,14% cada uno); por lo que las mujeres de esta muestra de pacientes, presentó diferencias con respecto a los métodos de intentos de suicidio, mientras que los hombres no (Ver Tabla 5).

Métodos de intento de suicidio y grupo etario

Los resultados indican que el método de intento de suicidio más utilizado de acuerdo al grupo etario es la ingesta de medicamentos, específicamente, en el grupo de los adultos, con un porcentaje de 30,95% y un 14,29% en el grupo de adolescentes. Igualmente, la automutilación representó un 14,29% en el grupo de adultos y un 11,90% en el grupo de adolescentes (Ver Tabla 6).

Diferencias con respecto al método de intento de suicidio y la impresión diagnóstica psiquiátrica

La impresión diagnóstica se realizó posterior a la evaluación clínica de cada paciente que conformó la muestra. Este criterio, permite confirmar el diagnóstico de aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos diagnosticados con anterioridad y al mismo tiempo, brindar una aproximación diagnóstica a aquellos que presentando una posible patología psiquiátrica no se encuentran diagnosticados por algún profesional del área.

De esta forma, se obtuvo que la categoría diagnóstica con mayor prevalencia en la muestra de pacientes atendidos fueron los rasgos asociados a Trastorno de Personalidad Límite, representando el 49,99%; seguido por el Episodio depresivo, que presenta un 28,58% del total de la muestra. Con respecto a esta última categoría diagnóstica, el método utilizado fue la ingesta de medicamentos, con un 16,67%, mientras que, de los pacientes con rasgos asociados al Trastorno Límite de Personalidad, el 23,81% intentaron suicidarse mediante la ingesta de medicamentos; mientras que el 16,66% de los mismos recurrió a la automutilación. (Ver tabla 7).

Otros Factores descriptivos

A continuación, se presentan otros factores descriptivos que permiten contextualizar y complementar la información presentada anteriormente. Uno de estos factores hace referencia al momento del intento de suicidio, que permite, además, precisar el tiempo que transcurre desde el intento de suicidio hasta la atención por parte del servicio de psiquiatría.

En este sentido, el 33,3% de estos pacientes fueron atendidos por el servicio de psiquiatría de 2 a 6 días después de presentar el intento de suicidio; mientras que el 31% de los mismos fueron atendidos el mismo día del intento de suicidio. Otro de los factores descriptivos medidos a través del instrumento es con quiénes conviven los pacientes atendidos debido a un intento de suicidio, que permite conocer si la falta de apoyo social y/o familiar pudo representar un factor de riesgo específicamente en la muestra estudiada. En este sentido, el 28,1% de estos pacientes, viven con sus madres y hermanos; mientras que solo el 3,4% de los pacientes atendidos viven solos. El 9% de los mismos vive con su pareja, y el 12,4% vive con sus hijos. Por lo que, específicamente en la muestra estudiada, el vivir solo no representó un factor de riesgo que contribuyó al intento de suicidio.

Finalmente, la motivación de estos pacientes para recurrir a un intento de suicidio fue un factor adicional estudiado en esta muestra. Para ello, se categorizaron las respuestas con respecto a diversas situaciones que pudieran dar explicación al intento de suicidio, organizándolas en: ruptura de pareja, problemas de interrelación familiar, dificultades económicas, conflictos laborales y/o académicos, conflictos de interrelación social, presencia

de enfermedad médica potencialmente discapacitante, asociado a patología psiquiátrica y la presencia de múltiples factores externos.

En la tabla 8 se expresan los porcentajes de las motivaciones que tuvieron los pacientes atendidos para recurrir a un intento de suicidio. En este sentido, se obtuvo que el 23,81% de los pacientes reconocieron como factor motivador para recurrir a un intento de suicidio fueron los problemas de interrelación familiar, seguido por el intento de suicidio asociado a una enfermedad psiquiátrica con un 21,43% (tomando en cuenta que la mayor parte de los pacientes presentaron una impresión diagnóstica de Trastorno Límite de la Personalidad y Episodio Depresivo respectivamente).

La ruptura de pareja y la presencia de múltiples factores estresantes (que hace referencia no solo a uno de los factores anteriores sino a varios) representaron un 16,67% y finalmente, solo el 4,76% no encontró una motivación identificable para recurrir a un intento de suicidio (Ver Tabla 8)

Intentos de suicidio durante el periodo de cuarentena por Covid-19

A pesar de que no corresponde a los objetivos del presente trabajo de investigación, es importante realizar una comparación de los factores descriptivos más frecuentes durante los periodos de agosto 2019 y febrero 2020, con respecto al periodo de marzo de 2020 a agosto de 2020. Esto, debido a la emergencia sanitaria mundial debido a la infección por COVID-19 que obligó a declarar mundialmente y nacionalmente una medida de cuarentena para evitar la propagación de la enfermedad.

En este sentido, tal como se refleja en la tabla 9, durante el periodo de marzo a agosto de 2020, se atendieron 20 pacientes, cuya edad media fue de 24 años e impresión diagnóstica predominante de rasgos asociados al Trastorno de Personalidad Límite. En este periodo al igual que en el periodo de agosto 2019 a febrero de 2020 el método de intento de suicidio fue a través de ingesta de medicamentos; sin embargo, la motivación estuvo relacionada a problemas en la interrelación familiar.

Es por ello que se podría decir, que, a pesar de no representar diferencias significativas con respecto al número de pacientes atendidos, los pacientes atendidos durante el periodo de

confinamiento por pandemia debido a la infección por COVID-19, fueron más jóvenes y las características asociadas a los mismos estuvo relacionada a los rasgos impulsivos y dificultades en la vinculación con los otros correspondientes al Trastorno de Personalidad Límite.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos asociados a intento de suicidio en pacientes que fueron atendidos por el servicio de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas entre el periodo de agosto 2019 a agosto 2020. Para ello, se aplicó una encuesta donde se precisaron la frecuencia de los intentos de suicidio según la edad y el sexo; así como los factores de riesgos, el método de intento de suicidio y las diferencias de los mismos de acuerdo a los grupos etarios e impresión diagnóstica para el momento de la evaluación.

