

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE MEDICINA



**“FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESIÓN DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019”**

Tesis presentada por el Bachiller:

Jordan Luis Gutierrez Rodriguez

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Tutor:

Dr. Ricardo Javier Ibáñez Barreda

Docente de la Facultad de Medicina de la

Universidad Nacional de San Agustín

Arequipa-Perú

2019

DEDICATORIA:

En primer lugar, a Dios quien es nuestro guía.

A mis padres Luis y María, quienes siempre muestran su apoyo incondicional.

A mis hermanos: Nickols, Katherine, Sergio, Noelia y Fiorella quienes siempre me tuvieron comprensión y paciencia en esta larga etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por el milagro de la vida.

A mi tutor, por su confianza y apoyo incondicional.

A mis doctores de la facultad de Medicina, por enseñarme lo mejor de sus conocimientos para mi futuro labor como médico.

ÍNDICE

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	6
CAPITULO II: METODOLOGIA.....	17
CAPITULO III: RESULTADOS.....	22
CAPITULO IV: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	34
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS.....	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a intento de suicidio en pacientes con depresión de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019. Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, prospectivo, asociativo. Donde se aplicaron 122 encuestas de las cuales 94 cumplieron los criterios de selección, que se dividieron en dos grupos; pacientes con intento de suicidio y pacientes sin intento de suicidio. Para la comparación de variables categóricas se usó la prueba de Chi cuadrado, t de student para variables cuantitativas y se realizó asociación bivariada con el cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%. Resultados: De los 94 pacientes evaluados el 48.9% fueron de sexo masculino y el 51.1% fueron de sexo femenino, con edades que estuvieron entre los 18-30 años en 44.7% del total de participantes, la frecuencia de intento de suicidio fue de 34%, por otro lado, las características sociodemográficas de los pacientes con intento de suicidio fueron: 75% estuvieron entre los 18-30 años, 65.6% fueron mujeres, 53.1% fueron de religión católica, 56.3% tuvieron alguna ocupación, 71.9% tuvieron grado de instrucción secundaria, 81.3% fueron solteros, el 50% solo presentaron depresión como diagnóstico psiquiátrico. El intento de suicidio fue casi el doble en mujeres (43.8%) que en varones (23.9%), siendo significativo ($p < 0.05$). el sexo femenino se asoció a un $OR = 2.47$ con un $IC_{95\%} = 1.021-6.0$. A menor edad, mayor intento de suicidio, siendo de 18-30 años el 57.1%, de 31-40 años el 22.7%, de 41-50 años el 11.8% y de 51-60 años 7.7%, siendo significativo la edad ($p < 0.05$). Los pacientes solteros 45.6% presentaron intento de suicidio, así como la única persona viuda del estudio tuvo intento de suicidio, siendo significativo ($p < 0.05$). El 100% de los pacientes con trastorno límite intentaron suicidarse, así como el 71.4% de los pacientes diagnosticados con TOC, 66.7% de pacientes con el diagnóstico de trastorno de la conducta y 50% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, encontrándose diferencia significativa ($p < 0.05$).

Conclusión: las características sociodemográficas de los pacientes con intento de suicidio la mayoría fue de sexo femenino con 65.6%, el grupo etario más frecuente fue el de 18-30 años con 75%, el 53.1% fue de religión católica, el 56.3% tuvieron alguna ocupación, el grado de instrucción que predominó fue la secundaria con 71.9%, el 81.3% fueron solteros y el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue solo depresión con 50%. El sexo, la edad, el estado civil y el diagnóstico psiquiátrico previo tienen relación con el intento de suicidio.

PALBRAS CLAVE: Factores de riesgo, Intento de suicidio.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with attempted suicide in patients with depression in the outpatient clinic of the psychiatry service at the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, in the month of February 2019.

Methods: An observational, cross-sectional, prospective study was conducted, associative. Where 122 surveys were applied, of which 94 met the selection criteria, which were divided into two groups; patients with attempted suicide and patients without attempted suicide. For the comparison of categorical variables, the Chi square test, student t test for quantitative variables was used and a bivariate association was made with the calculation of the odds ratio with 95% confidence intervals. **Results:** Of the 94 patients evaluated, 48.9% were male and 51.1% were female, with ages between 18-30 years in 44.7% of the total participants, the frequency of attempted suicide was 34 %, on the other hand, the sociodemographic characteristics of the patients with attempted suicide were: 75% were between 18-30 years, 65.6% were women, 53.1% were of Catholic religion, 56.3% had some occupation, 71.9% had a degree of secondary education, 81.3% were single, 50% only had depression as a psychiatric diagnosis. The suicide attempt was almost double in women (43.8%) than in men (23.9%), being significant ($p < 0.05$). female sex was associated with an OR = 2.47 with an IC95% = 1.021-6.0. At a younger age, a greater suicide attempt, being 18.1 years old, 57.1%, 31-40 years old 22.7%, 41-50 years old 11.8% and 51-60 years 7.7%, with age being significant ($p < 0.05$). Single patients 45.6% had attempted suicide, as well as the only widow in the study had attempted suicide, being significant ($p < 0.05$). 100% of patients with borderline disorder attempted suicide, as well as 71.4% of patients diagnosed with OCD, 66.7% of patients with a diagnosis of conduct disorder and 50% of patients diagnosed with schizophrenia, finding significant difference ($p < 0.05$).

Conclusion: the sociodemographic characteristics of the patients with attempted suicide were mostly female with 65.6%, the most frequent age group was 18-30 years with 75%, 53.1% was Catholic, 56.3% had some occupation, the degree of instruction that predominated was secondary with 71.9%, 81.3% were single and the most frequent psychiatric diagnosis was

only depression with 50%. Sex, age, marital status and previous psychiatric diagnosis are related to the suicide attempt.

KEY WORDS: Risk factors, Attempt of suicide.

INTRODUCCION

Se observa que en los últimos años los intentos de suicidio se han incrementado en nuestra población, es así que en el servicio de emergencia del hospital Honorio Delgado Espinosa se observa a diario a pacientes que presentan este problema; y no solo una vez sino en múltiples oportunidades.

Para el director del complejo hospitalario Moisés Heresi, José Alvarado Aco; quien refirió para el diario la Republica, que el suicidio es una amenaza de salud pública en Arequipa. Muestra de ello, las últimas muertes por autoeliminación que ocurrieron en Arequipa. Solo un dato desde 2014, en el puente Chilina, 17 personas se lanzaron desde sus alturas por voluntad propia. (1)

Pero esa no es la única estadística que debe considerarse. También los intentos de suicidio, pacientes salvados en los hospitales de la ciudad. En dichos establecimientos se atiende un promedio de un enfermo por día. En la mayoría de casos se salvan. ¿Pero, a qué responde ese deseo tanático de quitarse la vida? (1)

Para José Alvarado, la respuesta es el abandono de las políticas públicas para atender la salud mental de la gente, no solo en la región Arequipa, sino en todo el país.

