Universidad de El Salvador

Unidad Central

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

Protocolo de investigación

“Determinantes de conducta suicida en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite, ingresados en El Servicio Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez en el periodo de Enero - Diciembre 2022”

Presentado por:

Doctora Rosa Elena Manzano Coppo

Para optar por el título de:

Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Asesor:

Dr. Wilson Avendaño Martell

San Salvador, Junio 2023.

Contenido

1. Resumen del proyecto: 3
2. Introducción:.....4
3. Antecedentes: 5
4. Justificación:.....6
5. Objetivos: 7
6. Marco Teórico: 8
7. Diseño metodológico:.....17
8. Operacionalización de variables: 21
9. Resultados: 23
10. Discusión: 43
11. Conclusiones: 44
12. Recomendaciones: 45
13. Referencias:.....46
14.ANEXOS:.....50

1. Resumen del proyecto:

El presente estudio pretende describir las determinantes que se asocian a conducta suicida en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” utilizando la escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida. Los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite se encuentran en una categoría de riesgo alta de cometer suicidio, de hasta un 40% respecto a la población general (1). Parece que padecer un trastorno de la personalidad es un factor que disminuye las expectativas de vida, aunque esto resulta enormemente difícil de cuantificar y es por ello que este estudio es de utilidad.

El objetivo de este estudio es describir los determinantes suicidas en esta población de paciente con el fin de poder realizar una evaluación integral del paciente suicida y consecuentemente disminuir complicaciones fatales como la perdida de una vida humana, y además la frecuencia de ingreso de los mismos y las complicaciones médicas que surgen del daño auto-infligido.

El presente estudio es de tipo correlacional, transversal y tiene la finalidad de describir cuáles son los determinantes que se asocian a conducta suicida en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite, utilizando la escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida en los mismos.

2. Introducción:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud cada año, más de un millón de personas se suicidan en el mundo, lo que representa un 1-2 % de la mortalidad global. El suicidio constituye la principal causa de muerte prematura, especialmente entre los adultos jóvenes. Es la quinta causa de pérdida de años de vida en el mundo desarrollado (2).

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social y precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

En El Salvador según reportes del instituto de medicina legal en el año 2021 se documentan 378 muertes por suicidio, siento la cifra más alta de defunciones en 3 años atribuible a una causa prevenible y para la mayor parte de estos sus determinantes permanecen desconocidos(3). Los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que acuden a consulta psiquiátrica del Hospital Nacional ¨Dr. José Molina Martínez¨ por diferentes problemas son intervenidos identificando determinantes que pueden precipitar conducta suicida y por el riesgo que esto supone, en la mayor parte de los casos, son ingresados.

Esta investigación surge debido a la necesidad de conocer los factores determinantes en la conducta suicida en esta población de El Salvador tan vulnerable al mismo para poder contribuir al bienestar de la población general.

3. Antecedentes:

Cada año se suicidan cerca de 700 000 personas. Por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. En la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.

El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos.

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en el mundo y estima que son el método de elección en alredor 20% de los casos (4).

El suicidio es un modo de muerte que es consecuencia de un patrón de comportamiento complejo, con múltiples facetas. Típicamente, se percibe como el resultado mortal de un proceso de larga duración marcado por una serie de factores interactivos culturales, sociales, situacionales, psicológicos y biológicos. El suicidio es un acto final muy personal, raro y chocante, que suele dejar indefensos a los que sobreviven.

4. Justificación:

El trastorno límite de la personalidad es una de los más estudiados en la literatura y diversas bibliografías indican que dentro del ámbito hospitalario llegan a constituir entre 20 y 40% (1). De las admisiones hospitalarias, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) lo menciona como el diagnóstico más frecuente del eje II, su epidemiologia es ampliamente debatida pero se asegura es más frecuente en mujeres (11).

Se ha observado que en esta población existe una vulnerabilidad especial, incluso hasta 5 veces mayor que la población general, de padecer una depresión unipolar, llegando este mismo a presentar tasas de suicidio de hasta un 10% y compartiendo factores de riesgo que encajan en el perfil de paciente suicida.

En el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” se observan consultas repetitivas de estos pacientes quienes presentan malestar intenso, el perfil de los pacientes es de personas dependientes y hostiles que suelen mantener relaciones conflictivas con los demás debido a su incapacidad para regular sus emociones, estos pacientes presentan dificultad para tolerar la soledad y periodos de estrés a los cuales puedan estar sometidos, presentando secundario a ello sentimientos de vacío, tristeza e inadecuación acompañados de comportamiento suicida, a la fecha los indicadores disponibles no son suficientes para calcular el riesgo asociado a conducta suicida en estos pacientes (17).

Al identificar oportunamente estos determinantes se puede prevenir el suicidio, contribuyendo no solo al bienestar del paciente sino también de sus seres queridos. Por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los determinantes de conducta suicida en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la

personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de observación psiquiatría en el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2022?

5. Objetivos:

Objetivo general:

✓ Describir los elementos que se asocian a conducta suicida en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

Objetivos específicos:

✓ Conocer las variables sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

✓ Clasificar el tipo de conducta suicida de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

- ✓ Identificar los determinantes de la conducta suicida en los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

6. Marco Teórico:

Determinantes de suicidio:

Por lo general, el suicidio no tiene una causa única. Es el punto final de un proceso individual, en el que se pueden identificar varios determinantes que interactúan o factores de riesgo. Los factores de riesgo son, según su naturaleza: culturales, sociales, situacionales, psicológicos, biológicos e incluso genéticos.

El suicidio ocupa el octavo lugar como causa de muerte en Estados Unidos, donde cada año se registran 30.000 suicidios consumados y 650.000 intentos de suicidio (Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Esto representa una tasa media anual de 12,5/100.000 habitantes(5).

Si el paciente está psicótico (p. ej., con delirios y alucinaciones) o intoxicado por alcohol o drogas, el riesgo es mayor. El 90% de los que intentan suicidarse padecen algún tipo de trastorno mental; así, por ejemplo, el 15% de depresivos se suicidan, y son especialmente proclives los pacientes con depresiones delirantes. Asimismo, entre un 10 y un 15% de los alcohólicos se suicidan. Otros factores generales El riesgo aumenta con la edad, la soltería, el divorcio o la viudedad, el sexo (los hombres efectúan más intentos graves y las mujeres lo intentan más), los trastornos físicos graves, el desempleo, la soledad, los aniversarios y los cambios importantes en la vida del individuo (p. ej., un despido o un relevo que ocasionan sentimientos de fracaso).

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite:

El DSM-IV-TR sostiene que lo padece el 2% de la población general y aproximadamente el 10% de los pacientes observados en los centros de salud mental (atención primaria). En esta misma clasificación nosológica se encuentra que el 20 % de los pacientes psiquiátricos ingresados cumplen los criterios diagnósticos para este trastorno y que en las clínicas psiquiátricas suman del 30 al 60% de la casuística de todos aquellos con trastorno de la personalidad. El texto de psiquiatría de la APA menciona que es el más frecuente de todos los diagnósticos del Eje II, entre el 12 y el 15% de todos los diagnosticados en la práctica clínica, lo cual modera levemente las cifras del DSM-IV-TR. Sirva esto como ejemplo de las discrepancias en el terreno de la epidemiología de los trastornos de la personalidad.

El grueso de la investigación parece apuntar a que el trastorno límite es más frecuente entre las mujeres, en particular viudas y solteras. Sin embargo, no todos los estudios coinciden en esto.

Estos pacientes comparten muchas características de la población en riesgo de suicidio. Una revisión reciente de la relación entre trastorno de la personalidad y suicidio da cifras de hasta el 40% de suicidas que reúnen características para el diagnóstico de trastorno de la personalidad. El más frecuente entre los suicidios y parasuicidios parece ser el límite. En los sujetos que sufren un trastorno de la personalidad el suicidio está, también, más asociado al sexo masculino.

Sí parece que padecer un trastorno de la personalidad es un factor que disminuye las expectativas de vida, aunque esto resulta enormemente difícil de cuantificar. Estudios previos han mostrado que el porcentaje de muertes accidentales, tanto en varones como en mujeres, es superior en aquellos que reúnen características para un trastorno de la personalidad (o más de uno).

Características básicas de la victima de suicidio:

Las personas con mayor riesgo de suicidio suelen ser varones solteros, de mediana edad o ancianos, de posición social y económica baja y con una historia familiar de trastornos mentales y comportamiento suicida. Habitualmente viven solos y con frecuencia están desempleados o tienen un empleo inseguro.

Típicamente, también sufren un marcado estrés vital reciente y muchos presentan un abuso de sustancias comórbidos o trastornos de la personalidad. Casi todas las víctimas ancianas tienes enfermedades físicas comórbidos o son discapacitadas permanentes. La mayoría se ha puesto en contacto previamente con los servicios sanitarios y ha comunicado sus tendencias suicidas, al menos indirectamente, aunque por lo general sin recibir tratamiento psiquiátrico adecuado. La mitad ha intentado suicidarse previamente.

Características del paciente con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite:

La característica clínica más sobresaliente del trastorno límite de la personalidad es la heterogeneidad fenomenológica, rasgo destacado por la mayor parte de los autores que han abordado este cuadro. La clasificación DSM-IV-TR agrupa los síntomas propios del trastorno límite recogiendo su inestabilidad en tres esferas y asociando todo ello a una gran impulsividad: inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad (6).

Estos pacientes presentan síntomas variopintos, como relaciones personales intensas e inestables con rápidas oscilaciones entre la sobrevaloración y la

devaluación de las figuras representativas. Reaccionan exageradamente ante la vivencia de rechazo y realizan esfuerzos frenéticos por evitar

Un abandono real o imaginado. La inestabilidad en la autoimagen es permanente y en ocasiones llega a presentar alteraciones del esquema corporal con incursiones en los trastornos de la alimentación o protagonizando episodios de desrealización y de despersonalización.