De esta forma se obtuvo una alta prevalencia de intentos de suicidio en población joven (con un rango de edad entre 12 y 25 años, con una media de 29 años). Estos resultados concuerdan con los presentados por investigaciones recientes en Latinoamérica, tales como las de Corona, Hernández y García en 2016, en la Habana, Cuba; y Contreras y Dávila, en el 2018, en México; donde reportaron mayor prevalencia de intento de suicidio entre los jóvenes; siendo la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años, que representa un rango similar al encontrado en la presente investigación.^{73 74}

Sin embargo, Garduño, Gómez y Peña, en el 2011, señalan que el suicidio antes de los 15 años es inusual; lo que no concuerda con los resultados presentados por la presente investigación, ya que se atendieron pacientes de menos de 15 años; aunque estos autores también aseveran que la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología.⁷⁵

Por otro lado, con respecto al sexo, los resultados de la presente investigación concuerdan con los presentados por varias investigaciones, donde se concuerda que las mujeres reportan mayor prevalencia de intento de suicidio que los hombres^{54 55 76}. Sin embargo, es necesario que ambos factores se correlacionen con características clínicas y factores de riesgos como la presencia de un diagnóstico psiquiátrico, ya como señalan algunos autores, a pesar de que el

suicidio consumado sea más común que en hombres y las mujeres presenten mayores intentos de suicidio, la diferencia radica en el diagnóstico psiquiátrico de cada uno, presentando los hombres trastornos del control de los impulsos que los llevan a ser más violentos, mientras que las mujeres pueden presentar depresión ⁷⁶.

El apoyo familiar y social, así como la presencia de un nivel educativo superior a la educación primaria, representan factores de protección para prevenir el intento de suicidio. En este sentido, de acuerdo con el estudio realizado por Aguilera en el 2018 en Cuba, existe mayor prevalencia de intentos de suicidio en mujeres, entre 40 a 49 años de edad, solteras y con un nivel educativo primario, lo que difiere parcialmente de los resultados presentados por la presente investigación, donde la prevalencia de edad se ubica en mujeres jóvenes, solteras que culminaron el bachillerato, lo que podría deberse a características socioculturales propias de Venezuela, donde la educación primaria y secundaria es obligatoria, por lo que constituye un factor a tomar en cuenta para caracterizar la conducta suicida ⁷⁷.

Como factores clínicos se tomaron como referencia la presencia de antecedentes de patología médicas, neurológicas, patología psiquiátrica diagnosticada y presencia de consumo de alguna sustancia, ya que, según las investigaciones realizadas, la presencia de dichos antecedentes representa factores de riesgo importantes que aumenta la probabilidad de presentar un intento de suicidio ^{62 64 65 66}. Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los pacientes atendidos no presentaron factores de riesgo clínicos que pudiesen explicar el intento de suicidio; por lo que los resultados no concuerdan con las investigaciones realizadas sobre estos aspectos, infiriendo la necesidad de recurrir a la impresión diagnóstica para el momento de la atención de estos pacientes para dar explicación a dicha conducta.

En este sentido, los resultados obtenidos por la presente investigación concuerdan parcialmente con los antecedentes presentados, ya que se determinó el Episodio Depresivo como segunda impresión diagnóstica prevalente, a pesar de que suele ser el principal diagnóstico tal como lo señala el estudio de López en el 2017, donde la prevalencia de los trastornos afectivos representó el diagnóstico con mayor prevalencia en estos pacientes ⁷⁸.

Con respecto a los rasgos asociados al Trastorno Límite de Personalidad, el cual representó la impresión diagnóstica con mayor prevalencia, puede ser explicada a través de las conductas

impulsivas que presentaron los pacientes jóvenes, que están asociadas al confinamiento debido a la pandemia por COVID-19; ya que, además, estos rasgos se presentaron con mayor prevalencia posterior a la declaración de las medidas de distanciamiento.

Ahora bien, con respecto a los métodos de intentos de suicidio, los resultados obtenidos por la presente investigación concuerdan con las investigaciones hechas por otros autores, donde reflejan que el método de intento de suicidio se dirige de acuerdo a la edad y el sexo, siendo la ingesta de medicamentos el método más utilizado por los pacientes más jóvenes; siendo, además, el método más utilizado por las mujeres en comparación con los hombres ⁷⁹.

Con respecto a los factores de riesgos adicionales que fueron encontrados tras el análisis de los datos, los resultados concuerdan parcialmente con los establecidos por los antecedentes, ya que, vivir solo constituye un factor de riesgo importante para presentar un intento de suicidio y posteriormente repetirlo ⁶¹, sin embargo, el vivir solo no representó un factor de riesgo que contribuyó al intento de suicidio, ya que la mayoría de los pacientes vivían con sus parejas y/o familiares, por lo que se hace necesario tomar en cuenta las motivaciones del intento de suicidio.

En este sentido, los resultados de la presente investigación concuerdan con la literatura revisada, pues además del nivel de instrucción y los diagnósticos de Depresión Mayor y Trastornos de personalidad, la motivación principal suele estar relacionado con dificultades familiares y los problemas de pareja ⁸⁰. Con respecto a la presencia de una patología médica crónica y/o potencialmente discapacitante, los resultados igualmente concuerdan con la literatura revisada, siendo las enfermedades como el VIH y el cáncer ^{62 63}.