"En los últimos 5 a 6 años recién se está dando importancia a la salud mental. Antes solo se destinaba el 0.3% del presupuesto del sector Salud. Hubo incremento, pero no es suficiente. Se ha postergado tanto que estos son los resultados", dijo.

Según el especialista a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 12 a 23 años. (1)

La OMS estima que; Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. (2)

El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (2)

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral. (2)

El mayor número de casos suele presentarse, como es obvio, en el servicio de urgencias. No existe coincidencia significativa entre la gravedad médica del intento y el riesgo vital a que se expone quien lo ejecuta. Por ejemplo, un acto autolesivo interpretado como breve producto de impulsividad emotiva, con pocas consecuencias inmediatas, puede tener consecuencias médicas de mucha trascendencia. De la misma manera, un intento de alta intencionalidad premeditada puede presentarse, como ingestión de una sustancia de baja toxicidad, por mala información del paciente. (3)

ANTECEDENTES:

En el 2014, Viza Quispe Jounet H. en el trabajo realizado “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013”, la población con la que se trabajó fue de 80 historias clínicas donde se encontró que el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital III Goyeneche es el trastorno adaptativo con un 57.5%. Identificando las características de los pacientes con intento de suicidio se encontró que la mayoría fueron del sexo femenino con el 70%, la edad más frecuente fue la de 18 a 29 años con 50%; un 12.5% presentó intento de suicidio previo. Por otro lado, se observaron las siguientes

características sociodemográficas: la mayoría de estos pacientes con intento de suicidio tuvieron como grado de instrucción secundaria con un 63.8%, de ocupación estudiante con un 38.8%, gran porcentaje, el 60% fueron solteros y pertenecían a la religión católica con un 91.3%. (4)

En el año 2016, Frida Sabina Velásquez Chambi, realizó la tesis titulada: Patologías Psiquiátricas en relación al Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre los años 2010 al 2015. De 292 casos; en cuanto a las patologías psiquiátricas de los adolescentes hospitalizados del total de admisiones el 41,44% fueron por trastornos de adaptación, 15,41% por trastornos depresivos, y 11,64% por espectro esquizofrénico entre otros. La frecuencia del intento de suicidio en los adolescentes hospitalizados fue del 73,29% de admisiones (n = 214); de ellas, el 72,90% de casos fueron mujeres y 27,10% varones. En relación a los trastornos psiquiátricos y el Intento de suicidio actual, se encontró diferencias significativas ($p < 0,05$), con un predominio de trastornos de adaptación en el IDS actual (54,67% comparado con 51,3%); la proporción de trastornos depresivos fue similar entre ambos grupos (15,89% en IDS, 14,10% en otros casos). (5)

En el 2010, la Dra. Ruth Guadalupe Quintanilla De Ramírez, en el trabajo realizado: Factores Asociados a la Conducta Suicida en Pacientes Depresivos del Servicio de Observación del Hospital Nacional Psiquiátrico de Enero - junio 2010. Se encontró de 59 pacientes; las dos terceras partes del estudio eran mujeres, la edad más frecuente los extremos de la vida, en el estado civil hubo predominio en solteros con 35 de los 59 casos. La ideación y el intento suicida son los tipos más frecuentes que se presentaron en el estudio. El trastorno dependiente de la personalidad es el que se presentó en la mayoría de los casos. (6)

En Colombia, en 2014 se reportaron 4,33 casos por 100.000 habitantes, siendo los grupos etarios de 20 a 24 y de 70 a 74 años los de mayores tasas (6,50) a nivel nacional. El grupo con más casos es el de hombres

entre 20 y 29 años seguido por el de mujeres entre 15 y 17 años. Algunos factores psicosociales asociados al suicidio son duelos, dificultades familiares o de pareja, desempleo, jubilación, divorcio o viudez, diagnósticos de enfermedades graves, trastorno mental, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol. (7)

En un estudio realizado por Baca y Aroca (2014) se encontró que el riesgo de suicidio fue mayor en pacientes con depresión (OR=3.4; IC 95%=1.8-4.8) y con comorbilidad ansiedad-depresión (OR=4.3; IC 95%=2.4-7.8) a diferencia de los pacientes no diagnosticados con éstos. Los pacientes que no tenían hijos presentaron un riesgo de intentos de suicidio mayor respecto a quienes sí los tenían (OR=3.8; IC 95%=2.3-6.2). La edad del paciente menor de 35 años y la historia familiar de conducta suicida incrementó el riesgo de intento de suicidio (OR=2.2; IC 95%=1.1-4.5). (8)

En el 2013, Torralbas Blázquez Mario, et al; en un estudio: “Conducta suicida en pacientes con trastornos mentales descendientes de familias consanguíneas”, donde se realizó un estudio de caso control en 12 áreas de salud de la provincia (Cuba). Como universo, se escogieron 2 218 pacientes descendientes de familias consanguíneas atendidas en 2012. predominó la conducta suicida en pacientes con retraso mental descendientes de familias consanguíneas, que representaron el 8,8% de 196 casos encontrados, seguido por los enfermos con trastorno bipolar en el 3,6% y por los afectados con esquizofrenia para el 3,2%. Se realizó el cálculo para tasa ajustada de suicidio de la provincia sobre base la de una población tipo de 1981, se obtuvo el 11,7%, por debajo de la tasa de suicidio de 2012 (15,4%). (9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a intento de suicidio en pacientes con depresión de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019?

Objetivo general:

Determinar los factores asociados a intento de suicidio en pacientes con depresión de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019.

Objetivos específicos:

- a) Describir las características sociodemográficas de los pacientes con intento de suicidio de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019.
- b) Determinar la relación entre las características sociodemográficas de los pacientes con intento de suicidio de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019.
- c) Determinar la relación entre los trastornos mentales e intento de suicidio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

A. TRASTORNO DEPRESIVO:

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.