A nivel emocional la inestabilidad afectiva se manifiesta a través de frecuentes oscilaciones tímicas, alternando episodios de intensa disforia, irritabilidad y desesperanza con otros de bienestar, optimismo desmesurado y expectativas de futuro poco ajustadas a la realidad. Estas ciclaciones son frecuentes y breves, describiendo un humor lábil y extremadamente reactivo ante acontecimientos vitales desagradables, en particular aquellos asociados a las relaciones interpersonales. Además, respecto a estas auténticas tormentas emocionales, muchos pacientes aquejan sentimientos crónicos de vacío muy próximos desde el punto de vista fenomenológico al de los cuadros depresivos.

La cuarta dimensión de síntomas presentes en las personalidades límite, y quizá la más conflictiva, es la impulsividad, que se manifiesta a través de conductas poco planificadas y generalmente desadaptativas, intentos de suicidio, consumo de drogas, acercamientos inadecuados en la forma e intensidad a otras personas, accesos de ira escasamente controlados, etc.

Por último, hay un subgrupo de pacientes que experimentan síntomas psicóticos transitorios (por lo general reactivos y autolimitados), fundamentalmente en forma de ideación paranoide de contenido de perjuicio y autorreferencial en situaciones de estrés intenso.

Factores de riesgo de conducta suicida:

Los factores de riesgo de la conducta suicida son muy diversos. Algunos de los principales factores psiquiátricos asociados con esta conducta son la depresión mayor y otros trastornos afectivos, la esquizofrenia, la ansiedad, los trastornos de la conducta y la personalidad, la impulsividad y la desesperanza. El abuso de alcohol y drogas también desempeñan una importante función. La comorbilidad de los Ejes I y II es muy frecuente en pacientes que presentan tentativas de suicidio(7).

El riesgo de suicidio en presencia de al menos un trastorno del Eje II es 15 veces superior que en ausencia de estos trastornos, sobre todo cuando hay rasgos de personalidad del criterio B. A su vez, el rasgo del trastorno límite de la personalidad que mejor se correlaciona con la conducta suicida es la impulsividad. A pesar de que el riesgo de suicidio aumenta de forma considerable en pacientes con trastornos de personalidad, en muchas investigaciones no se diagnostican los trastornos del Eje II.

Los factores genéticos y familiares contribuyen al riesgo de suicidio. La agresividad, la impulsividad y el trastorno límite de la personalidad pueden ser el resultado de factores genéticos o de experiencias traumáticas precoces como son el abuso sexual o los malos tratos. Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de presentar este tipo de conducta, lo que para algunos investigadores sería un rasgo genético que predispone a algunos sujetos al suicidio. Los gemelos monocigóticos tienen una mayor concordancia para el suicidio que los gemelos dicigóticos. Es probable que la predisposición a presentar conductas suicidas se transmita en las familias, independientemente de la psicopatología pero no de la impulsividad agresiva.

Diversos estudios han identificado como antecedentes de las tentativas de suicidio los rasgos de impulsividad y agresividad. La impulsividad, que se considera un rasgo que predispone a los comportamientos autodestructivos en respuesta a la ideación suicida, es uno de los criterios diagnósticos para los trastornos límite y antisocial, los más asociados a un mayor riesgo de suicidio. Se ha comprobado que los pacientes con antecedentes de tentativas de suicidio presentaron niveles superiores de impulsividad y agresividad y una mayor incidencia de trastorno límite de la personalidad y antecedentes de abuso de alcohol y sustancias; además, el nivel de impulsividad y agresividad y no la gravedad de la depresión o del trastorno psicótico es la que guarda una relación significativa con la tentativa de suicidio.

Respecto al trastorno límite de la personalidad, es el rasgo de impulsividad y no la gravedad global del trastorno el que se asocia con una mayor incidencia de conductas suicidas. Por lo tanto, la gravedad del trastorno psiquiátrico no es un buen predictor de la conducta suicida. Probablemente, la predisposición al suicidio forme parte de una predisposición más amplia a la agresividad (1).

Además, en pacientes suicidas se ha detectado una relación entre la disminución de la función serotoninérgica y el aumento de la impulsividad.

El sistema neurotransmisor serotoninérgico es el mediador de los síntomas y rasgos impulsivos y la disminución de la función serotoninérgica se correlaciona con un mayor riesgo de suicidio y rasgos conductuales agresivos en pacientes psiquiátricos y en criminales con trastornos de la personalidad.

Clasificación de ideas suicidas:

Beck, en 1979, clasificó la ideación suicida en dos vertientes: la ideación pasiva y la activa . La primera era descrita como un deseo de morir, de no luchar por vivir, un deseo flotante; mientras que la ideación suicida activa

implicaba la consideración específica del suicidio y, al menos en embrión, el esbozo de un plan para ello, por lo que esta ideación, en general, debía asumirse como de mayor gravedad que la primera. La distinción entre ideación suicida pasiva y activa ha sido incorporada con provecho a sistemas clasificatorios, escalas psicométricas diversas y múltiples estudios hasta fecha reciente, lo que remarca su importancia epidemiológica y clínica y su vigencia (8).

Casos de suicidio en El Salvador:

Según el Instituto de Medicina Legal (IML) en El Salvador, los hombres se suicidan al menos 4 veces más que las mujeres en el país. Los datos indican que los casos registrados en la población masculina ascienden a 307, mientras que las mujeres que cometieron suicidios suman 71.

En 2021 hay un aumento de 74 casos más, en comparación con el mismo periodo (enero a septiembre) de 2020, cuando el total de suicidios registrados fue de 304.

Los datos anteriores respaldan afirmaciones de la Organización Mundial de la Salud, que establece que en el mundo “se suicidan más del doble de hombres que de mujeres (12,6 por 100 000 hombres frente a 5,4 por 100 000 mujeres)” (3).

Los motivos o factores precipitantes de este tipo de sucesos son diversos, en la mayoría no se tienen datos, pero de los que sí se cuenta con registro se encuentran como factores que precipitan el suicidio: Alcoholismo y/o drogas, conflictos con pareja, depresión, enfermedades físicas o psiquiátricas, problemas financieros, etc.

La mayoría de mujeres que por diferentes motivos cometieron suicidio de enero a septiembre de 2021, rondaban entre 15 a 19 años, seguidamente por jóvenes entre los 25 y 29 años.

El rango de edad de los hombres que mayoritariamente repuntó fue de 55 años o más, seguidamente por los que se encontraban entre los 35 a los 39 años.

San Salvador y La Libertad son los departamentos que más suicidios reportan, mientras que Cabañas y Morazán, registran menos sucesos en estos meses.

Escala Columbia para evaluar severidad de intento suicida:

Es una escala de ideación y comportamiento suicida creada por investigadores de la Universidad de Columbia, la Universidad de Pennsylvania, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Nueva York para evaluar el riesgo de suicidio. Califica el grado de ideación suicida de un individuo en una escala, que va desde el «deseo de estar muerto» hasta la «ideación suicida activa con planes e intenciones y comportamientos específicos».

Las preguntas se formulan para su uso en un formato de entrevista, pero el C-SSRS puede completarse como una medida de autoinforme si es necesario. La escala identifica comportamientos específicos que pueden ser indicativos de la intención de un individuo de completar el suicidio.

El Screener contiene 6 preguntas de «sí» o «no» en las que se pide a los encuestados que indiquen si han experimentado varios pensamientos o sentimientos relacionados con el suicidio durante el último mes y los comportamientos durante su vida y los últimos 3 meses. Cada pregunta aborda un componente diferente de la gravedad y el comportamiento de la ideación suicida del encuestado.

Una respuesta de «sí» a cualquiera de las seis preguntas puede indicar la necesidad de derivarlo a un profesional capacitado en salud mental y una respuesta de «sí» a las preguntas 4, 5 o 6 indica un alto riesgo.

Para abordar tanto las incongruencias en la nomenclatura y su impacto en la identificación precisa del riesgo de suicidio como la necesidad de una

medición para evaluar la gravedad de la ideación y la conducta suicidas, y para realizar el seguimiento de los cambios en estas, un equipo de investigadores desarrolló la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (9) (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»). (Ver anexo 1).

La escala fue diseñada para:

i) ofrecer definiciones de ideación y conducta suicidas, conducta autodestructiva no suicida, y las evaluaciones correspondientes;

ii) cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida, y medir su gravedad en determinados períodos;

iii) distinguir entre conducta suicida y conducta autodestructiva no suicida; y

iv) emplear un formato intuitivo que permita la integración de información de múltiples fuentes.

Estos criterios se consideran indispensables para juzgar la utilidad de las escalas de evaluación del suicidio y la C-SSRS cumple todos estos criterios.

Además, la C-SSRS también se ha utilizado en las visitas de los ensayos clínicos para evaluar todo el espectro de ideación y conducta suicida. También tiene criterios para derivación a salud mental que han mostrado suficiente poder predictivo.

Se ha encontrado que la escala tiene un 99.4% de especificidad y 100% de sensibilidad para y 96% de especificidad para intentos actuales e intentos interrumpidos. Esto sugiere que es una herramienta de evaluación adecuada para la conducta suicida tanto en la clínica como en investigación.

Recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación. Por tanto, se miden 4 constructos. El primero es la gravedad

de la ideación, con una subescala en la que se evaluaron 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1=deseos de morir a 5=ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evaluaron con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluaron con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, con una subescala en que se evaluaron con una escala nominal tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0=no hay daño físico a 5=muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos (10).

7. Diseño metodológico:

- **Tipo de estudio:** cuantitativo, observacional de alcance descriptivo transversal.

- **Diseño:** estudio descriptivo mostrando cual es la influencia que ejercen los determinantes asociados a conducta suicida en la severidad de la conducta suicida de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de observación psiquiátrica en el hospital nacional psiquiátrico utilizando la escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida.

- **Universo:** la totalidad de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite ingresado en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del Año 2022.

- **Muestra:** dado el tipo de estudio la muestra utilizada será igual al universo.

Criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión:** pacientes masculinos y femeninos ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica que presenten conducta suicida al momento del ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

- **Criterios de exclusión:** pacientes ambulatorios con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite sin conducta suicida, pacientes ingresados en el servicio fuera del límite de tiempo, pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad sin conducta suicida.