Intentos de suicidio durante el periodo de cuarentena por Covid-19

La pandemia por COVID-19 se caracteriza por tener una alta transmisibilidad y para el momento actual no hay tratamiento específico ni se ha desarrollado una vacuna que permita disminuir el número de casos atendidos ⁸². El aumento del número de casos, en un tiempo tan corto, representó un colapso en los servicios de salud e igualmente a los servicios de salud mental.

La infección por COVID- 19 está afectando la salud mental de la población mundial. Los estudios más recientes afirman que existe un aumento de la angustia, la ansiedad y la depresión, que, sumadas a la violencia, los trastornos por consumo de sustancia y la sensación de pérdida de familiares por esta enfermedad, pueden incrementar el riesgo de presentar un intento de suicidio ⁸³. Además, se encuentra la declaración de cuarentena y distanciamiento físico en todo el mundo, que ocasionan restricciones económicas y sociales; representando una serie de elementos que aumentan los factores de riesgo para presentar riesgo de intento de suicidio ^{82 83}.

De esta forma, esta variable que no se encontraba contemplada para efectos de los resultados del presente estudio, representa un elemento que debe ser revisado a la luz de especificar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con intento de suicidio contextualizados en un fenómeno de pandemia; siendo la misma el contexto social que pudo haber exacerbado síntomas psiquiátricos que explican la motivación para realizar un intento de suicidio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De esta forma se concluye el presente trabajo de investigación puntualizando las siguientes características sociodemográficas, que constituyen factores de riesgo en los pacientes atendidos por el Servicio de Psiquiatría debido a un intento de suicidio. En primer lugar, la mayoría de los pacientes fueron jóvenes, pertenecientes al sexo femenino. Igualmente se encontró una mayor prevalencia de intentos de suicidio en personas solteras, con estudios de bachillerato completo, por lo que, a diferencia de la edad y el sexo, el estado civil y el nivel educativo no representaron un factor de riesgo en esta población.

Estos datos reportan que la mayoría de los pacientes atendidos por intento de suicidio por el servicio de Psiquiatría durante el periodo de agosto 2019 a agosto 2020, no presentaron factores de riesgos clínicos que pudieran dar respuesta a la presencia de dicho fenómeno. Sin embargo, se encontraron diferencias con respecto al método de intento de suicidio de acuerdo al sexo, donde las mujeres presentaron con mayor frecuencia un intento de suicidio a través de la ingesta de medicamentos, mientras que los hombres optaron por la automutilación. Sin embargo, con la edad, no se encontraron diferencias significativas, siendo la ingesta de

medicamentos y la automutilación, los métodos más frecuentes utilizados entre grupos de adultos y adolescentes.

Por otro lado, de acuerdo a los factores clínicos de riesgo, los pacientes atendidos no presentaron patologías médicas, neurológicas o psiquiátricas comórbidas (en este último aspecto, los pocos pacientes que se encontraban diagnosticados por un especialista de salud mental presentaron diagnóstico de Depresión Mayor); lo mismo ocurrió con el consumo de sustancias, ya que la mayoría de los pacientes negaron su ingesta. Por lo que el intento de suicidio en estos pacientes no pudo relacionarse con la presencia de estos factores.

Con respecto a la impresión diagnóstica para el momento de la evaluación, los pacientes presentaron conductas impulsivas asociadas al Trastorno de Personalidad Límite, seguido del Episodio Depresivo; cuyas principales motivaciones estuvieron relacionadas a las dificultades en la interrelación familiar; sin embargo, la declaración de cuarentena por COVID-19 representó una variable que pudo influir en los resultados de la investigación; debido al impacto económico, social y emocional que pudo influir en las características estudiadas.

De esta forma, a pesar de esta última variable, que pudo disminuir la cantidad de pacientes atendidos posteriores a un intento de suicidio en los meses de marzo, abril y mayo, se recomienda aumentar la muestra considerando además los pacientes de otros servicios del hospital, que si bien en un principio estuvieron incluidos en la muestra, su significancia en la muestra fue mínima, debido a la dificultad para el traslado de los residentes de guardia del servicio de psiquiatría, además de las dificultades propias de los cuadros médicos asociados a un intento de suicidio.

De esta forma, se sugiere controlar el subregistro de estos pacientes, involucrando al departamento de medicina, desde sus coordinadores, de manera que se aplique el instrumento de evaluación a cualquier paciente del hospital que acuda posterior a un intento de suicidio, en especial a la sala de emergencia, medicina interna, gastroenterología, neumonología y traumatología.

Aunado a ello, sigue resultando necesaria la clarificación de las características diagnósticas de las diferentes conductas asociadas al suicidio; de manera que se establezcan las características específicas de los mismos, pudiendo incluso realizar comparaciones con respecto a las demás

conductas suicidas como los gestos suicidas. De esta forma, el presente trabajo de investigación puede representar un punto de partida para describir las características específicas de los pacientes, pudiendo realizar investigaciones de mayor contraste que permitan determinar las causas específicas y las variables que intervienen en la complejidad del fenómeno.