El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar. (10)

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3% a 5%) y tan comunes en la consulta médica (12,2% al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que las sufren. Más aún, según Watts solo un 0,2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica. (10)

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (11)

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (11)

B. EPISODIO DEPRESIVO:

El enfermo sufre un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lo lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y ser inútil.
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

Los episodios depresivos se clasifican en leve, moderados y graves. Para el diagnóstico de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Los episodios depresivos graves se clasifican con o sin síntomas psicóticos y con y sin ideación suicida. (12)

C. CONDUCTA SUICIDA:

La conducta suicida se define como todo comportamiento de auto-agresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. (13)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE - de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la

presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico. (14)

La ideación suicida: “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas”. (14)

El plan suicida: Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento. (14)

El intento de suicidio: El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método”. (14)

El suicidio: Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias. (14)

La atención de una persona con conducta suicida con lleva poner a prueba todas las habilidades y destrezas diagnósticas y terapéuticas del personal médico del primer nivel de atención que sigue el caso. Es importante desarrollar un proceso sistemático y

ordenado tanto en la anamnesis como en el plan terapéutico que se trace. (13)

Los pasos a seguir son los siguientes:

- Determinar cuál es el riesgo de suicidio de la persona.
- Establecer una alianza terapéutica
- Evitar nuevas conductas autoagresivas
- Definir plan de tratamiento a corto y largo plazo.
- Educación a la familia

D. INTENTO DE SUICIDIO:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingestión de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”. (3)

Criterios operativos de un suicidio: (3)

- a. Un acto con resultado letal.
- b. Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- c. El sujeto sabe o espera el resultado letal.
- d. Busca la muerte como instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y/o en el medio social.

E. EPIDEMIOLOGIA:

En el mayor estudio realizado hasta la fecha en Estados Unidos (llamado ECA) sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la comunidad general, de 18.000 sujetos mayores de 18 años, el 2,9% reportó que había intentado suicidarse en algún momento de su vida. Todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica. Otros factores de riesgo identificados fueron el género femenino, el ser separados, divorciados o viudo y el nivel socioeconómico bajo. (3,15)

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años de edad en toda Latinoamérica y Estados Unidos, reportándose que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes.

Las estadísticas actuales, recogidas durante los dos últimos siglos, indican que son más los adolescentes que las adolescentes quienes se suicidan (en una proporción de 3 a 1) y que los intentos de suicidio son más frecuentes entre las hembras que en los varones (3 a 1), ya que por lo general utilizan medios de menor potencialidad.

Entre los adolescentes que intentan suicidarse, se han distinguido dos subtipos. El primero se caracteriza por circunstancias problemáticas (abuso de sustancias, bajo bienestar psicológico), lo que parece tener interés clínico y preventivo dado su alto riesgo de repetición. El segundo grupo parece tener un nivel de funcionamiento satisfactorio. (6)

El suicidio es un problema importante de salud pública. En el año 2000, se presentaron 10 muertes por suicidio por cada 100.000 personas. Cada día, más de 1.500 americanos presentan intento de suicidio, aproximadamente 86 de estos lo cometen.

Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género.

La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvo otro intento en el curso del año siguiente. (3)

Entre la población hispana, los hombres mayores de 65 años se suicidan, pero los hispanos más jóvenes también están en riesgo. En Estados Unidos, los suicidios cometidos en hispanos representan 26% de toda la población americana. Entre los hombres hispanos que se suicidaron, 48% lo hizo con armas de fuego, seguido de sofocación en 35% y envenenamiento en 7%. Los factores que posiblemente contribuyen incluyen el abuso de sustancias, disfunción familiar y

estrato socioeconómico bajo. Se requieren más estudios para determinar si el riesgo suicida en este grupo cultural está influido por ciertos factores de riesgo específicos como las barreras culturales o enfermedad mental, o por factores protectores como las creencias religiosas o el apoyo familiar. (15)

En Colombia, en el periodo de 2003 a 2006, el suicidio representó el 6% de las muertes violentas y durante 2006, el 6,4% de acuerdo con los informes

del Instituto de Medicina Legal; porcentajes que en cifras corresponden a 1.938 casos en 2003, 1.817 casos en 2004, 1.786 casos en 2005 y 1.751 casos en 2006. (3,15,16)

F. ETAPAS DEL PROCESO SUICIDA:

- I. Fase ideática: el individuo tiene la idea que aparece y desaparece, como una ocurrencia. Siguen apareciendo vivencias que motivan la aparición de la idea. La toma en consideración, es una mera expresión emocional. (17)
- II. Fase deliberativa: analiza los pro y los contra de esa idea. Comienza a considerar la idea. Esta fase puede durar días, meses o años. Lo habitual es de semanas a meses. La idea comienza a tener forma y sentido, y el suicidarse, que hasta ese momento era una ocurrencia por el estado emocional, se hace más visible. (17)
- III. Fase decisiva: el sujeto toma la decisión de suicidarse. Ha evaluado todo y llega a la conclusión «yo me quiero suicidar». Esto sucede luego del curso de la deliberación, por eso el tiempo de decisión no es en segundos. Luego de la toma de decisión de suicidarse entra en un período de calma, porque estas tres fases son de mucha angustia y dolor. El sujeto sufre mucha angustia hasta que llega a la decisión y llegado a ella se tranquiliza. (17)
- IV. Fase dilatoria: corresponde al período de calma, cuando se tranquiliza, ya sabe lo que va a hacer. Esta fase es de duración

variable, habiendo hechos que lo adelantan a la siguiente fase.
(17)

- V. Fase operativa: a ésta corresponde toda maniobra que hace el sujeto para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo que hace al acto suicida, desde prever qué va a hacer con sus bienes (escribe un testamento, saca un seguro de vida, arregla los aspectos laborales con toda discreción), el aprovisionarse de los elementos necesarios para la muerte programada, o la elaboración de las estrategias para evitar que se descubra su decisión de suicidio, a fin de la no intervención o interrupción del acto. (17)
- VI. Fase ejecutiva: ejecuta la acción concreta. (17)

G. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

- Sexo. La tasa de suicidios consumados es unas 3 veces más alta en varones que en mujeres en todos los grupos de edad. La proporción se invierte al considerar los intentos autolíticos. Esto se debe a que los varones suelen emplear en general métodos más violentos y letales (precipitación, armas de fuego) mientras que las mujeres escogen preferentemente la intoxicación medicamentosa. (16)
- Edad. La tasa de suicidio consumado se incrementa con la edad, mientras que la de tentativa suicida decrece. En números absolutos, el grupo de edad con más número de suicidios, en ambos sexos, se sitúa entre los 35 y 44 años. (16)
- Estado civil. Los separados-divorciados son los que presentan una mayor tasa de suicidios, seguidos de los viudos, de los solteros, y con la menor tasa, los casados. El matrimonio, especialmente si se tiene hijos actúa como factor protector. (16)
- Medio. El medio urbano se asocia a un mayor riesgo suicida, tanto más cuanto más habitantes tenga la ciudad. (16)
- Situación laboral. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en población

desempleada. Considerando el nivel socioeconómico, la mayor frecuencia de suicidio se produce en los dos extremos de la escala social. (16)