Lugar y tiempo del estudio:

- **Lugar de estudio:** El protocolo de investigación se realizó en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

- **Tiempo de estudio:** El protocolo de investigación se realizó en un período de tiempo comprendido del 1 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022.

- **Diseño metodológico:** El estudio se llevó a cabo a través del análisis de los datos obtenidos en la primer entrevista de ingreso hospitalario a los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite, utilizando 2 instrumentos, el primero donde se puedan plasmar sus características sociodemográficas generales y el segundo será utilizar la escala de Columbia para evaluar la severidad del intento suicida. Para dicha evaluación se realizara un estudio de los expedientes clínicos de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y es de este mismo de donde se recolectaran los datos para la investigación, comprometiéndome a que la identidad de los pacientes no sea vulnerada y a no causar perjurio directa o indirectamente.

- **Análisis estadístico:** Se utilizó el programa estadístico epi-info disponible en la web sin costo, en este se digitará la información obtenida en una base y se analizará para la realización de los gráficos en el mismo programa. Para el análisis de las variables utilizarán las medidas de tendencia central y frecuencia. Se presentaron los datos en gráficos usando el programa Excel Office para mostrar información, ya sea en gráficos de barra o lineal según sea más adecuado para variables cualitativas o cuantitativas.

Consideraciones éticas:

La Investigación será sometida a aprobación por parte del Comité de institucional. Ha sido así mismo elaborada tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013 y los Principios Éticos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Anexo 2 y 3).

Si bien la investigación se llevará a cabo revisando los expedientes la investigadora se compromete a salvaguardar la identidad de los pacientes, y a no causarles perjurio directa o indirectamente. Las condiciones éticas en población vulnerable que se cumplen en el siguiente protocolo son:

Confidencialidad: La información personal de los pacientes y los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales. No se tomarán fotos a los participantes.

No se realizarán intervenciones experimentales que puedan poner en riesgo a los participantes.

Los Resultados: La investigación será realizada sin fines de lucro.

Beneficio: Mediante el estudio se busca ayudar a los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite y conducta suicida con el propósito de brindarles una evaluación global que reduzca los suicidios.

8. Operacionalización de variables:

Variable	Definición operacional	Clasificación	Dimensión de la variable	Indicador	Fuente
Edad	Tiempo de vida del paciente	Cuantitativa	-	Fecha de nacimiento en documento único de identidad	Hoja de datos de expediente
Sexo	Características orgánicas que distinguen a un hombre de una mujer	cualitativo	Femenino masculino	Fenotipo del paciente	Hoja de datos de expediente
Estado civil	Situación sentimental entre 2 personas	cualitativo	-	Soltero, casado, acompañado viudo	Datos de entrevista de ingreso
Trabajo y estabilidad laboral	Desempleado, Trabajo formal Trabajo informal	Cualitativo	Si No	Posee o no trabajo remunerado	Datos de entrevista de ingreso
Grado académico	Estudios formales realizados	cuantitativo	-	Básico Bachiller universitario	Datos de entrevista de ingreso
Vivienda	Ubicación	cualitativa	-	Urbano	Datos de entrevist

	geográfica			Rural	a de ingreso
Con quien vive	Con quien cohabita en casa	cualitativa	-	Solo Pareja Familia otros	Datos de entrevista de ingreso
Apoyo familiar	Disponibilidad de la familia para ayudar a paciente	cualitativa	Si no	Bueno malo	Datos de entrevista de ingreso
Salud física	Comorbilidades	cualitativa	Si no	No enfermedades Enfermedad crónica Dependencia a sustancias Trastorno psiquiátrico	Datos de entrevista de ingreso
Planes suicidas	Si paciente ha planeado como suicidarse	cuantitativo	Si no	Estructurado No estructurado	Datos de entrevista de ingreso
Actos suicidas	Si paciente ha realizado acciones contra su vida	cualitativo	Si No	Alta letalidad Baja letalidad	Datos de entrevista de ingreso
Tipo de acto suicida	Como ha intentado hacerse daño	cuantitivo	-	Cortarse Intox.con medicamento/otro Ahorcamiento precipitación	Datos de entrevista de ingreso

9. Resultados:

Objetivo general:

- ✓ Describir las determinantes que se asocian a conducta suicida en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

La muestra de 33 pacientes está compuesta por 24 mujeres y 9 hombres, divididos en rangos etarios de adulto joven de los 18 a los 25 años, adulto contemporáneo de los 26 a los 39 años y adultos para aquellos mayores a 40 años.

✓ **Objetivo 1:** Conocer las variables sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

Tabla 1. Resultados de edades y sexo de los pacientes.

Edad del paciente	Femenino	Porcentaje	Cum Percent	Masculino	Porcentaje	Cum Percent
Adulto	1	4.20%	4.20%	1	11.10%	11.10%
Adulto contemporáneo	11	45.80%	50.00%	2	22.20%	33.30%
Adulto Joven	12	50.00%	100.00%	6	66.70%	100.00%
Total	24	100.00%	100.00%	9	100.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

Para los rangos de edad los pacientes del sexo femenino tenemos un 72.2%, se encuentra en el grupo de adultos un 4.2%, adulto contemporáneo un 45.8% y adulto joven un 50%. Del sexo masculino hay un 27.8% de pacientes, de estos 11.1% adultos, 22.2% adultos contemporáneos y 66.7 % adultos jóvenes.

Tabla 2. Resultado de la edad de los pacientes y su estabilidad laboral.

EDAD DEL PACIENTE	NO TRABAJA	TRABAJO FORMAL	TRABAJO INFORMAL	TOTAL
Adulto	1	0	1	2
Fila %	50.0	0.0	50.0	100.0
Columna %	4.8	0.0	9.1	6.1
Adulto contemporáneo	6	1	6	13
Fila %	46.2	7.7	46.2	100.0
Columna %	28.6	100.0	54.5	39.4
Adulto Joven	14	0	4	18
Fila %	77.8	0.0	22.2	100.0
Columna %	66.7	0.0	36.4	54.5
TOTAL	21	1	11	33
Fila %	63.6	3.0	33.3	100.0
Columna %	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Un 63.6% de los pacientes no tiene un empleo, un 33.3% tiene empleo informal y solo un 3% tiene empleo formal, en el grupo etario de adultos un 50% tiene empleo informal y un 50% no trabaja, de los adultos contemporáneos un 46.2% no trabaja, un 46.2% tiene un empleo informal y un 7.7% tiene un empleo formal. Para los adultos jóvenes un 77.8% no cuenta con empleo y un 22.2% cuenta con trabajo informal.

Tabla 3. Resultado del apoyo familiar y con quien viven los pacientes.

APOYO FAMILIAR		**FAMILIA**	**OTROS**	**PAREJA**	**SOLO**	**TOTAL**
BUENO		14	1	4	0	19
Fila	**%**	73.7	5.3	21.1	0.0	100.0
Columna %		66.7	16.7	80.0	0.0	57.6
MALO		7	5	1	1	14
Fila	**%**	50.0	35.7	7.1	7.1	100.0
Columna %		33.3	83.3	20.0	100.0	42.4
TOTAL		21	6	5	1	33
Fila	**%**	63.6	18.2	15.2	3.0	100.0
Columna %		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Para el apoyo familiar y con quien cohabita, los pacientes con buen apoyo familiar un 73.7% vive con su familia, un 21.2% con su pareja y un 5.3% con otros. Los pacientes con mal apoyo familiar un 50% vive con su familia, un 7.1% con su pareja, un 7.1% solo y un 35.7% vive con otras personas.

Tabla 4. Resultado del sexo de los pacientes y su estado civil.

SEXO DEL PACIENTE		**ACOMPAÑADO**	**CASADO**	**SOLTERO**	**TOTAL**
FEMENINO		2	3	19	24
Fila	**%**	8.3	12.5	79.2	100.0
Columna %		100.0	60.0	73.1	72.7
MASCULINO		0	2	7	9
Fila	**%**	0.0	22.2	77.8	100.0
Columna %		0.0	40.0	26.9	27.3
TOTAL		2	5	26	33
Fila	**%**	6.1	15.2	78.8	100.0
Columna %		100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

Sobre el estado civil de los pacientes ingresados un 8.3% de las mujeres se encuentra acompañada, un 12.5% casada un 79.2% soltera. Para los hombres un 22.2% casados y un 77.8% solteros, como resultado global un 6.1% acompañados, un 15.2% casados y un 78.8% solteros.

Tabla 5. Resultado del nivel educativo y la edad de los pacientes.

EDAD DEL PACIENTE		**BACHILLERATO**	**ESTUDIOS BASICOS**	**ESTUDIOS UNIVERSITARIOS**	**TOTAL**
Adulto		1	0	1	2
Fila	**%**	50.0	0.0	50.0	100.0
Columna %		5.0	0.0	16.7	6.1
Adulto contemporáneo		8	4	1	13
Fila	**%**	61.5	30.8	7.7	100.0
Columna %		40.0	57.1	16.7	39.4
Adulto Joven		11	3	4	18
Fila	**%**	61.1	16.7	22.2	100.0
Columna %		55.0	42.9	66.7	54.5
TOTAL		20	7	6	33
Fila	**%**	60.6	21.2	18.2	100.0
Columna %		100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

El nivel educativo de los pacientes ingresados en el grupo de adultos un 50% estudio bachillerato y un 50% tenía estudios universitarios, los adultos contemporáneos un 61.5% tenía bachillerato, un 30.8% estudios básicos y un 7.7% estudios universitarios. Los adultos jóvenes un 61.1% estudios de bachillerato, un 16.7% estudios básicos y un 22.2% estudios universitarios. El resultado global es que un 60.6% tenía bachillerato, un 21.2% estudios básicos y un 18.2% estudios universitarios.

Tabla 6. Resultado del área geográfica y el sexo de los pacientes.