Cronograma de Actividades Programadas

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Búsqueda de bibliografía												
Redacción del anteproyecto												
Entrega del anteproyecto												
Establecimiento de logística para aplicación del instrumento												
Aplicación de instrumentos												
Vaciar datos												
Análisis de resultados												
Redacción del proyecto final de												

grado												
Entrega del proyecto final de grado												

REFERENCIAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS 2018. Suicidio. [Citado 4 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. WHO: World Health Organization. [Internet]. Geneva. WHO 2013. [Citado 4 de marzo de 2019]. Mental Health action plan 2013-2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.Pdf.
3. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS 2008. [Citado 4 de marzo de 2019]. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1.
4. WHO: World Health Organization [Internet]. [Citado 6 de marzo de 2019] Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
5. Bertolote J. M., Fleischman A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Sociology* 2002, (7): 6-8.
6. OPS: Organización Panamericana de la Salud [Internet] OPS 2014. [Citado 6 de marzo de 2019]. Mortalidad por Suicidio en Las Américas, Informe Regional: Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>.
7. OVV: Observatorio Venezolano de Violencia [Internet] OVV 2018. [Citado 12 de marzo de 2019]. A esto ha llegado la crisis en Venezuela: La tasa de suicidios sobrepasa la media mundial. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/a-esto-ha-llegado-la-crisis-en-venezuela-la-tasa-de-suicidios-sobrepasa-la-media-mundial/>.
8. OVV: Observatorio Venezolano de Violencia [Internet] OVV 2018. [Citado 12 de marzo de 2019]. Suicidios, lo único que no escasea en Venezuela. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/suicidios-lo-unico-que-no-escasea-en-venezuela/>.
9. Prager L. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review* 2009; 30(6):199-206.

10. Fernández García-Andrade R., Pera Bajo F. J., Fernández Rodríguez E. La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico-legales. *Rev Esp Med Legal*. 2012, 38:155-60.
11. Windfuhr, K., Kapur, N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *British Medical Bulletin*, 2011, 100: 101–121. doi:10.1093/bmb/ldr042.
12. Espinosa, J.J., Blum Grynberg, B., Romero Mendoza, M.P. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental* 2009, 32(4), 317-325.
13. Pérez Benítez, M. F., Vásquez Sánchez, P. A. Factores de riesgo psicosociales en la conducta suicida de los adolescentes. Universidad de Oriente. Venezuela 2010 [Trabajo Especial de Grado].
14. Bedoya, E., Montaña, L. Suicidio y Trastorno Mental. *Rev. CES Psicol*. 2016, 9(2), 179-201.
15. Betz M. E., Boudreaux E. D. Managing suicidal patients in the Emergency Department. *Ann EmergMed*. 2016;67(2):276-82.
16. Coronado-Molina, O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *RevNeuropsiquiatr*. 2014, 77 (4).
17. Hidalgo-Rasmussen C., Hidalgo-San Martín, A. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência&SaúdeColetiva* 2015, 20(11):3437-3445.
18. Doshi A, Boudreaux E. D., Wang N., Pelletier A. J., Camargo Jr. C. A. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Ann EmergMed*. 2005;46(4):369-75.
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política

Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

20. Ting S.A., Sullivan A. F., Boudreaux E. D., Miller I., Camargo Jr C. A. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993–2008. *Gen HospPsychiat.* 2012;34(5):557-65.

21. López-Castromán J., Méndez-Bustos P., Pérez-Fominaya M., Villoria Borrego L., Zamorano Ibarra M.J., Molina C.A., et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas EspPsiquiatr.* 2015;45(3):142-8

22. Vázquez, R. Una Urgencia Singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes. 2007. [Internet]. [Citado el 5 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/10-URGENCIA.pdf>.

23. Jimenez-Hernandez, M., Castro-Zamudio, S., Guzmán-Parra, J., Martínez-García, A., Guillén-Benitez, C., Moreno-Kustner, B. Las demandas por conducta suicida a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga: características y factores asociados. doi.org/10.23938/ASSN.0047. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2017, 40, (3).

24. Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Fajardo, J., Suárez, M. 2008. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006 *Rev. Salud Pública (Bogotá).* 10 (3): 374-385. Disponible: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-0064200300020000&script=sciarttext&tlng=pt>.

25. Marcano, M., Dommar, L., Rojas, G., Arrojas, S. Factores estructurales y epidemiológicos asociados al suicidio e intento de suicidio como problemas de salud pública, estado bolívar – 2001. *Saber, Universidad de Oriente, Venezuela.* 2005. Vol. 17. N° 2: 144-151.

26. Añez, H., Factores de riesgo para intento de suicidio en niños y adolescentes. Trabajo Especial de grado presentado ante la División de Estudios para graduados de la Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia para optar al título de Especialista en Puericultura y Pediatría. Maracaibo, Venezuela. 2011. 39 p. 6 Il.

27. Tellería, C. Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer. Trabajo de investigación presentado como requisito para obtener el título de especialista en psicología clínica comunitaria. Universidad Católica Andrés Bello. 2008.
28. Alianza El Heraldo-Universidad del Norte. El potencial económico que se pierde por los casos de suicidio. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.uninorte.edu.co/documents/71261/0/El+potencial+econ%C3%B3mico+que+se+pierde+por+los+casos+de+suicidio/690e8f87-6c69-4246-b216-403a71a09ec3?version=1.0>.
29. Rodríguez F., Sierra, A., Gracia, R., González, J., Montes, D. La prevención del suicidio (I): prevención primaria, *Psiquis* 1990, 317/90, Vol. XI/90, pp. 47-52, España.
30. Campbell, S., Quintero, C., Guevara, J., Hernández, S., Falla, R. Comportamiento de los intentos de suicidios letales y no letales. Hospital María Inmaculada, Florencia, Caquetá. *Acta Médica Colombiana*, 1999; Vol. 24 N° 4.
31. Rueda-Jaimes. G., Díaz, P., Rangel, A., Castro-Rueda V., Camacho, P. Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2011; Vol. 40 / No. 4.
32. Ferrer, A. Características epidemiológicas del intento de suicidio en adolescentes que acuden al Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizarraga”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, 2007 – 2012. Universidad De Carabobo.
33. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>.
34. H. Misson, F. Mathieu, F. Jollant et al. Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors, *Journal of Affective Disorders*, 2010, 121, 1-2, pp. 80–87.
35. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineurope-bille-brahe1998.pdf>.