- Acontecimientos vitales. En los seis meses previos a la tentativa suicida es frecuente encontrar algún tipo de acontecimiento vital estresante. Entre los ancianos se observa con mayor frecuencia la existencia de enfermedades somáticas o jubilación, y entre los jóvenes la problemática económica, la separación y los problemas interpersonales. (16)
- Enfermedades médicas. Mayor riesgo suicida en pacientes médicos afectados de enfermedades que cursan con dolor, alteración de la imagen corporal, de evolución crónica e incapacitantes. (16)
 - Cáncer: Existen indicaciones de que una enfermedad terminal como el cáncer se asocia con aumento en las tasas de suicidio. El riesgo es mayor en hombres, después de realizar el diagnóstico de cáncer (dentro de los primeros cinco años), o cuando el paciente es sometido a quimioterapia. (3,16)
 - VIH/Sida: El estigma, el mal pronóstico y la naturaleza de la enfermedad aumentan el riesgo de suicidio. Al momento del diagnóstico, cuando la persona no ha tenido orientación después de la prueba, el riesgo de suicidio es aún mayor. (3,16)
- Trastornos psiquiátricos. Se estima que cerca del 90% de los pacientes que realizan una tentativa suicida padecen un trastorno psiquiátrico mayor. (16)
 - Trastornos afectivos. Cerca del 15% de los pacientes con trastornos afectivos terminan por suicidarse. El mayor riesgo se da en depresiones psicóticas y bipolares. Mayor letalidad si se combina con otra alteración psiquiátrica (Trastorno límite o antisocial, abuso de sustancias).
 - Alcoholismo y abuso de sustancias. En este grupo se da una incidencia de suicidio del 15%.

Entre los mecanismos se encuentran la disminución del juicio, cambios del estado de ánimo, aumento de impulsividad y exacerbación de psicopatología preexistente.

- Esquizofrenia. Cerca del 10% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan. Es más frecuente en varones, en los primeros años de la enfermedad, pocas semanas después del alta hospitalaria y en pacientes con un nivel sociocultural alto.

- Trastornos de Personalidad. Existe una interrelación entre los Trastornos de Personalidad y la conducta suicida, especialmente entre los trastornos antisocial y límite. Más frecuentemente conductas suicidas no fatales que suicidios consumados. (6,16)

VARIABLES	
Edad	Tasa de suicidio. Entre los 15 y 35 años y los mayores de 75 años. especial atención a los pacientes a los mayores de 60 años, pues presentan mayor letalidad. En adolescentes averiguar exhaustivamente el antecedente de intentos de suicidio en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto "contagio" imitativo. Se han descrito formas epidémicas
Género	Más hombres que mujeres se suicidan, pero más mujeres intentan suicidarse
Estado civil	Se ha observado mayor frecuencia de consumación en pacientes divorciados, viudos y solteros. Las personas que viven solas o están separadas son más vulnerables.
Familiares con quien vive	Permite conocer la disponibilidad de compañía que tiene el paciente, la ausencia de seres especialmente significativos y sobre quien va cuidar al paciente en caso que se decida un tratamiento ambulatorio o una hospitalización breve.
Alcohol y sustancias	Su presencia incrementa muy significativamente el riesgo
Pérdidas significativas en los últimos seis meses	Los procesos de adaptación a las pérdidas (duelos) suelen acompañarse de estados de ánimo bajo; sentimientos de fatalidad y desesperanza también pueden empeorar algunos cuadros psiquiátricos
Antecedente de suicidio	La repetición de la conducta autolesiva, independientemente del tiempo entre dos episodios empeora la posibilidad letal. La presencia de antecedente familiar de suicidio es un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente en lo referente al cuidado posterior a la solución de la urgencia médica que se dé al paciente
Diagnóstico	Los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor especialmente si forma parte de un trastorno bipolar-psicosis maniaco depresivo) causan la mayor parte de los suicidios. La esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Trastornos de la personalidad (antisocial y límite, con rasgos de impulsividad, agresión, y frecuentes cambios de humor). Trastorno mental orgánico. Algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (Esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington) o algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinfligida
Ocupación	Médicos veterinarios, farmacéuticos, químicos y granjeros tienen tasas de suicidio por encima del promedio.
Desempleo	Se ha encontrado que la pérdida de trabajo, en vez del estatus de la persona desempleada, está asociada con el suicidio.
Migración	Las personas que se han mudado de un área rural a una urbana o una región o país diferente son más vulnerables al comportamiento suicida.
Factores ambientales	La mayoría de los que cometen suicidio ha experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos, como problemas interpersonales, pérdidas, problemas familiares, financieros, etc.

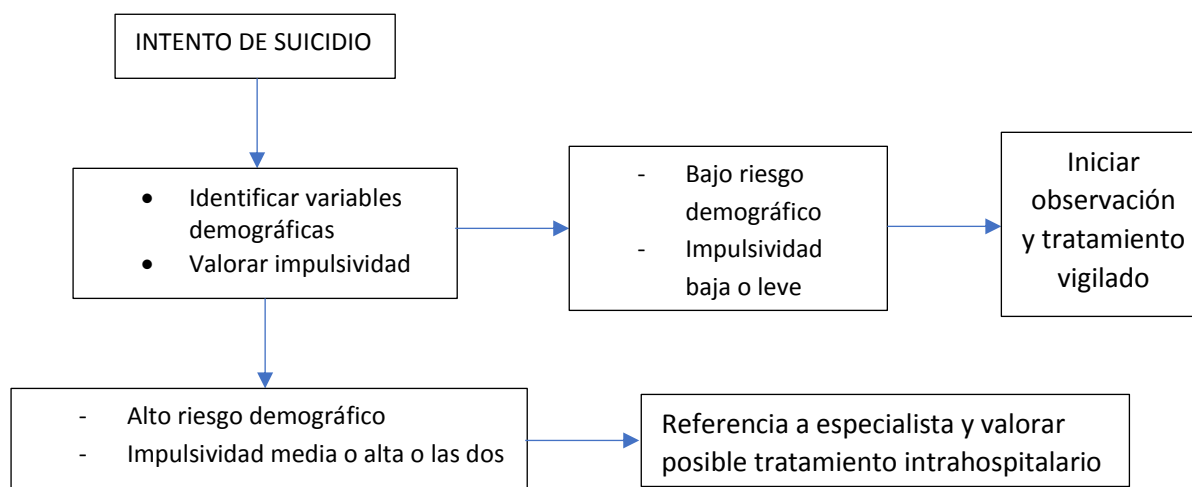
H. PREVENCIÓN:

La tabla 1 resume los pasos principales para la valoración y el manejo de pacientes cuando el médico sospecha o identifica un riesgo de suicidio. (3,18,19)

Riesgo de suicidio	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay riesgo		
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades, identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades, identificar apoyo
5	Ideas suicidas y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar

Tomada de la Organización Mundial de la Salud. Percepción de suicidio. Un instrumento para medico generales. Ginebra 2000

ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO



CAPITULO II: METODOLOGIA

– AMBITO Y PERIODO:

El presente estudio se realizó en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el mes de febrero del 2019.

– POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de estudio fueron los pacientes que acudieron a consultorio externo del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con diagnóstico de depresión durante el mes de febrero del presente año.

La población de estudio se dividió en dos grupos: casos: pacientes con diagnóstico de depresión que tengan intento de suicidio; controles: pacientes con diagnóstico de depresión sin intento de suicidio.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con depresión de 18 a 60 años que acudieron a consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con fichas incorrectamente llenadas.
- Pacientes que no puedan leer o escribir.

– TECNICAS Y PROCEDIMIENTO

A. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, prospectivo, asociativo sobre los factores asociados a intento de suicidio en pacientes con depresión de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019.

B. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA
DEPRESIÓN	Inventario de Depresión de Beck	0-4: depresión ausente o mínima. 5-7: depresión leve. 8-15: depresión moderada. >15: depresión grave.	Nominal
INTENTO DE SUICIDIO	Ficha de datos	Si No	Nominal
DEMOGRAFICAS			
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Fecha de nacimiento	18-30 Años 30-40 años 40-50 años 50-60 años	Intervalo
Religión	Ficha de datos	Católico Evangélico Adventista Otro	Nominal
Ocupación	Ficha de datos	Empleado Desempleado	Nominal
Nivel educativo	Ficha de datos	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ordinal

Estado civil	Ficha de datos	Soltero Casado Conviviente Separado Viudo	Nominal
Trastorno psiquiátrico previo	Diagnóstico previo	Esquizofrenia. Trastorno límite de la personalidad. Trastorno por consumo de sustancias. otros	Nominal

C. RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE DATOS:

Se coordinó con la dirección y las unidades orgánicas correspondientes para la autorización y poder así aplicar la ficha de datos; que consta de: datos sociodemográficos (anexo 1) junto con el instrumento BDI (anexo 2) a los pacientes de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019.

Instrumento: (anexo 2)

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Descripción:

El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.

Existen varias versiones de diferente extensión:

Una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros como dolores de cabeza y apetito.

Una versión más breve de 13 ítems.

El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Usereos.

En la versión abreviada (13 ítems) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2, y la cuarta vale 3 puntos.

Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.

En la versión de 13 ítems los puntos de corte propuestos son:

- 0-4: Depresión ausente o mínima.
- 5-7: Depresión leve.
- 8-15: Depresión moderada.
- 15: Depresión grave.

D. PROCESO DE DATOS:

La información que se obtuvo de las fichas de datos fue tabulada en una base de datos creada en el programa SPSS v.22 para su análisis correspondiente.

E. ANALISIS ESTADISTICO:

La descripción de las variables categóricas se presentó en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las comparaciones de variables categóricas se usó la prueba del Chi cuadrado, t de student para muestras relacionadas en caso de que se consideren variables cuantitativas.

La asociación bivariada se hizo con el cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%.

F. ASPECTOS ETICOS:

Se pidió la autorización al Director y al jefe del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, así como el consentimiento de las personas que desearon participar en el estudio (anexo 3).

Además, se hizo uso reservados de los datos obtenidos.

CAPITULO III: RESULTADOS

FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019

TABLA 1

Características generales de la población de estudio según edad y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18-30	23	24.50%	19	20.20%	42	44.70%
31-40	11	11.70%	11	11.70%	22	23.40%
41-50	9	9.60%	8	8.50%	17	18.10%
51-60	3	3.20%	10	10.60%	13	13.80%
TOTAL	46	48.90%	48	51.10%	94	100%

Edad promedio +/- D. estándar (mín-máx)

- Masculino: 32.33 +/- 10.81 (18-55 años)
- Femenino: 36.75 +/- 13 .06 años (18-60 años)

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 2

**Pacientes con depresión e intento de suicidio en pacientes de consultorio
externo**

Intento de suicidio	N°	%
Si	32	34.0%
No	62	66.0%
Total	94	100.0

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 3

**Distribución de pacientes con depresión e intento de suicidio evaluados
según: edad, sexo y religión**

Edad	N°	%
18-30 años	24	75.0%
31-40 años	5	15.6%
41-50 años	2	6.3%
51-60 años	1	3.1
Total	32	100.0%
Sexo	N°	%
Masculino	11	34.4%
Femenino	21	65.6%
Total	32	100.0%
Religión	N°	%
Católico	17	53.1%
Evangélico	3	9.4%
Adventista	3	9.4%
Mormón	2	6.3%
Ninguna	7	21.9%
Total	32	100.0%

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 4

**Distribución de pacientes con depresión e intento de suicidio evaluados
según: ocupación, grado de instrucción, estado civil y diagnostico
psiquiátrico**

ocupación	N°	%
empleado	18	56.3%
desempleado	14	43.8%
Total	32	100.0%
Grado de instrucción	N°	%
Primaria	1	3.1%
Secundaria	23	71.9%
Superior	8	25.0%
Total	32	100.0%
Estado civil	N°	%
Soltero	26	81.3%
Casado	3	9.4%
Conviviente	2	6.3%
Viudo	1	3.1%
Total	32	100.0%
diagnostico psiquiátrico	N°	%
Solo depresión	16	50.0%
Esquizofrenia	4	12.5%
Trastorno limite	5	15.6%
Trastorno de la conducta	2	6.3%
TOC	5	15.6%
Total	94	100.0%

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 5

Distribución de pacientes por grado de depresión

Depresión	N°	%
Leve	36	38.3%
Moderada	33	35.1%
Grave	25	26.6%
Total	94	100.0

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 6

Influencia del sexo en pacientes con depresión e intento de suicidio

sexo	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
Femenino	21	43.8%	27	56.3%
Masculino	11	23.9%	35	76.1%

Chi²:4.11 (p): 0.042

OR: 2.47 IC 95%: 1.021- 6.00

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 7

Influencia de edad en pacientes con depresión e intento de suicidio

Edad (años)	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
18-30 años	24	57.1%	18	42.9%
31-40 años	5	22.7%	17	77.3%
41-50	2	11.8%	15	88.2%
51-60 años	1	7.7%	12	92.3%%

t-student: 4.25 gl: 90 (p): 0.000

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 8

Influencia de religión en pacientes con depresión e intento de suicidio

Religión	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
Católico	17	27.0%	46	73.0%
Evangélico	3	33.3%	6	66.7%
Adventista	3	50.0%	3	50.0%
Mormón	2	50.0%	2	50.0%
Ninguna	7	58.3%	5	41.7%