SEXO DEL PACIENTE		RURAL	URBANA	TOTAL
FEMENINO		4	20	24
Fila	**%**	16.7	83.3	100.0
Columna %		80.0	71.4	72.7
MASCULINO		1	8	9
Fila	**%**	11.1	88.9	100.0
Columna %		20.0	28.6	27.3
TOTAL		5	28	33
Fila	**%**	15.2	84.8	100.0
Columna %		100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

La vivienda de las pacientes del sexo femenino un 16.7% era rural y un 83.3% urbana. Para los hombre un 11.1% rural y un 88.9% urbana. De manera global el 15.2% de pacientes viven en área rural y el 84.8% en área urbana.

Tabla 7. Resultado de la salud física y edad de los pacientes.

EDAD	**ENFERMEDAD CRÓNICA**	**NO ENFERMEDAD**	**TRASTORNO PSIQUIATRICO**	**USO DE SUSTANCIAS**	**TOTAL**
Adulto **Fila %** **Columna %**	1 50.0 100.0	1 50.0 6.3	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	2 100.0 6.1
Adulto contemporáneo **Fila %** **Columna %**	0 0.0 0.0	5 38.5 31.3	2 15.4 50.0	6 46.2 50.0	13 100.0 39.4
Adulto Joven **Fila %** **Columna %**	0 0.0 0.0	10 55.6 62.5	2 11.1 50.0	6 33.3 50.0	18 100.0 54.5
TOTAL **Fila %** **Columna %**	1 3.0 100.0	16 48.5 100.0	4 12.1 100.0	12 36.4 100.0	33 100.0 100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Las variables de edad de los pacientes y su salud física dan como resultado que el 50% de adultos tenía una enfermedad crónica y el 50% no tenía enfermedades. Los adultos contemporáneos el 46.2% tenía un trastorno por uso de sustancias, un 38.5% no tenían enfermedades y un 15.4% presentaba un trastorno psiquiátrico. Para los adultos jóvenes un 33.3% presento un trastorno por uso de sustancias, un 55.6% sin enfermedades y un 11.1% tenía un trastorno psiquiátrico. De manera global el mayor porcentaje 48.5% no tenía enfermedades, seguido por un 36.4% con trastorno por uso de sustancias, 12.1% con trastorno psiquiátrico y un 3% con enfermedad crónica.

- ✓ **Objetivo 2:** Clasificar el tipo de conducta suicida de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

Tabla 8. Resultado de la letalidad de los actos suicidas y la edad comparada con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

ACTOS SUICIDAS ADULTO				ADULTO CONTEMPORANEO			ADULTO JOVEN		
E.COLUMBIA	**Alta letalidad**	**Baja letalidad**	**Total**	**Alta letalidad**	**Baja letalidad**	**Total**	**Alta letalidad**	**Baja letalidad**	**Total**
Alto riesgo	2	0	2	7	1	8	5	3	8
Fila %	100	0	100	87.5	12.5	100	62.5	37.5	100
Columna %	100	0	100	100	16.7	61.5	100	23.1	44.4
Bajo riesgo	0	0	0	0	5	5	0	10	10
Fila %	0	0	100	0	100	100	0	100	100
Columna %	0	0	0	0	83.3	38.5	0	76.9	55.6
TOTAL	2	0	2	7	6	13	5	13	18
Fila %	100	0	100	53.8	46.2	100	27.8	72.2	100
Columna %	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

En cuanto al riesgo suicida según la escala Columbia y la letalidad de estos respecto a la edad de los pacientes, los adultos tenían un alto riesgo según la escala Columbia y sus intentos clasificaban para intentos suicidas de alta letalidad en el 100% de los casos. Los adultos contemporáneos 38.5% se encuentran en bajo riesgo según la escala Columbia presentando actos suicidas de baja letalidad, y de estos un 87.5% pacientes con alto riesgo e intento suicida de alta letalidad y un 12.5% alto riesgo y actos suicidas de baja letalidad. Entre los adultos jóvenes el 55.6% se encuentra en la categoría de bajo riesgo según la escala Columbia y de ellos un 72.2% realizaron intentos de baja letalidad en comparación con un 44.4% que se

encuentra en categoría de alto riesgo, realizaron intentos de alta letalidad un 27.8% de los adultos jóvenes con esta clasificación.

Tabla 9. Resultado del tipo de los intentos suicidas con ideas suicidas activas comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Escala Columbia	ABORTADO	INTERRUMPIDO	REAL	SIN INTENTO	TOTAL
Alto riesgo	6	2	9	1	18
Fila %	33.3	11.1	50.0	5.6	100.0
Columna %	75.0	100.0	100.0	33.3	81.8
Bajo riesgo	2	0	0	2	4
Fila %	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Columna %	25.0	0.0	0.0	66.7	18.2
TOTAL	8	2	9	3	22
Fila %	36.4	9.1	40.9	13.6	100.0
Columna %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Respecto al tipo de intento y el riesgo suicida según la escala Columbia en los pacientes con ideas suicidas activas tenemos que 81.8% de estos pacientes clasifican con alto riesgo suicida, de estos pacientes un 5.6% a pesar de tener un riesgo alto no había realizado un intento suicida, el 50% realizaron intentos reales sin conseguir su objetivo, el 11% fue interrumpido y el 33% de estos pacientes presentaron un intento abortado. Para la categoría de bajo riesgo con 18.2% de pacientes un 50% realizo un intento abortado y un 50% no había realizado intento aún.

Tabla 10. Resultado del tipo de los intentos suicidas con ideas suicidas pasivas comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Escala Columbia	ABORTADO	INTERRUMPIDO	REAL	SIN INTENTO	TOTAL
Alto riesgo	0	0	0	0	0
Fila %	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Columna %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Bajo riesgo	0	0	0	11	11
Fila %	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Columna %	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
TOTAL	0	0	0	11	11
Fila %	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Columna %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

En cuanto al tipo de intento y el riesgo suicida según la escala Columbia en los pacientes con ideas suicidas pasivas, el 100% de los pacientes se encuentran en la categoría de bajo riesgo y ninguno de estos había realizado un intento suicida aun.

Tabla 11. Resultado del tipo de actos suicidas en mujeres comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Escala Columbia	AHORCAMIENTO	CORTARSE	INTOXICACIÓN CON FÁRMACOS	INTOXICACIÓN CON OTRAS SUSTANCIAS	OTROS	PRECIPITACIÓN	TOTAL
Alto riesgo	2	2	6	0	1	1	12
Fila %	16.7	16.7	50	0	8.3	8.3	100
Columna%	100	22.2	100	0	16.7	100	50
Bajo riesgo	0	7	0	0	5	0	12
Fila %	0	58.3	0	0	41.7	0	100
Columna %	0	77.8	0	0	83.3	0	50
TOTAL	2	9	6	0	6	1	24
Fila %	8.3	37.5	25	0	25	4.2	100
Columna %	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

De la población femenina un 50% clasifica con alto riesgo y un 50% como bajo riesgo según la escala Columbia, de las pacientes con alto riesgo un 50% elije intoxicación con fármacos, un 16.7%cortarse, un 16.7% ahorcamiento, un 8.3& precipitación y un 8.3% otro método. Para los pacientes con bajo riesgo un 58.3% tiene como método cortarse y un 41.7% otros métodos no clasificados anteriormente.

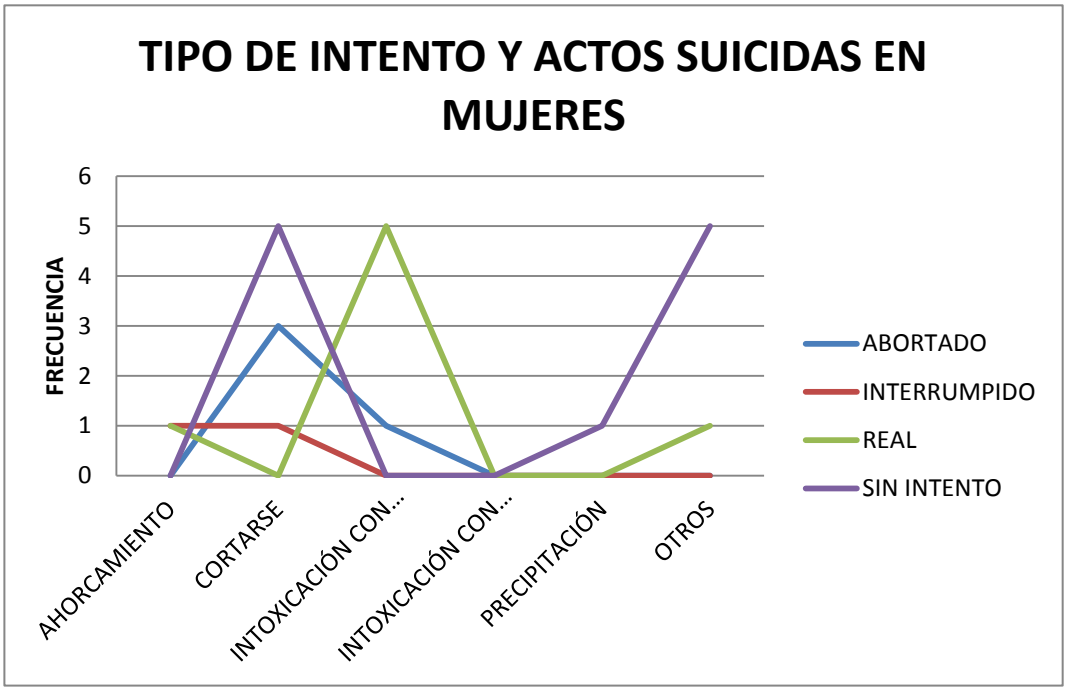
Tabla 12. Resultado del tipo de actos suicidas en hombres comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Escala Columbia	AHORCAMIENTO	CORTARSE	INTOXICACIÓN CON FÁRMACOS	INTOXICACIÓN CON OTRAS SUSTANCIAS	OTROS	PRECIPITACIÓN	TOTAL
Alto riesgo	1	2	3	0	0	0	6
Fila %	16.7	33.3	50	0	0	0	100
Columna %	100	66.7	100	0	0	0	66.7
Bajo riesgo	0	1	0	1	1	0	3
Fila %	0	33.3	0	33.3	33.3	0	100
Columna %	0	33.3	0	100	100	0	33.3
TOTAL	1	3	3	1	1	0	9
Fila %	11.1	33.3	33.3	11.1	11.1	0	100
Columna %	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

En el sexo masculino se observa que un 66.7% clasifica para alto riesgo según la escala Columbia y un 33.3% para bajo riesgo. De los pacientes con alto riesgo 50% tiene como método de elección intoxicación con fármacos, el 33.3% cortarse y el 16.7% ahorcamiento. Para los pacientes con riesgo bajo el 33.3% cortarse, el 33.3% intoxicación con otras sustancias y el 33.3% otros métodos no clasificados.