36. Legido, T. Clasificación De La Conducta Suicida Utilizando Cuestionarios Psicométricos. [Internet] Tesis Doctoral 2012. Recuperado de: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
37. Mann, J.J., Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat.Rev.Neurosci.*, 2003. 4(10): p. 819-828.
38. Oquendo, M.A., et al., Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry*, 2008. 165(11): p. 1383-4.
39. Plutchik, R., H.M. Van Praag, and H.R. Conte, Correlates of suicide and violence risk: III. A twostage model of countervailing forces. *Psychiatry Res.*, 1989. 28(2): p. 215-225.
40. Fawcett, J., et al., Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci*, 1997. 836(1971-1981): p. 1981.
41. Turecki, G. (2005) Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*, 30(6), 398-408.
42. Courtet, P., et al., Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. *Am.J.Med.Genet.C.Semin.Med.Genet.*, 2005. 133(1): p. 25-33.
43. Jollant, F., et al., The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J BiolPsychiatry*, 2011. 12(5): p. 319-39.
44. Freud, S. *Duelo y Melancolía*. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
45. Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
46. Rush, A.J. & Beck, A.T. (1978). *Cognitive Therapy of Depression and Suicide*. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
47. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.

48. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
49. Seligman, M. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. 1975. San Francisco: W. H. Freeman.
50. Shneidman E. Some reflections of a founder. *Suicide Life-Threatening Behavior* 1988; 18:1-12.
51. Pearson, J.L. and Y. Conwell, Suicide in late life: challenges and opportunities for research. Introduction. *Int Psychogeriatr*, 1995. 7(2): p. 131-6.
52. Kennedy, G.J. and S. Tanenbaum, Suicide and aging: international perspectives. *Psychiatr Q*, 2000. 71(4): p. 345-62.
53. Reddy, M.S., Suicide incidence and epidemiology. *Indian J Psychol Med*, 2010. 32(2): p. 77-82.
54. Qin, P., E. Agerbo, and P.B. Mortensen, Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(4): p. 765-72.
55. Schmidt, P., et al., Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Sci Int*, 2002. 127(3): p. 161-7.
56. Isometsa, E.T. and J.K. Lonnqvist, Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 1998. 173: p. 531-5.
57. Rich, C.L., et al., San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors Desenclos, J.C. and R.A. Hahn, Years of potential life lost before age 65, by race, Hispanic origin, and sex--United States, 1986-1988. *MMWR CDC SurveillSumm*, 1992. 41(6): p. 13-23.
58. Chandrasena, R., V. Beddage, and M.L. Fernando, Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada. *Br J Psychiatry*, 1991. 159: p. 707-709.

59. Garcia-Resa, E., et al., Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 2002. 30(2): p. 112-119. *Arch Gen Psychiatry*, 1988. 45(6): p. 589-92.
60. Chastang, F., et al., Risk factors associated with suicide attempt in young French people. *Acta Psych Scand*, 1998. 98(6): p. 474-479.
61. Garcia-Resa, E., et al., Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 2002. 30(2): p. 112-119.
62. Szanto, K., H.G. Prigerson, and C.F. Reynolds, Suicide in the elderly. *Clin Neurosci Res*, 2001: p. 366-376.
63. Cote, T.R., R.J. Biggar, and A.L. Dannenberg, Risk of suicide among persons with AIDS. A national assessment. *JAMA*, 1992. 268(15): p. 2066-2068.
64. Catalano, R., Health, medical care, and economic crisis. *New England Journal of Medicine*, 2009. 360: p. 749-751.
65. Harris, E.C. and B. Barraclough, Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *Br J Psychiatry*, 1997. 170: p. 205-228.
66. Angst, J., F. Angst, and H.H. Stassen, Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1999. 60 Suppl 2: p. 57-62.
67. Baxter, D. and L. Appleby, Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 1999. 175: p. 322-326.
68. Hawton, K., et al., Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 2005. 187: p. 9-20.
69. Preti, A., et al., The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*, 2009. 43(14): p. 1125-32.
70. Bobes-García, J., J. Giner-Ubago, and J. Saiz-Ruiz, Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. ed. E. Triacastela 2011, Madrid.

71. Sullivan, L. *The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences*. 2009. Doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412972024>.
72. Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). 2014. D.F, México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
73. Corona, M., Hernández, S., & García, P. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habana Científica Médica*. La Habana. 2016; 15 (1).
74. Luna, M., & Dávila, A. Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Colombia. 2018; 17 (34).
75. Monnin, j., Thiemard, E., Vandell, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., et al. Sociodemographic and psychopathological factors in repeated suicide attempts: Gender differences un an prospective study. *J Affect Disord*. 2012; 136 (3).
76. Monnin J, Thiemard E, Vandell P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *J Affect Disord*. 2012; 136(3): p. 35-43.
77. Aguilera Arzuaga Carmen Rosa. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. *ccm*. 2018; 22(3): 374-385.
78. López, L. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Cienc. Psicol*. (Online). 2017; 11 (1): 89-100.
79. Von Dessauer, G., Ortíz, P., Hinostroza, T., Bataszew, A., Velásquez, A., Correa, M. et al. Intento de suicidio vía ingesta de fármacos en niños. *Rev. Chil. Pediatría*. [Internet]. 2011. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000100006&lng=es.
80. López, L. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Cienc. Psicol*. [Internet]. 2019, 13 (2) .197-208.

81. Coronado, O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014, 77 (4), 242-249.
82. OPS. Organización Panamericana de la Salud [Internet] OPS 2020. [Citado 30 de noviembre de 2019]. Pandemia por Covid 19: Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>.
83. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020; 109: 1-4.
83. González, A. El suicidio postpandemia, una epidemia anunciada. Universidad de los Andes. *Notas de Política.* 2020. Disponible en: <https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/coronavirus/doc/articulo-el-suicidio-en-postpandemia.pdf>.