Chi² :5.68 (p): 0.224

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 9

Influencia de ocupación en pacientes con depresión e intento de suicidio

Ocupación	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
Empleado	18	28.6%	45	71.4%
Desempleado	14	45.2%	17	54.8%

Chi²: 2.54 (p): 0.111

OR: 0.48 IC 95%: 0.199-1.187

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 10

**Influencia de grado de instrucción en pacientes con depresión e intento
de suicidio**

Grado de instrucción	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
Primaria	1	33.3%	2	66.7%
Secundaria	23	42.6%	31	57.4%
Superior	8	21.6%	29	78.4%

Chi²: 4.301 (p): 0.116

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 11

Influencia de estado civil en pacientes con depresión e intento de suicidio

Estado civil	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
Soltero(a)	26	45.6%	31	54.4%
Casado(a)	3	10.0%	27	90.0%
Conviviente	2	33.3%	4	66.7%
Viudo(a)	1	100.0%	0	0%

Chi²: 13.061 (p): 0.005

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON
DEPRESION DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019**

Tabla 12

**Influencia de diagnóstico psiquiátrico previo en pacientes con depresión
e intento de suicidio**

Diagnostico psiquiátrico	Intento de suicidio			
	si		no	
	N°: 32	%	N°: 62	%
Solo depresión	16	23.2%	53	76.8%
Esquizofrenia	4	50.0%	4	50.0%
Trastorno Paranoide	0	0.0%	2	100.0%
Trastorno limite	5	100.0%	0	0.0%
Trastorno de la conducta	2	66.7%	1	33.3%
TOC	5	71.4%	2	28.6%

Chi² : 21.027 (p): 0.001

CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó la presente investigación con el propósito de establecer los factores asociados a intento de suicidio en pacientes con depresión de consultorio externo del servicio de psiquiatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de febrero del 2019. Se realizó el presente estudio debido a que se observa que en los últimos años el intento de suicidio se ha incrementado en nuestra población.

Al realizar el estudio se aplicaron 122 encuestas de las cuales 94 cumplieron los criterios de selección, que se dividieron en dos grupos; pacientes con intento de suicidio y pacientes sin intento de suicidio. Para la comparación de variables categóricas se usó la prueba de Chi cuadrado, t de student para muestras relacionadas en caso de que se consideraron variables cuantitativas y se realizó asociación bivariada con el cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%.

En la **tabla 1** muestra la distribución de todos los pacientes encuestados que cumplieron los criterios de selección con depresión según edad y sexo. De los 94 pacientes evaluados el 48.9% fueron de sexo masculino y el 51.1% fueron de sexo femenino, con edades que estuvieron entre los 18-30 años en 44.7% del total de participantes. La edad promedio de los varones fue 32.3 +/-10.8 años y para las mujeres de 36.7 +/-13 años.

En la **tabla 2** nos muestra nuestro grupo de estudio, se puede ver los pacientes que presentaron intento de suicidio en un 34%; que fueron nuestros casos y los que no presentaron intento de suicidio en un 66%; que fueron nuestros controles.

En la **tabla 3** muestra la distribución de pacientes con depresión e intento de suicidio según edad, con 75% los pacientes de 18-30 años, seguidos de 31-40 años. Similar a lo encontrado por Viza Quispe Jounet H. en el trabajo realizado "Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de

Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013”, donde la edad más frecuente fue la de 18 a 29 años con 50% (4). por Ramírez L. et en “Comportamiento del suicidio” en 2014, donde el grupo de más casos es de 20-29 años (7).

En cuanto a la distribución de los pacientes con depresión e intento de suicidio según sexo, con mayor frecuencia el sexo femenino con 65.6% comparado del sexo masculino en 34.4%. Similar a lo encontrado por Viza Quispe Jounet en su investigación realizada “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013” Arequipa en el año 2014 donde encontró que la mayoría fueron del sexo femenino con el 70% (4). Así mismo a lo que encontró Frida Sabina Velásquez Chambi en su tesis titulada: Patologías Psiquiátricas en relación al Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre los años 2010 al 2015, donde encontró que el 72,9% de casos fueron mujeres (5). Como lo que encontró Ruth Guadalupe Quintanilla De Ramírez, en el trabajo realizado: Factores Asociados a la Conducta Suicida en Pacientes Depresivos del Servicio de Observación del Hospital Nacional Psiquiátrico de Enero - junio 2010, refiere que las dos terceras partes del estudio eran mujeres 75% (6).

En cuanto a la distribución de los pacientes con depresión e intento de suicidio según religión, predominó la religión católica con un 53.1% seguido de ninguna religión con 21.9%, luego de la religión evangélica y adventista ambas con 9.4%. similar a lo encontrado por Viza Quispe Jounet H. en el trabajo realizado “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013”, donde 91.3% pertenecían a la religión católica (4).

En la **tabla 4** nos muestra la distribución de los pacientes con depresión e intento de suicidio según ocupación, siendo más frecuentes los pacientes con empleo con 56.3% y sin empleo 43.8%. Resultados similares obtuvieron Viza Quispe Jounet en su investigación realizada “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013” Arequipa en

el año 2014 donde encontró que la frecuencia de pacientes con ocupación fue 73.7% y la frecuencia de pacientes desocupados fue 26.3% (4).

En cuanto a la distribución de los pacientes con depresión e intento de suicidio según grado de instrucción, la mayor frecuencia fueron los pacientes con grado de instrucción de secundaria en 71.9% seguidos de grado superior en 25%. Similar a lo encontrado por Viza Quispe Jounet en su investigación realizada “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013” Arequipa en el año 2014, donde refiere que la mayoría de estos pacientes con intento de suicidio tuvieron como grado de instrucción secundaria con un 63.8% (4).

En cuanto a la distribución de los pacientes con depresión e intento de suicidio según estado civil, tuvieron mayor frecuencia los pacientes solteros en un 81.3%, y con menor frecuencia los pacientes casados, convivientes y viudos con 9.4%, 6.3% y 3.1% respectivamente. Similar a lo encontrado por Viza Quispe Jounet en su investigación realizada “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013” encontrando en su población con intento de suicidio el 60% fueron solteros (4). Al igual que Ruth Guadalupe Quintanilla De Ramírez, en el trabajo realizado: Factores Asociados a la Conducta Suicida en Pacientes Depresivos del Servicio de Observación del Hospital Nacional Psiquiátrico de Enero - junio 2010, donde el estado civil que predominó fueron los solteros (6).