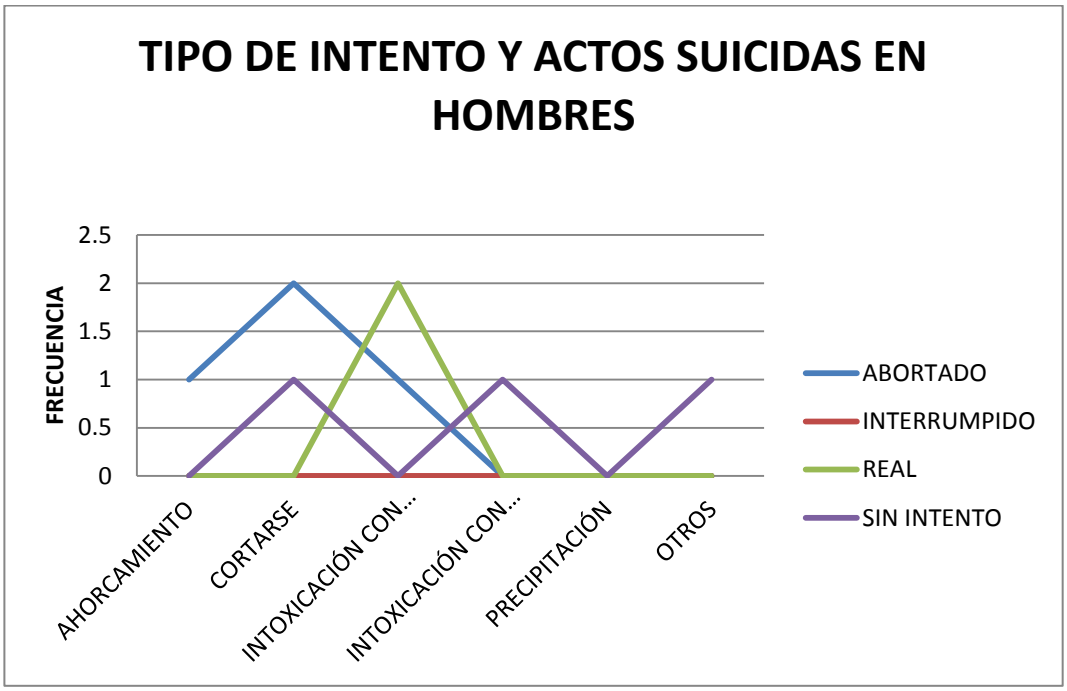
GRÁFICO 1. Resultado del tipo de intento suicidas en mujeres comparado con los actos suicidas.



Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

En el sexo femenino el tipo de intento y el acto realizado se categoriza en un 45.5% sin intento real, cortarse en un 45.5%, precipitación un 9.1% y un 45.5% con otros actos no clasificados anteriormente. El 29.2% fueron actos suicidas reales con un 71.4% de intoxicaciones con fármacos, un 14.35 ahorcamiento y un 14.3% como otro acto suicida. . El 16.7% fueron intentos suicidas abortados, el 75% de estos cortarse y el 25% intoxicación con fármacos. Un 8.3% fueron intentos interrumpidos, un 50% ahorcamiento y un 50% cortarse.

GRÁFICO 2. Resultado del tipo de intento suicidas en hombres comparado con los actos suicidas.



Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

En los pacientes del sexo masculino un 44.4% presentaron intentos abortados de estos la mayor frecuencia 50% escogía cortarse, un 25% ahorcamiento y un 25% intoxicación con fármacos. El 33.3 % de hombres no realizó ningún intento pero el 33.3% planteaba la posibilidad de cortarse, intoxicarse con otras sustancias o bien otro método no clasificado anteriormente. Se presentó un 22.2% de hombres con intentos reales, de estos el 100% se intoxico con fármacos. De los actos suicidas más frecuentes elegidos por hombres están cortarse y la intoxicación con fármacos en un 33.3% cada uno.

✓ Identificar los determinantes de la conducta suicida en los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de Observación Psiquiátrica Del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2022.

Tabla 13. Resultado del apoyo familiar y el sexo de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

BUEN APOYO FAMILIAR				MAL APOYO FAMILIAR		
SEXO	**Alto riesgo**	**Bajo riesgo**	**TOTAL**	**Alto riesgo**	**Bajo riesgo**	**TOTAL**
FEMENINO	6	9	15	6	3	9
Fila %	40	60	100	66.7	33.3	100
Columna %	66.7	90	78.9	66.7	60	64.3
MASCULINO	3	1	4	3	2	5
Fila %	75	25	100	60	40	100
Columna %	33.3	10	21.1	33.3	40	35.7
TOTAL	9	10	19	9	5	14
Fila %	47.4	52.6	100	64.3	35.7	100
Columna %	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General "Dr. José Molina Martínez" durante el 2022.

Al usar la escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes con buen apoyo familiar, de 15 mujeres con buen apoyo familiar 40% tenían riesgo alto y 60% bajo, de los hombres 75% riesgo alto y 25% bajo. Para los pacientes con mal apoyo familiar, las mujeres presentaron un 66.7% de riesgo alto y un 33.3% de riesgo bajo de suicidio, los hombres 60% riesgo algo y 40% riesgo bajo.

Tabla 14. Resultado del empleo y el sexo de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia

Alto riesgo Esc. Columbia				Bajo riesgo Esc. Columbia			
SEXO	**NO**	**SI**	**TOTAL**	**SEXO**	**NO**	**SI**	**TOTAL**
FEMENINO	7	5	12	**FEMENINO**	8	4	12
Fila %	58.3	41.7	100	Fila %	66.7	33.3	100
Columna %	58.3	83.3	66.7	Columna %	80	80	80
MASCULINO	5	1	6	**MASCULINO**	2	1	3
Fila %	83.3	16.7	100	Fila %	66.7	33.3	100
Columna %	41.7	16.7	33.3	Columna %	20	20	20
TOTAL	12	6	18	**TOTAL**	10	5	15
Fila %	66.7	33.3	100	Fila %	66.7	33.3	100
Columna %	100	100	100	Columna %	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

En cuanto al uso de la escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes usando el trabajo como determinante, de estos los pacientes con alto riesgo las mujeres un 58.3% no tenían empleo y un 41.7% si, los hombres un 83.3% sin empleo y un 16.7% contaba con empleo. Para el riesgo bajo de suicidio el 66.7% de las mujeres no tenían empleo y el 33.3% si; los hombres un 66.7% sin empleo y un 33.3% con empleo.

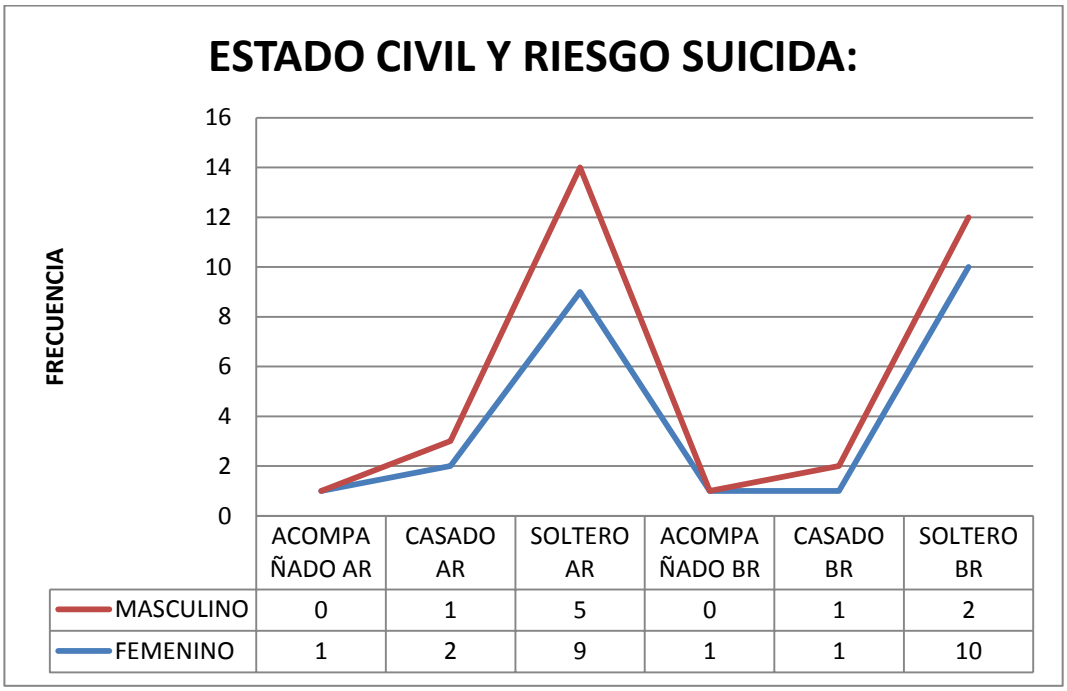
Tabla 15. Resultado de la edad y el sexo de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Alto riesgo Esc. Columbia					Bajo riesgo Esc. Columbia				
SEXO	**Adulto**	**Adulto contemporáneo**	**Adulto joven**	**TOTAL**	**SEXO**	**Adulto**	**Adulto contemporáneo**	**Adulto joven**	**Total**
FEMENINO	1	7	4	12	**FEMENINO**	0	4	8	12
Fila %	8.3	58.3	33.3	100	Fila %	0	33.3	66.7	100
Columna %	50	87.5	50	66.7	Columna %	0	80	80	80
MASCULINO	1	1	4	6	**MASCULINO**	0	1	2	3
Fila %	16.7	16.7	66.7	100	Fila %	0	33.3	66.7	100
Columna %	50	12.5	50	33.3	Columna %	0	20	20	20
TOTAL	2	8	8	18	**TOTAL**	0	5	10	15
Fila %	11.1	44.4	44.4	100	Fila %	0	33.3	66.7	100
Columna %	100	100	100	100	Columna %	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

En cuanto al uso de la escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes según su edad y sexo, se obtiene para alto riesgo de los adultos un 8.3% para hombres e igual para mujeres teniendo para bajo riesgo cero, de los adultos contemporáneos de alto riesgo un 58.3% femenino y un 16.7% masculino en cambio para bajo riesgo un 33.3% femenino u un 33.3% masculino, para el rango de adulto joven de alto riesgo un 33.3% femenino y un 66.7% masculino, lo de bajo riesgo un 66.7% femenino y un 66.7% masculino.