ANEXOS:

Anexo 1: Hoja de Información al Paciente participante de la investigación

Usted ha sido invitado a participar en una investigación realizada por el Dr. Wilmer Noriega y el Lcdo. Ronny Lugo, residentes de posgrado de Psiquiatría y Clínica Mental del Hospital Universitario de Caracas, con el fin de determinar las características sociodemográficas asociadas al intento de suicidio en pacientes que acuden a la emergencia de psiquiatría. Dicha investigación se utilizará para realizar un Trabajo Especial de Grado del Postgrado de Psiquiatría y Clínica Mental de la Universidad Central de Venezuela. Por eso, toda la información que se recolecte, será utilizada con fines de investigación y en ningún momento su identidad será revelada, manteniendo la información de forma confidencial y con uso académico exclusivo.

Por tanto, su participación en este proyecto es voluntaria y consistirá en responder la siguiente encuesta relacionada al tema de investigación. Usted podrá hacer preguntas que quiera y en cualquier momento del estudio; así mismo, si considera que dicho cuestionario vulnera su dignidad puede retirarse de su participación. No obstante, la investigación no representará ningún riesgo para usted.

Los resultados de la presente investigación podrán ser señalados a usted si así lo desee; al finalizar la misma, se publicarán los resultados de manera que se genere nuevo conocimiento sobre el fenómeno de estudio, que contribuya a la mejora en la atención de los pacientes cuyo motivo de consulta se refiera a intento de suicidio. Así mismo, se resalta que usted no recibirá ningún tipo de pago por participar en dicha investigación; igualmente, le indicamos que usted puede guardar copia de este documento como soporte de su participación. Gracias por su valiosa colaboración.

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN EL PERÍODO 2019-2020

Yo, _____, C.I: _____, he leído este documento y me ha sido explicado su contenido. Confirmando que entendí la explicación de este estudio y fueron respondidas mis dudas. Entiendo que mi participación es voluntaria. Entiendo que no voy a recibir ningún pago por participar en este estudio y permito que la información que aportaré sea utilizada en este estudio.

Por medio de la presente proporciono mi CONSENTIMIENTO para participar en la referida investigación, reconozco de que NO ESTOY obligado a firmar este consentimiento, y aun firmándolo puedo retirarme en cualquier momento durante la ejecución de la encuesta previamente aceptados por mi persona.

Entiendo que recibiré una copia de este documento después de firmado

Nombre y Apellido		Firma	Fecha
Participante			
Investigador responsable			
Investigador responsable			
testigo			

Anexo 3: Instrumento a aplicar

Fecha: ____/____/____

Nº: _____

La información reflejada en la presente encuesta es totalmente confidencial, por favor conteste las preguntas de manera honesta y sencilla.

1. CI: _____ 2. Edad: _____ 3. Sexo: _____

4. Procedencia: _____ 5. Nivel Educativo: Analfabetismo __ Primaria Completa __

Primaria incompleta __ Bachillerato Completo __ Bachillerato Incompleto __ Universitario Completo __

6. Religión: _____ 7. Estado Civil: Soltero __ Casado __ Divorciado __ Viudo __ Concubinato __

8. ¿Presenta alguna patología médica actualmente? Si: _____ No: _____

Marque en caso de afirmativo

Hipertensión arterial: _____ Diabetes Mellitus: _____ Patología Tiroidea: _____

Otro: _____

8.1 Algún antecedente de

Traumatismo Craneal: _____ Meningitis: _____ Epilepsia: _____

Otro: _____

9. ¿Presenta alguna patología médico-psiquiátrica diagnosticada? Si: _____ No: _____

¿Cuál?: _____

10. ¿Toma algún tipo de medicación? Si: _____ No: _____

¿Cuál?

11. ¿Consume algún tipo de sustancias? Si: _____ No: _____

Marque en caso de afirmativo

Cigarrillos _____ Alcohol _____ Cannabis/Marihuana _____ Cocaína _____

Otros _____

12. ¿Con quién vive? Solo: _____ Familiares: _____

12.1 Especifique con quienes:

13. ¿has atentado contra tu vida? Si: _____ No: _____

13.1 ¿De qué forma? _____

13.2 ¿Cuándo? _____

13.3. ¿Qué te motivó a hacerlo?

14. IDX para el momento de la evaluación (llenado por el clínico): _____

Tabla 1. Localización la muestra.

Estado	Porcentaje	Parroquia	Porcentaje
Distrito Capital	69	La Pastora	4,8
		Caricuao	7,1
		El Recreo	4,8
		El Valle	19
		Catedral	2,4
		La Candelaria	2,4
		San Agustín	2,4
		Sucre	14,3
		Coche	9,5
		Chacao	2,4
		Antímano	2,4
Edo. Miranda	28,6	Los Valles del Tuy	9,5
		Guarenas	7,1
		San Antonio	2,4
		Los Teques	2,4
		Cuá	2,4
		Las Minas	2,4
Edo. Carabobo	2,4	Puerto Cabello	2,4
Total	100		100

Gráfico 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la fecha de atención.