En cuanto a la distribución de los pacientes con depresión e intento de suicidio según diagnóstico psiquiátrico previo, solo con diagnóstico de depresión 50% seguido de trastorno límite y TOC ambos con 15.6%, y esquizofrenia con frecuencia de 12.5%. Contrastado con lo encontrado por Viza Quispe Jounet en su investigación realizada “Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013”, donde el trastorno adaptativo fue el más frecuente con un 57.5%. así como el trabajo de Frida Sabina Velásquez Chambi quien realizó la tesis titulada: Patologías Psiquiátricas en relación al Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre los años 2010 al

2015, donde encontró que el 41,44% fueron por trastornos de adaptación, 15,41% por trastornos depresivos, y 11,64% por espectro esquizofrénico entre otros (5).

En la **tabla 5** nos muestra la distribución de los pacientes evaluados según grado de depresión: donde con depresión leve tuvo una frecuencia de 38.3%, seguido de depresión moderada con 35.1% y depresión grave con 26.6%.

En la **tabla 6** muestra la influencia del sexo en los pacientes con depresión e intento de suicidio, el intento de suicidio fue casi el doble en mujeres (43.8%) que en varones (23.9%), siendo significativo ($p < 0.05$). el sexo femenino se asoció a un $OR = 2.47$ con un $IC95\% = 1.021-6.0$. En similitud con Flórez F. en Conducta Suicida, Bogotá en el 2002, que refiere que el sexo femenino es tres veces mas que el masculino en cuanto a intentos autolíticos.

Esto se debería a que las mujeres son más susceptibles a los problemas, generando en ellas la ideación suicida hasta que al final llegan a la fase operativa del suicidio.

En la **tabla 7** muestra la influencia de la edad en los pacientes con depresión e intento de suicidio, donde se aprecia que a menor edad mayor intento de suicidio se presenta siendo de 18-30 años el 57.1%, de 31-40 años el 22.7%, de 41-50 años el 11.8% y de 51-60 años 7.7%, siendo significativo la edad ($p < 0.05$). Concordaría con lo estimado por con Flórez F. en Conducta Suicida, donde indica que la edad es un factor de riesgo para la tentativa suicida (16),

Esto se explicaría porque para la mayoría de pacientes más jóvenes al presentárseles algún problema no encuentran muchas soluciones para poder resolverlo y es así que optarían esta manera para poder solucionarlo.

En la **tabla 8** muestra influencia de la religión en los pacientes con depresión e intento de suicidio, mostrando que los pacientes sin ninguna

religión son más frecuentes al intento de suicidio con un 58.3% seguido de la religión adventista y la religión mormona ambas con 50%. Donde no hay diferencia significativa ($p \geq 0.05$). No se encontró algún estudio donde indique la relación de intento de suicidio con la religión del paciente.

En la **tabla 9** muestra la influencia de la ocupación en los pacientes con depresión e intento de suicidio, donde se observa que 45.2% fueron desempleados y presentaron intento de suicidio comparado con 54.8% que no presentaron intento de suicidio, donde tampoco hubo diferencia significativa ($p > 0.05$). Contrastando con Flórez F. en Conducta Suicida, donde nos indica que los intentos de suicidio son más frecuentes en población desempleada (16).

En la **tabla 10** muestra la influencia del grado de instrucción en los pacientes con depresión e intento de suicidio, siendo los pacientes con grado de instrucción de secundaria la mayor frecuencia con 42.6% que tuvieron intento de suicidio comparado a los 57.4% que no presentaron intento de suicidio seguido de primaria con 33.3% que presentaron intento de suicidio. No siendo significativo ($p > 0.05$).

En la **tabla 11** muestra la influencia del estado civil en pacientes con depresión e intento de suicidio, observándose que los pacientes solteros en un 45.6% presentaron intento de suicidio, así como la única persona viuda del estudio tuvo intento de suicidio. Donde sí hubo diferencia significativa ($p < 0.05$). Lo que se asemeja con lo encontrado por Ramírez L. et en "Comportamiento del suicidio" en 2014 donde nos indica que el estado civil está asociados al intento de suicidio (7). Así como Flórez F. en Conducta Suicida, donde indica que el estado civil está asociada al intento de suicidio (16).

Se podría explicar esto porque las personas al encontrarse solas, sin compañía podrían tener mayor oportunidad para decidir este lamentable hecho.

En la **tabla 12** muestra la influencia de diagnóstico psiquiátrico previo en pacientes con depresión e intento de suicidio, donde se puede apreciar que el 100% de los pacientes con trastorno límite intentaron suicidarse en algún momento de su vida, así como el 71.4% de los pacientes diagnosticados con TOC, 66.7% de pacientes con el diagnóstico de trastorno de la conducta y 50% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Encontrándose diferencia significativa ($p < 0.05$). En similitud con el trabajo de Velásquez Chambi en el 2016 titulado: Patologías Psiquiátricas en relación al Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre los años 2010 al 2015, donde encontró que el trastorno de adaptación e intento de suicidio fue 54.6% y con diagnóstico de depresión e intento de suicidio fue de 15.86% (5). Así muestra similitud con Ramírez L. et en “Comportamiento del suicidio” en 2014 donde nos indica que los trastornos mentales están asociados al intento de suicidio (7).

Esto se puede explicar porque los diagnósticos psiquiátricos llevan a los pacientes muchas veces a tomar medidas muy radicales para solucionar sus problemas y es así que toman de forma impredecible está equivocada acción, sin notar las consecuencias que esto traería. Es así que en numerosos estudios concluyen que el riesgo de suicidio entre los pacientes psiquiátricos es mayor que entre la población en general.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- PRIMERA: se concluye que las características sociodemográficas de los pacientes con intento de suicidio la mayoría fue de sexo femenino con 65.6%, el grupo etario más frecuente fue el de 18-30 años con 75%, el 53.1% fue de religión católica, el 56.3% tuvieron alguna ocupación, el grado de instrucción que predominó fue la secundaria con 71.9% y el 81.3% fueron solteros.
- SEGUNDA: factores asociados como la edad, el sexo y el estado civil resultaron estadísticamente significativos ($p < 0.05$) para presentar intento de suicidio de forma directa.
- TERCERA: el diagnóstico psiquiátrico previo tiene relación con el intento de suicidio. Viéndose que el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue pacientes con solo depresión en un 50%.