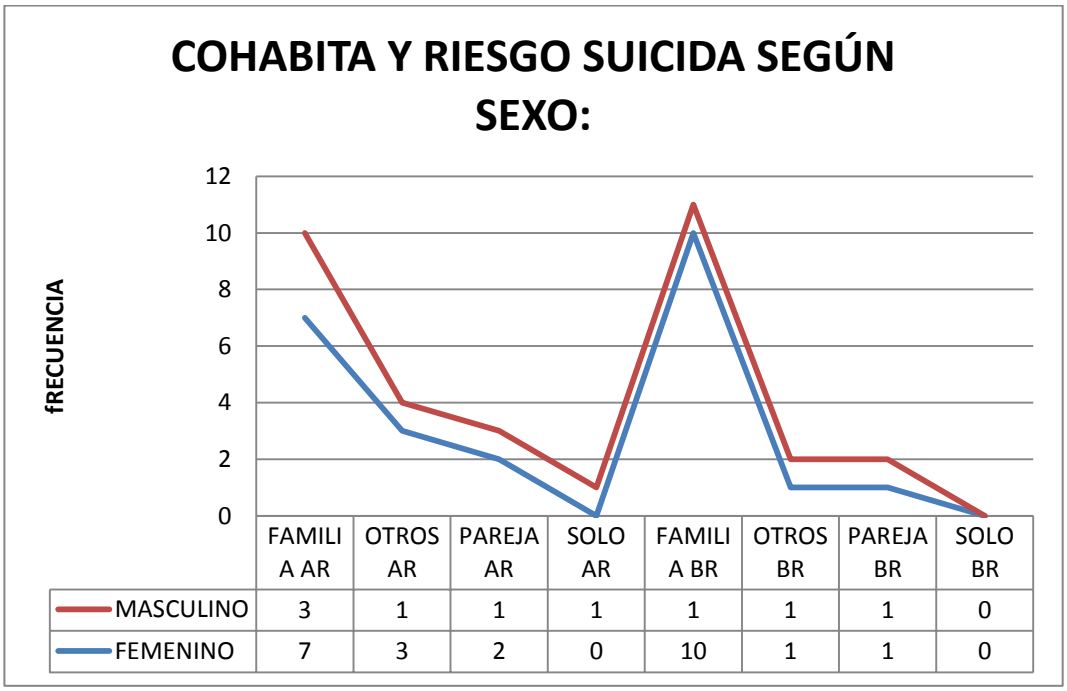
GRÁFICO 3. Resultado del estado civil y el sexo de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.



Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

La escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes según su edad y esto civil se obtiene para las mujeres con alto riesgo suicida un 8.3% se encuentra acompañada un 16.7% casada y un 75% solteras, de los hombres un 16.7% casados y un 83.3% solteros. Para los pacientes con bajo riesgo suicida las mujeres un 8.3% se encuentra acompañada, un 8.3% se encuentra casada y un 83.3% solteras; un 33.3% casados y un 66.7% solteros.

GRÁFICO 4. Resultado del sexo y con quien viven los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

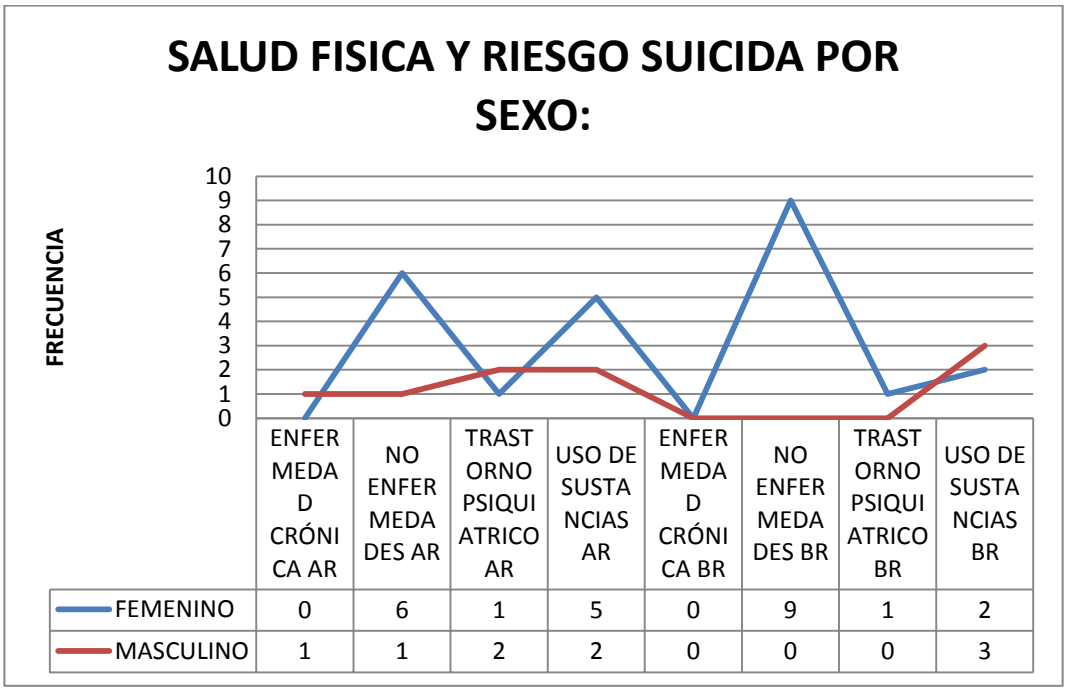


	FAMILIA AR	OTROS AR	PAREJA AR	SOLO AR	FAMILIA BR	OTROS BR	PAREJA BR	SOLO BR
MASCULINO	3	1	1	1	1	1	1	0
FEMENINO	7	3	2	0	10	1	1	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Al usar la escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes según su sexo y con quien cohabita, de las mujeres con alto riesgo se obtiene 25% vive con otras personas ajenas a su familia, un 16.7% con su pareja y un 58.3% con su familiar; para los hombres un 16.7% viven con: otros, pareja o solos y un 50% con su familiar. De bajo riesgo el 8.3% de las mujeres vive con su pareja, el 8.3% con su familia y el 83.3% con su familia; de los hombres vive un 33.3% con su familia, un 33.3% con su pareja y un 33.3% con otros.

GRÁFICO 5. Resultado del sexo y salud física de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.



	ENFERMEDAD CRÓNICA AR	NO ENFERMEDADES AR	TRASTORNO PSIQUIATRICO AR	USO DE SUSTANCIAS AR	ENFERMEDAD CRÓNICA BR	NO ENFERMEDADES BR	TRASTORNO PSIQUIATRICO BR	USO DE SUSTANCIAS BR
FEMENINO	0	6	1	5	0	9	1	2
MASCULINO	1	1	2	2	0	0	0	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Al valorar el riesgo de los pacientes según su salud física y sexo de los pacientes en alto riesgo las mujeres el 50% no tenían enfermedades, el 41.7% usaba sustancias y el 8.3% presento un trastorno psiquiátrico, los hombres en alto riesgo un 33.3% utilizaban sustancias, un 33.3% tenían un trastorno psiquiátrico, un 16.7% tenía una enfermedad crónica y un 16.7% sin enfermedades. Para los pacientes con bajo riesgo suicida un 75% de las mujeres no tenía enfermedades, un 16.7% utilizaba sustancias y un 8.3% tenía un trastorno psiquiátrico, los hombres de bajo riesgo el 100% utilizaban sustancias.

Tabla 16. Resultado del sexo y área geográfica de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Alto riesgo Esc. Columbia				Bajo riesgo Esc. Columbia		
SEXO	**RURAL**	**URBANA**	**TOTAL**	**RURAL**	**URBANA**	**TOTAL**
FEMENINO	2	10	12	2	10	12
Fila %	16.7	83.3	100	16.7	83.3	100
Columna %	66.7	66.7	66.7	100	76.9	80
MASCULINO	1	5	6	0	3	3
Fila %	16.7	83.3	100	0	100	100
Columna %	33.3	33.3	33.3	0	23.1	20
TOTAL	3	15	18	2	13	15
Fila %	16.7	83.3	100	13.3	86.7	100
Columna %	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Al usar la escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes según su área geográfica y sexo se obtiene que de los pacientes en alto riesgo las mujeres un 83.3% vive en área urbana y un 16.7% en área rural, esto corresponde en igual porcentaje para los hombres. Para los pacientes de bajo riesgo las mujeres un 83.3% vive en área urbana y un 16.7% en área rural, y de los hombres un 100% en área urbana.

Tabla 17. Resultado del sexo y el nivel educativo de los pacientes comparado con el riesgo suicida según la Escala Columbia.

Alto riesgo Esc. Columbia					Bajo riesgo Esc. Columbia			
Sexo	**Bachiller**	**Estudios básicos**	**Estudios universitarios**	**Total**	**Bachiller**	**Estudios básicos**	**Estudios universitarios**	**Total**
FEMENINO	4	4	4	12	9	2	1	12
Fila %	33.3	33.3	33.3	100	75	16.7	8.3	100
Columna %	40	100	100	66.7	90	66.7	50	80
MASCULINO	6	0	0	6	1	1	1	3
Fila %	100	0	0	100	33.3	33.3	33.3	100
Columna %	60	0	0	33.3	10	33.3	50	20
TOTAL	10	4	4	18	10	3	2	15
Fila %	55.6	22.2	22.2	100	66.7	20	13.3	100
Columna %	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite atendidos en el servicio de Observación del Hospital Nacional General “Dr. José Molina Martínez” durante el 2022.