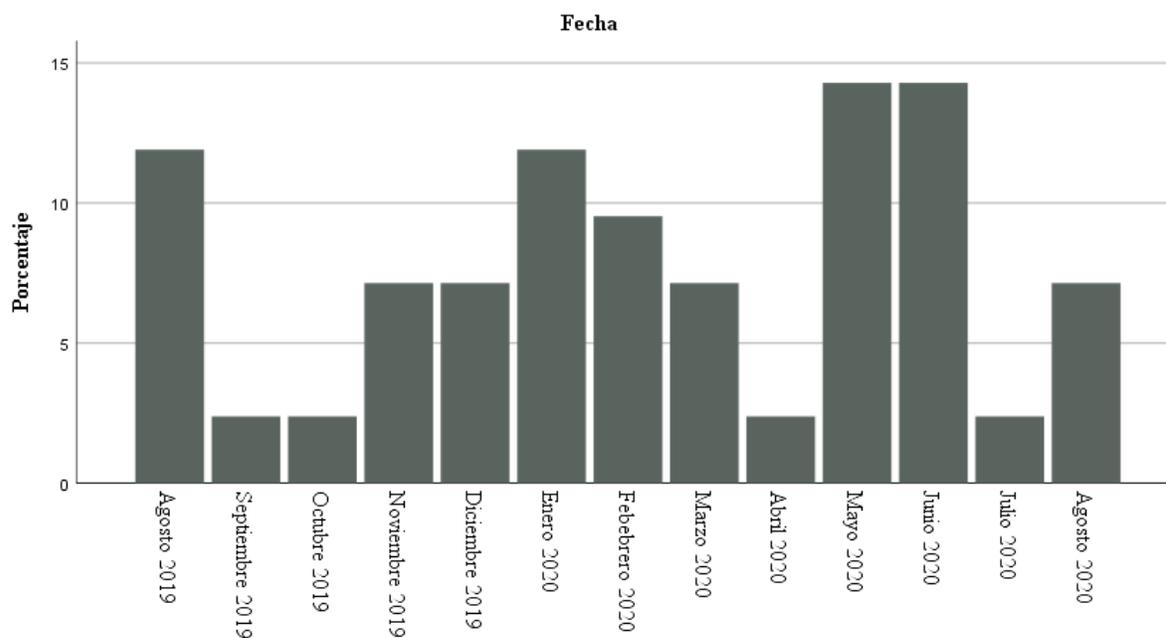


Gráfico 2. Porcentaje de Edad.

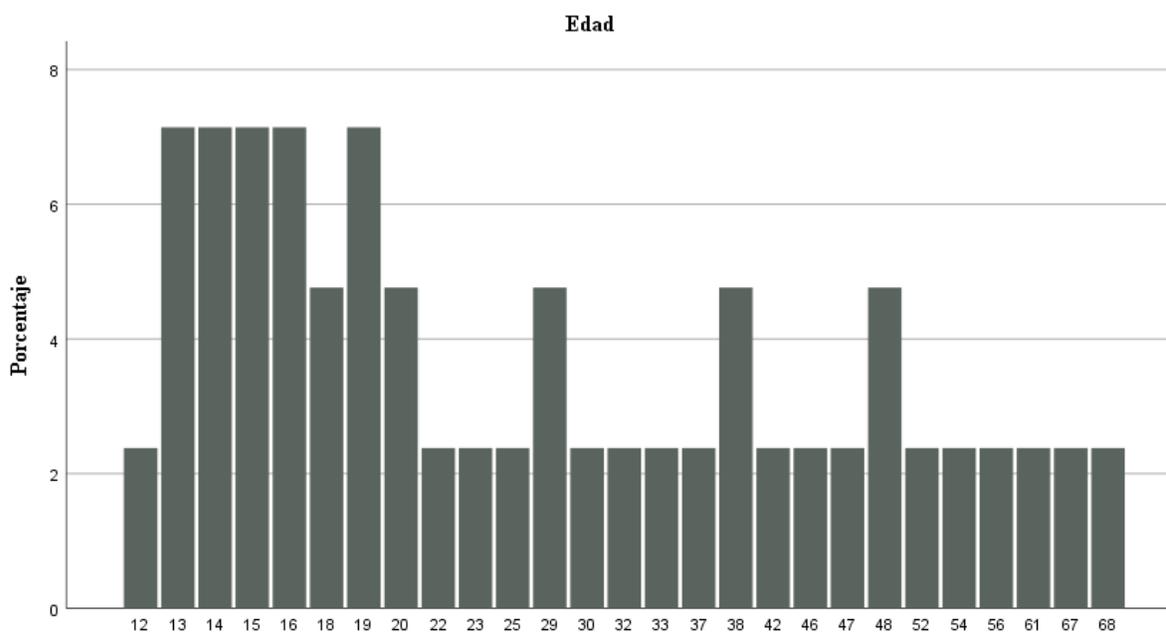


Tabla 2. Estadísticos descriptivos según la edad.

	Edad
Media	29.62
Mediana	22.50
Mínimo	12
Máximo	68

Gráfico 3. Distribución de la Muestra según el Sexo.

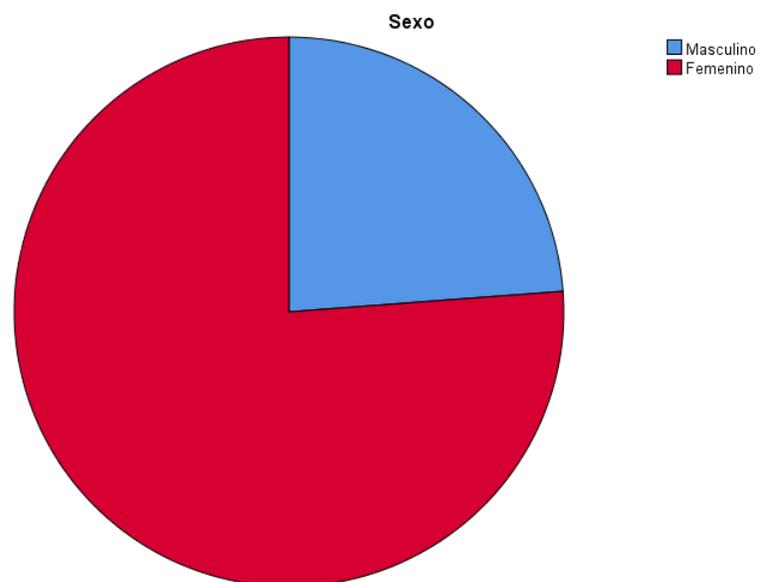


Tabla 3. Distribución de la muestra con respecto al Estado Civil y Nivel Educativo.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	28	66.7
Casado	8	19.0
Divorciado	3	7.1
Concubinato	3	7.1
Total	42	100.0
Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetismo	1	2.4
Primeria Completa	8	19.0
Primaria Incompleta	1	2.4
Bachillerato Completo	18	42.9
Bachillerato Incompleto	10	23.8
Universitario Completo	4	9.5
Total	42	100.0

Tabla 4. Distribución de la muestra con respecto a la presencia de Patología Médica, Neurológica, Psiquiátrica y Consumo de Sustancias.