RECOMENDACIONES

- Identificar a los pacientes que puedan presentar riesgo de intento de suicidio, pacientes que se encuentren tristes, deprimidos, solitarios; para realizar seguimiento del paciente a cargo del personal de salud y brindar apoyo psicológico a la familia y así evitar futuros reintentos de suicidio.
- Derivar a los pacientes con diagnóstico de depresión y que presentan factores de riesgo a evaluación psicológica y psiquiátrica.
- Ayudar aún más a los pacientes psiquiátricos al tratamiento oportuno y continuo que estos necesiten, ya que son más vulnerables a presentar intento de suicidio.
- Crear grupos de apoyo en centros de salud para pacientes de riesgo, y hacerles ver el valor de la vida para que así no vuelvan a incurrir al intento de suicidio.
- Educar a la familia de pacientes con riesgo para que los mantengan en constante observación.

BIBLIOGRAFIA

1. Quispe E. Diario la República. Citado el 27 abril 2018 hora 12.53. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1233769-vulnerables-suicidios>. Fecha de acceso: 10-01-2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Sitio web mundial. Suicidio. Citado el 24 de agosto 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Fecha de acceso: 10-01-19.
3. León SJ, Domínguez TM. Intento de Suicidio. Guías para manejo de urgencias. 3° edición. Tomo III. Colombia; 2009: p. 256-264. Disponible en: <https://ids.gov.co/web/2016/crue/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>. Fecha de acceso: 11-01-19
4. Viza QJ. "Trastornos Psiquiátricos en Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el Año 2013". Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa; 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4315/MDviqujh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Fecha de acceso: 13-01-19
5. Velásquez CF. Patologías Psiquiátricas en relación al Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre los años 2010 al 2015. Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3501/MDvechfs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Fecha de acceso: 14-01-19
6. Quintanilla DR. Factores Asociados a la Conducta Suicida en Pacientes Depresivos del Servicio de Observación del Hospital Nacional Psiquiátrico de enero - junio 2010. Tesis de la Escuela de Medicina Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de el Salvador; noviembre 2010. Disponible en: www.medicina.ues.edu.sv/index.php. Fecha de acceso: 13-01-19

7. Ramírez L, Naranjo C. "Comportamiento del suicidio". Colombia, 2014. En Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones a causa externa en Colombia. 2014 p. 319 – 351.
8. Baca G, Aroca F. "Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad". Salud Mental, vol. 37, México, 2014. p. 373-380. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58232671003.pdf>. Fecha de acceso: 13-01-19
9. Torralbas BM, et al; "Conducta suicida en pacientes con trastornos mentales descendientes de familias consanguíneas". México. 2013. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n3/ccm24313.pdf>. Fecha de acceso: 13-01-19.
10. Yepes RL, Palacio AC. Trastornos depresivos. En: Toro GR, Yepes RL, Palacio AC. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. 5ta edición. Colombia 2010 p. 168-186.
11. Organización Mundial de la Salud. Sitio web mundial. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>. Fecha de acceso: 22-01-19.
12. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico CIE-10, Organización Mundial para la Salud, 1992. p 151. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>. Fecha de acceso: 13-01-09.
13. Palacio AC. Conducta suicida. En: Toro GR, Yepes RL, Palacio AC. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. 5ta edición. Colombia 2010 p. 189-193.
14. Bautista BN, Cuello RC, Lopera IR. Boletín de salud mental. Conducta suicida. Colombia. No 2, julio de 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>. Fecha de acceso: 22-01-19
15. Borges G, Rosovsky H, Gómez C. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública Mex 1996; 38:197-206.

16. Flórez F. Conducta Suicida. En Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Gómez-Restrepo C. Centro Editorial Javeriana, Bogotá, 2002.
17. Yael Spiller P. Psicología y terrorismo: el terrorismo suicida. Estudio de variables que inciden en su aparición y desarrollo. Buenos Aires. 2005. Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/141_spiller.pdf. Fecha de acceso: 13-01-19
18. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio, un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria en Salud. Ginebra, 2000. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf. Fecha de acceso: 13-01-19
19. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un instrumento para Médicos Generalistas. Ginebra 2000. 1-19. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1. Fecha de acceso: 14-01-19

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de datos sociodemográficos

Nombre; _____ N° ____
Sexo: _____
Edad: _____
Religión: _____
Ocupación: _____
Nivel educativo: _____
E. civil: _____
Diagnostico psiquiátrico previo: _____
Intento de suicidio previo: SI NO

ANEXO 2

Inventario de depresión de Beck:

Instrucciones: este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea integro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

<ul style="list-style-type: none">○ No me encuentro triste.○ Me siento triste o melancólico.○ Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo.○ Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo.
<ul style="list-style-type: none">○ No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.○ Me siento desanimado respecto al futuro.○ No tengo nada que espera del futuro.○ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.
<ul style="list-style-type: none">○ No me siento fracasado.○ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.○ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos.○ Creo que como persona soy un completo fracasado
<ul style="list-style-type: none">○ No estoy particularmente descontento.○ No disfruto las cosas como antes.○ No encuentro satisfacción en nada.○ Me siento descontento en todo.
<ul style="list-style-type: none">○ No me siento particularmente culpable○ Me siento malo e indigno muchas veces.○ Me siento culpable.○ Pienso que soy muy malo e indigno.
<ul style="list-style-type: none">○ No me siento decepcionado conmigo mismo.○ Estoy decepcionado conmigo mismo.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy disgustado conmigo mismo. ○ Me odio.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No tengo pensamiento de dañarme. ○ Creo que estaría mejor muerto. ○ Tengo planes precisos para suicidarme. ○ Me mataría si tuviera ocasión.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés por los demás. ○ Estoy menos interesado en los demás que antes. ○ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos. ○ He perdido todo el interés por los demás y no me importa el absoluto.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes. ○ Trato de no tener que tomar decisiones. ○ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones. ○ Ya no puedo tomar decisiones.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo que mi aspecto haya empeorado. ○ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo. ○ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo. ○ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Puedo trabajar igual de bien que antes. ○ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar hacer algo. ○ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa. ○ No puedo realizar ningún trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No me canso mas que antes. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso por cualquier cosa. ○ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no es peor de lo normal. ○ Mi apetito no es tan bueno como antes. ○ Mi apetito es ahora mucho peor. ○ He perdido el apetito.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DEL DESARROLLO DE LA INTESTIGACION: “FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019”

YO, _____ con DNI _____,

doy mi autorización para que participe de la investigación

titulada **“FACTORES ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN**

PACIENTES CON DEPRESIÓN DE CONSULTORIO EXTERNO DEL

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO

DELGADO ESPINOZA, EN EL MES DE FEBRERO DEL 2019”

llenando las encuestas y test correspondientes, teniendo

conocimiento que dicha información será llevada con total discreción y de

forma privada.

Arequipa, _____ de Febrero del 2019.

FIRMA