Al usar la escala de riesgo suicida Columbia para valorar el riesgo de los pacientes según su nivel educativo y sexo. De estos pacientes en alto riesgo las mujeres un 33.3% estudio bachillerato un 33.3% estudios básicos y un 33.3% estudios universitarios, de los hombres en alto riesgo un 100% realizo estudios de bachillerato. Los pacientes con bajo riesgo las mujeres un 75% bachillerato, un 16.7% estudios básicos y un 8.3% estudios universitarios; de los hombres un 33.3% bachiller, estudios básicos y estudios universitarios respectivamente.

10. Discusión:

La población de El Salvador con necesidad de atención por trastornos mentales, en su mayoría, recibe atención en el Hospital Nacional de psiquiatría Dr. José Molina Martínez. La muestra obtenida para realizar el presente estudio presenta las siguientes características:

Pertenecen al sexo femenino un 72.2% y masculino un 27.8%, de estos el mayor porcentaje se categoriza como adultos jóvenes, entre las edades de 18-25 años de edad, y la menor parte a los adultos mayores de 40 años. De esta población un 63.6% no cuenta con un trabajo. La mayoría de los pacientes de la muestra en un 63.6% vive con su familia, del total de estos un 57.6% presenta buen apoyo familiar y un 42.4% mal apoyo por sus cohabitantes. De los pacientes de la muestra un 84.8% habitan en un área geográfica urbana y un 15.2% en un área rural.

Estos datos concuerdan con la epidemiologia estudiada en la literatura internacional sobre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite, siendo más prevalente en mujeres con una relación de 2:1 o incluso de 3:1, Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años, no suelen estar casados y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio (1). Se puede concluir q los datos son acorde a la tendencia europea.

Al investigar sobre su salud física se observó que uso de sustancias y los trastornos psiquiátricos eras las comorbilidades más frecuentes, acorde a investigaciones en las que incluso un 78% de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional pueden llegar a presentar adicciones (18) y trastornos psiquiátricos del eje I como co-ocurrencias mas frecuentes (20).

A la hora de clasificar la conducta suicida se utilizó la Escala Columbia para evaluar la severidad del intento suicida los pacientes de edad mayor clasificaban como alto riesgo haciendo intentos suicidas más letales que los pacientes mas jóvenes sin embargo los pacientes mas jóvenes hacen intentos suicidas con mayor frecuencia, por tanto datos epidemiológicos de la OMS cita al grupo de jóvenes como los mas vulnerables a morir por suicidio pero la muestra de este estudio los clasifica como un grupo de bajo riesgo(21).

El método de suicidio más utilizado tanto por hombres como mujeres salvadoreñas de la muestra es cortarse o bien intoxicación con fármacos.

Esto difiere de los datos de la OMS quienes en America citan los métodos más frecuentes como el uso de armas y envenenamiento con pesticidas(21).

En la muestra estudiada se observa que el 100% de los adultos tiene un riesgo alto de suicidio con intentos de alta letalidad, en el adulto contemporáneo se observó un 87.5% del alto riesgo con alta letalidad y un 12.5% de alto riesgo con intentos suicidas de baja letalidad, pudiéndose concluir que si bien el método que utilizo el paciente no fue en un 12.5% considerado de alta letalidad esto no le resta importancia al alto riesgo de suicidio observado en esta población que presenta tasas de suicidio del 3-9% sin incluir co-ocurrencias que aumentan riesgo(21).

11. Conclusiones:

Para este estudio se puede concluir que el perfil socio demográfico encontrado con mayor frecuencia se encontraron fueron: mujeres, adultas jóvenes, solteras que viven en área urbana con un nivel de escolaridad de educación media. La mayor frecuencia de afectación corresponde al rango de edad de adulto joven que comprende de los 18 a los 25 años de edad.

Los intentos suicidas reales más frecuentes en hombres y mujeres fueron intoxicación con fármacos y los abortados consideraron realizarse cortes. Los adultos jóvenes se clasifican como un grupo de bajo riesgo en cambio los adultos mayores a 40 años con un riesgo alto.

Al usar la Escala Columbia para la severidad del riesgo suicida un 50% de las mujeres presento riesgo algo y un 50% riesgo bajo sin embargo los hombres un 66.6% riesgo alto y un 33.3% riesgo bajo. Los métodos de suicidio más utilizados por ambos sexos fueron cortarse e intoxicación con fármacos.

De las comorbilidades más frecuentes se encuentran el uso de sustancias y los trastornos psiquiátricos del eje I en su mayoría trastornos afectivos.

12. Recomendaciones:

Crear un protocolo para la atención del paciente con riesgo suicida tanto a nivel comunitario como hospitalario, que pueda ser utilizado por personal no especializado y que permita valorar no solo trastornos del eje II sino también los pertenecientes al eje I para poder dar un tratamiento que evite los intentos recurrentes por parte de la población vulnerable o incluso la muerte de estos.

Fortalecer la educación continua del personal de salud impartiendo jornadas sobre la valoración global del paciente con riesgo suicida, uso de escalas de valoración del mismo y referencia oportuna a servicios de salud mental pues si bien algunas veces parece un intento de baja letalidad el riesgo al evaluarlo por escalas cuantitativas suele ser alto.

Implementar un protocolo de seguimiento telefónico por psicología para los pacientes con alto riesgo suicida posterior al alta hospitalaria donde se pueda valorar el apego al tratamiento y la presencia de riesgo de reintento suicida para una nueva valoración en unidad de emergencia del hospital si lo amerita.

13. Referencias:

(1) Roca Bennasar M, Baca Baldomero E. Trastornos de personalidad. Barcelona, España: Sociedad Española de Psiquiatría; 2004

(2) Suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 03 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

(3) Estadísticas de suicidio en El Salvador. Datos de enero a septiembre de 2021 Según el Instituto de Medicina Legal (IML) [Internet]. Observadsdr.org. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2021/11/DSDR.-Hombres-se-suicidan-4-veces-mas- que-las-mujeres-en-El-Salvador-a-sept-2021.pdf

(4) Suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 03 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

(5) Gelder MG, López Ibor JJ, Andreasen NC. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Psiquiatría; 2003.

(6) American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013 [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657

(7) J Vallejo Ruiloba, introducción a la psiquiatría. Sexta edición, editorial científico medica Barcelona 1971.

(8) Magno-Muro P, Cruzado L. “Ideas pasivas de muerte”: una errónea nomenclatura en el fenómeno suicida. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2021;84(2):149–50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v84n2/0034-8597-rnp-84-02-149.pdf

(9) Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health. 2016;9(3):134-42.

(10) Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011 Dec;168(12):1266-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. PMID: 22193671; PMCID: PMC3893686

(11) American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013 [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657

(12) EL SUICIDIO: se refiere a una conducta AIRC. GLOSARIO DE TÉRMINOS TÉCNICOS SOBRE CONDUCTA SUICIDA [Internet]. Sintesis.com. [citado el 02 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Glosario%20suicidio.pdf

(13) Barrero DAP. Glosario de Términos Suicidológicos [Internet]. psicologia-online.com. 2018 [citado el 02 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/glosario-de-terminos-suicidologicos-704.html

(14) El último contacto DCD. ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS) [Internet]. Columbia.edu. [citado el 03 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS-CognitivelyImpared-SinceLastContact-US-spanish.pdf

(15) Declaración de Madrid AP la AG, de Yokohama del 25 de A de 1996 y. RP la AG-N, De agosto de del 26. DECLARACIÓN DE MADRID SOBRE LOS REQUISITOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA DE LA PSIQUIATRÍA [Internet]. Uba.ar. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/normativas_deontologicas/Declaracion%20Madrid_WPA.pdf

(16) Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

(17)Forti Sampietro L, Forti Buratti MA. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. Rev Esp Med Leg [Internet]. 2012;38(4):149–54. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473212000818

(18) Kienast T, Stoffers J, Bermpohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2014 [citado el 13 de junio de 2023];111(16):280–6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280

(19) Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2016;12(1):307–30. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204

(20) Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 1998;155(12):1733–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733

(21)) Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 [citado el 13 de junio de 2023];15(7):1425. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425

(22) Sieso Sevil, Ana Isabel; Fernández Parrado, Carmen; Zahíno Pardo Falcón, María Eva. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico [citado el 13 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.pdf

14.ANEXOS:

Anexo 1: glosario de términos (12)(13).

Acto suicida: Incluye el intento de suicidio y el suicidio en sí.

Conducta suicida: Conducta lesiva y autoinflingida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.

Gesto suicida: Acción o comunicación de una persona en relación a una conducta suicida, con una intención o finalidad para su entorno; puede tener consecuencias muy diversas.

Ideación suicida: pensamientos de servir como agente de la propia muerte. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grado del intento suicida.

Letalidad de la conducta suicida: peligro vital objetivo asociado con un método o acción suicida. Observe que la letalidad es distinta de y puede no siempre coincidir con la expectativa del individuo de lo que es médicamente peligroso.

Intento suicida: conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.

Suicidio interrumpido: Se produce cuando la tentativa de suicidio no es efectiva, la persona es rescatada ilesa o con secuelas o daños físicos que requieren atención médica y/o psicológica.

Intento de suicidio abortado: conducta potencialmente autolesiva con evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir pero se detuvo el intento antes de que ocurriera el daño físico.

Suicidio consumado: Intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer.

ANEXO 2: Escala de Columbia para severidad de intento suicida.
Una respuesta afirmativa a las preguntas 4, 5 ó 6 indican un riesgo alto (14).