Patología Médica	N	Porcentaje
Ninguna	30	71.4
Hipertensión Arterial	3	7.1
Patología Tiroidea	2	4.8
Otra	7	16.7
Total	42	100.0
Antecedentes Neurológicos	N	Porcentaje
Ninguna	37	88.1
Traumatismo Craneal	3	7.1
Meningitis	1	2.4
Epilepsia	1	2.4

Total	42	100.0
Patología Psiquiátrica Diagnosticada	N	Porcentaje
Ninguna	27	64.3
Trastorno Bipolar	3	7.1
Trastorno Depresivo	5	11.9
Trastorno de Ansiedad	2	4.8
Trastorno Mental Orgánico	2	4.8
Trastorno por Consumo	1	2.4
No Sabe	1	2.4
TOC	1	2.4
Total	42	100.0
Consumo de Sustancias	N	Porcentaje
Ninguna	20	47.7
Cigarrillos	9	21.4
Alcohol	7	16.7
Cannabis	3	7.1
Cocaína	2	4.8
Otras	1	2.3
Total	42	100.0

Tabla 5. Método de intento de suicidio y Sexo

Método de Intento de Suicidio	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ingesta de Medicamentos	3	7,14	17	40,48	20	47,62
Ingesta de Sustancias Tóxicas	2	4,77	3	7,14	5	11,90
Automutilación	3	7,14	8	19,05	11	26,19
Asfixia por horca	1	2,38	2	4,77	3	7,14
Asfixia por inmersión	0	0	1	2,38	1	2,38

Salto de altura	1	2,38	1	2,38	2	4,77
Total	10	23,81	32	76,19	42	100

Tabla 6. Método de Intento de Suicidio y Grupo Etario.

Método de Intento de Suicidio	Grupo Etario						Total	
	Adolescencia (12 a 18 años)		Adulthood (19 a 65 años)		Ancianidad (66 años en adelante)			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ingesta de Medicamentos	6	14,29	13	30,95	1	2,38	20	47,61
Ingesta de Sustancias Tóxicas	2	4,77	3	7,14	0	0	5	11,90
Automutilación	5	11,90	6	14,29	0	0	11	26,19
Asfixia por horca	1	2,38	2	4,77	0	0	3	7,14
Asfixia por Inmersión	0	0	0	0	1	2,38	1	2,38
Salto de Altura	1	2,38	1	2,38	0	0	2	4,77
Total	15	35,71	25	59,52	2	4,77	42	100

Tabla 7. Porcentaje de intento de suicidio con respecto a la impresión diagnóstica psiquiátrica.

Método de intento de suicidio	Impresión Diagnóstica para el momento de Evaluación							Total
	Episodio Psicótico Agudo Paranoide	Episodio Psicótico Agudo Mixto	Trastorno Bipolar	Episodio Depresivo	Trastorno de Personalidad Limite	Trastorno Mental Orgánico	Trastorno Mixto Ansioso Depresivo	
	%	%	%	%	%	%	%	
Ingesta de	2,38	0	0	16,67	23,81	4,76	0	47,62

Medicamentos								
Ingesta de Sustancias Tóxicas	0	0	0	2,38	9,52	0	0	11,90
Automutilación	2,38	0	0	2,38	16,66	2,38	2,38	26,18
Asfixia por horca	0	0	2,38	4,76	0	0	0	7,14
Asfixia por inmersión	0	0	0	2,38	0	0	0	2,38
Salto de altura	0	2,38	2,38	0	0	0	0	4,76
Total	4,76	2,38	4,76	28,58	49,99	7,15	2,38	100

Tabla 8. Motivación para intento de suicidio.

Respuestas	N	Porcentaje
No sabe, no contesta	2	4.76%
Ruptura de Pareja	7	16.67%
Problemas de Interrelación Familiar	10	23.81%
Dificultades Económicas	3	7.14%
Conflictos Laborales y/o Familiares	1	2.38%
Conflictos de Interrelación Social	2	4.76%
Presencia de Enfermedad Médica potencialmente Discapacitante	1	2.38%
Asociado a Enfermedad Psiquiátrica	9	21.43%
Múltiples Factores Externos	7	16.67%
Total	42	100.0%

Tabla 9. Comparación de los factores con mayor frecuencia durante los periodos de agosto 2019 a febrero 2020 y marzo a agosto de 2020.

	Cantidad Total	Hombres	Mujeres	Media de la Edad	Impresión Diagnóstica	Método de intento de suicidio	Motivación
agosto 2019 a febrero 2020	22	3	19	34 años	Episodio Depresivo (8 – 36,4%)	Ingesta de Medicamentos (11 – 50%)	Asociada a diagnóstico Psiquiátrico (7 -31,8%)
marzo a agosto de 2020	20	7	13	24 años	Trastorno de Personalidad Límite (11 – 45%)	Ingesta de Medicamentos (9 – 45%)	Problemas de Interrelación Familiar (6 – 30%)