Ideación suicida	
Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo	Desde la última visita
1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. **¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a?** **¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar?** **¿Desearías dejar de vivir?** Si la respuesta es "sí", describe:	Si / No
2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación. **¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir?** **¿Has pensado en matarte?** Si la respuesta es "sí", describe.	Si / No
3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría… y nunca lo	Si / No

llevaría a cabo”. **¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte?) ¿En qué pensaste?** Si la respuesta es “sí”, describe:	
4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera “Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo”. **Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer?** **Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo.** Si la respuesta es “sí”, describe:	Si / No
5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. **¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías?** **¿Cuál era tu plan?** **Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente?** Si la respuesta es “sí”, describe:	Si / No
Intensidad de la ideación	
La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio). _____ _____ **Ideación más seria: Tipo N(1-5) Descripción de la ideación**	Más seria
Frecuencia **¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos? Escriba la respuesta** _____ ____ (1) Sólo una vez (2) Unas pocas veces (3) Muchas (4) Todo el	

tiempo (0) No sabe/No corresponde	

COMPORTAMIENTO SUICIDA: (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)	**Desde la última visita**
Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cualquier intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. **No es necesario que haya alguna herida o daño,** sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. **¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste?** **¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso?** **¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?** **¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú_____?** **¿Estabas tratando dejar de vivir cuando tú_____?** **¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por_____?** **¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para** **obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida**)	Si / No Número total de intentos. Si / No Si / No

Si la respuesta es “sí”, describe: **¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?** **¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?**	
Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene. **¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?** Si la respuesta es “sí”, describe:	Si / No Número total de intentos interrumpidos.
Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. **¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?** Si la respuesta es “sí”, describe:	Si / No Número total de intentos abortados.
Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de	Si / No

los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). **¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?** Si la respuesta es "sí", describe:	
Suicidio consumado	Si / No
Fecha del intento más letal:	
Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte.	Ingrese código: _____
Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones	Ingrese código: _____

1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible	

Anexo 3: Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica psiquiátrica**.**

Declaración de Madrid (15).

Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002 .

En 1977, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la Declaración de Hawái en la que se establecían las normas éticas para la práctica de la psiquiatría. La Declaración fue actualizada en Viena, en 1983. Con el objeto de incorporar los cambios en las actitudes sociales y los avances de la medicina, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha examinado y revisado de nuevo algunas de esas normas éticas. La medicina es tanto un arte curativo como una ciencia. La dinámica de esta combinación se manifiesta, más que en ningún otro caso, en la psiquiatría, que es la rama de la medicina especializada en la asistencia y la protección de los personas enfermas o discapacitadas debido a algún trastorno o deficiencia mentales. A pesar de las diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible el desarrollo y la revisión permanente de normas éticas de alcance universal. En tanto que clínico, el psiquiatra debe tener en cuenta las implicaciones éticas del ejercicio de la medicina, así como de las exigencias éticas específicas de la especialidad de la psiquiatría. Por otra parte, como miembro de la sociedad, el psiquiatra debe defender el tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos. El comportamiento ético se basa en la conciencia de la responsabilidad del propio psiquiatra con cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cuál es el comportamiento correcto y adecuado. Las directrices y normas externas tales como los códigos deontológicos profesionales, las aportaciones de la ética o la normativa legal, no garantizan por sí solas una práctica ética de la medicina. El psiquiatra debe tener en cuenta siempre los límites de la relación psiquiatra-enfermo y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad. Con este espíritu, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en su Asamblea

General de 25 de agosto de 1996 las siguientes directrices éticas, que fueron actualizadas en su Asamblea General de 26 de agosto de 2002, y son la referencia para el comportamiento de los psiquiatras de todo el mundo.

1. La psiquiatría es una disciplina médica cuyos objetivos son proporcionar el mejor tratamiento posible para los trastornos mentales, rehabilitar a las personas que sufren estas enfermedades y promover la salud mental. El psiquiatra debe atender a sus pacientes proporcionándoles el mejor tratamiento disponible de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados. El psiquiatra debe seleccionar las intervenciones terapéuticas menos restrictivas para la libertad de sus pacientes y debe buscar asesoramiento en todo lo que no tuviere una experiencia suficiente. Además, el psiquiatra debe tener en cuenta y preocuparse por una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2. Es deber del psiquiatra mantenerse al corriente de los avances científicos de su especialidad y de transmitir estos conocimientos debidamente actualizados. Los psiquiatras con experiencia en investigación deben procurar el avance de las fronteras científicas de la psiquiatría.

3. El paciente debe ser aceptado, por derecho propio, como un colaborador en el proceso terapéutico. La relación psiquiatra-enfermo debe basarse en la confianza y respeto mutuos, para permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante para que pueda tomar decisiones lógicas de acuerdo con sus propios valores y preferencias.

4. Cuando el paciente esté incapacitado, no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario, buscar asesoramiento legal, para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad el paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le rodean. El tratamiento debe tener siempre como objetivo el interés del paciente.

5. Al ser requerido para evaluar a una persona, el psiquiatra tiene como primer informarle claramente sobre el propósito de la intervención profesional, el uso que se fuere a hacer de sus resultados y las posibles repercusiones de la evaluación. Esto es particularmente importante cuando intervengan terceras partes.

6. La información obtenida en la relación terapéutica es confidencial y su única y exclusiva finalidad es mejorar la salud mental del paciente. El psiquiatra tiene prohibido hacer uso de esta información en su propio beneficio, por motivos económicos o académicos. Sólo se permite la violación de la confidencialidad cuando el mantenerla pudiere dar lugar a un daño físico o mental graves para el paciente o para una tercera persona, tal y como ocurre en el abuso infantil. En estos casos, el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las medidas a tomar.

7. Una investigación que no se realice de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Toda investigación debe ser aprobada por un comité ético debidamente constituido. El psiquiatra debe someterse a la normativa, nacional e internacional, para la investigación. Sólo los psiquiatras debidamente cualificados pueden dirigir o llevar a cabo una investigación. Es necesario extremar las precauciones para salvaguardar la autonomía y la integridad física y mental de las personas con trastornos psiquiátricos, ya que son sujetos de investigación especialmente vulnerables. Las normas éticas también se aplican a la selección de grupos de población, en todo tipo de investigación, incluyendo los estudios epidemiológicos y sociológicos y las investigaciones en colaboración de naturaleza multidisciplinaria o multicéntrica.

Anexo 4: Declaración de Helsinki, Principios éticos para investigaciones en seres humanos **(16).**

Introducción:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales:

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12.La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13.Los grupos que están sub representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15.Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Anexo 5. Carta para solicitar revisión de expedientes:

San Salvador 8 de Mayo 2023

Para: Dr. Rigoberto Antonio González Gallegos

Director de Hospital Nacional psiquiátrico

De: Dra. Rosa Elena Manzano Coppo

Egresada de psiquiatría y salud mental.

Saludos cordales, el motivo de la presente es para solicitar su autorización para revisar los expedientes que utilizare en mi investigación de tesis "Determinantes de conducta suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de observación psiquiátrica de Enero-Diciembre del 2022" ya se encuentra aprobada por el comité de ética del hospital. Solicito me autorice poder revisar a través del SIS el día 20 y 21 de Mayo del 2023.

Le agradezco de antemano por su apoyo y anexo carta de aprobación del comité de ética para la realización de la investigación.

Atentamente.

Dra. Rosa Elena Manzano Coppo

Anexo 6. Carta a comité de ética hospitalario:

San Salvador 18 de Abril 2023.

Para: Comité de ética.

Hospital Nacional Psiquiátrico.

De: Dra. Rosa Elena Manzano Coppo

Egresada de psiquiatría y salud mental.

Respetable comité de ética,

El motivo de la presente es para solicitar la revisión de mi trabajo de investigación "Determinantes de conducta suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite ingresados en el servicio de observación psiquiátrica en el año 2022", mi protocolo de investigación que anexo a uds ya ha sido aprobado por mi asesor por lo cual envió carta de aprobación, quedo atenta a sus comentarios y dejo número y correo electrónico de contacto.

Celular: 7532-3937

Correo electrónico: NenaCoppo@hotmail.com

Atentamente.

Dra. Rosa Elena Manzano Coppo

Anexo 7. Aprobación del comité de ética.

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO
"DR. JOSE MOLINA MARTINEZ"
COMITE LOCAL DE ETICA EN INVESTIGACION

HOSPITAL

Comite Local de Ética de investigación en Salud
ACTA No C. Etica-HNP-11-2023
EVALUACION ETICA DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Reunidos en el salón de usos múltiples del área de Docencia del Hospital Nacional Psiquiatrico "Dr. Jose Molina Martinez", a los 26 días del mes de abril del año 2023, el Comite local de Ética en Investigacion, con asistencia de los siguientes miembros: Dra. Carlota Eugenia Melendez, coordinadora, Dra. Tania Abrego, subdirectora psiquiatra, Licda. Ana Veronica Cruz de Rosales, jefe de Fisioterapia, Licda. Ana Leticia Andrade Quintanilla, jefe de enfermeria, y Licda. Ana Aldon, jefe de trabajo social, quienes hemos revisado los documentos presentados por la Dra. Rosa Elena Manzano Coppo, egresada de la especialidad de Psiquiatria y Salud Mental, de la Universidad de El Salvador (UES), Escuela de Postgrado, como tesis para optar a la titulacion de su especialidad, a saber:

ESTUDIO: "**Determinantes de conducta suicida en pacientes diagnosticados con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite, ingresados en el servicio de observacion psiquiatrica del Hospital Nacional Psiquiatrico de junio a diciembre de 2022**"

Considerando que el proceso de investigación presenta las siguientes observaciones:

1) Los miembros del comité declararon no tener conflicto de interés.
2) Los antecedentes curriculares del investigador principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticamente aceptables.
3) No hay observaciones y recomendaciones de acuerdo a la evaluación individual y en consenso con este comité.

En consecuencia, el comité local de ética en investigación en salud del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", **APRUEBA** por unanimidad el estudio.

Dra. Carlota E. Melendez
Coordinadora

Sello

Calendario de actividades programadas:

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboración de perfil de investigación de investigación	2022											2022
Presentación de protocolo de investigación a UES para aprobación		2023	2023									
Presentación de protocolo y aprobación por comité de ética				2023								
Etapa de recolección de datos					2023							
Análisis de resultados						2023						
Presentación de trabajo final							2023					