

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS**



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACION**

“Conducta suicida en pacientes ingresados en pabellón de observación psiquiatría de Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez periodo de enero a diciembre 2022”

**Presentado por:**

Dra. Ariadna Stefany Ponce González

**Para optar al título de:**

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

**Asesor Metodológico:**

Dr. Wilson Stanley Avendaño Martell

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2023

## Resumen

A nivel mundial, la conducta suicida es frecuente en las personas y afecta cada vez más a la población joven, resultando muchas veces en un desenlace fatal.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la presencia de conductas suicidas y los factores de riesgo que intervienen en dichas conductas en los pacientes que fueron ingresados en pabellón de observación psiquiatría de Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez en el periodo de enero a diciembre de 2022. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

**Materiales y método:** Recolección de datos: realizada a través de una Ficha, con datos obtenidos de los expedientes en línea del Hospital. La población total sujeta al estudio es de 144 pacientes (102 mujeres y 44 hombres)

**Resultados:** El sexo femenino tuvo una mayor cantidad de ingresos hospitalarios (N=102), en cuanto a la muestra total, los principales diagnósticos fueron; trastornos depresivos (N=74) seguido por Trastornos de la personalidad (N=16).

Los factores más asociados a la conducta suicida fueron: el abuso durante la infancia y los problemas familiares. El intento suicida se encontró presente en 54 pacientes, utilizando métodos de intoxicación autoinfligida, lesiones autoinfligidas y ahorcamiento

**Conclusiones:** La población que incurre en más conductas suicidas, se encuentra entre las edades de 12 a 30 años. Las mujeres realizan una mayor cantidad de intentos suicidas con menor letalidad comparado con los hombres que tienen intentos suicidas más letales.

## Contenido

I.	Introducción .....	5
II.	Justificación .....	7
III.	Objetivos. ....	8
	3.1 Objetivo General.....	8
	3.2 Objetivos específicos.....	8
IV.	Marco teórico.....	9
	4.1 Generalidades de la conducta suicida. ....	9
	4.2 Términos de la conducta suicida .....	11
	4.3 Epidemiología de la conducta suicida. ....	12
	4.4 Métodos utilizados.....	12
	4.5 Etiopatogenia.....	13
	4.6 Factores de riesgo.....	14
	4.6.1 Heredabilidad.....	14
	4.6.2 Sexo.....	14
	4.6.3 Edad.....	15
	4.6.4 Desempleo.....	15
	4.6.5 Estado civil:.....	15
	4.6.6 Conducta suicida previa. ....	16
	4.6.7 Factores culturales. ....	16
	4.6.8 Salud física .....	16
	4.6.9 Acontecimientos vitales y apoyo social. ....	17
	4.7 Factores precipitantes: .....	17
	4.8 Factores protectores.....	18
	4.9 Trastornos mentales y suicidio.....	19
	4.9.1 Depresión.....	21
	4.9.2 Esquizofrenia. ....	23
	4.9.3 Trastornos de personalidad .....	24
	4.9.4 Trastorno bipolar.....	25
	4.9.5 Trastorno por abuso de sustancias .....	27
V.	Hipótesis .....	28
VI.	Diseño metodológico.....	29
	6.1 Tipo de estudio .....	29
	6.2 Población.....	29
	6.3 Tamaño de la muestra.....	29
	6.4 Criterios de inclusión .....	29

6.5 Criterios de exclusión. ....	30
6.6 Método de recolección de datos. ....	30
6.7 Análisis estadístico .....	30
6.8 Operacionalización de variables. ....	32
6.9 Consideraciones éticas .....	34
6.10 Cronograma.....	35
VII. Análisis de resultados .....	36
7.1 Factores asociados a conducta suicida y diagnósticos más frecuentes. ....	36
7.2 Estimar el promedio de días de hospitalización por paciente y número de reingresos. ....	53
7.3 Asistencia a cita post alta y adherencia terapéutica.....	56
VIII. Discusión .....	59
IX. Conclusiones .....	63
X. Recomendaciones .....	65
XI. Limitaciones del estudio .....	67
XII. Anexos.....	68
Anexo 1. Glosario de términos .....	69
Anexo 2. Ficha de recolección de datos .....	70
Anexo 3. Criterios diagnósticos de episodio depresivo.....	72
Anexo 4. Criterios de gravedad de un episodio depresivo.....	73
Anexo 5: Clasificación Trastornos de personalidad .....	76
Anexo 6. Clasificación del Trastorno Bipolar.....	77
Anexo 7. Carta de Solicitud para revisión de expedientes.....	79
Anexo 8. Carta comité de ética .....	80
Anexo 9. Tablas de datos.....	81
XIII. Bibliografía. ....	84

## I. Introducción

Cada año, cerca de 703,000 personas en el mundo se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. <sup>(1)</sup>

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida, como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas, está mermada.

La estigmatización, sobre todo la que se crea en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o tratan de hacerlo y que, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan. La prevención del suicidio no se ha abordado debidamente, porque falta sensibilización sobre la importancia que reviste como problema para la salud pública y por el tabú existente en muchas sociedades que impide tratar sobre él abiertamente. Hasta hoy, según datos de la OMS solo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre las prioridades de sus políticas de la esfera de la salud y solo 38 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención específica.

Los datos publicados en el año 2015 registraron una cantidad de 678 suicidios en El Salvador, de media, cada día al menos una persona se quita la vida <sup>(2)</sup>. La tasa de suicidios en El Salvador es de 10,72 por cada 100.000 habitantes, por encima de la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,57 por cada 100.000 habitantes <sup>(3)</sup>

El Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Jose Molina Martínez cuenta con un pabellón destinado a la atención de pacientes que presentan conductas suicidas, siendo este el pabellón de observación psiquiatría; el cual posee un total de 30 camas para el ingreso de 15 hombres y 15 mujeres respectivamente, la población ingresada va desde los doce años en adelante. En el pabellón se realizan evaluaciones psiquiátricas diariamente, además de contar además con la atención del área psicológica.

Al momento del alta hospitalaria los pacientes adolescentes ingresados por riesgo suicida tienen un periodo de cita post alta no mayor a una semana además de que el hospital cuenta con un grupo de apoyo a los adolescentes, el cual se reúne de manera frecuente en las instalaciones del hospital y es atendido tanto por un especialista en psiquiatría y un psicólogo. Todo ello difiere con el resto de la población con edad mayor o igual a 20 años, en el cual los tiempos de cita post alta son mas alargados y no se tiene un grupo de apoyo para estos pacientes.

El estudio de esta población nos da una mejor visión acerca de los factores que afectan a la población salvadoreña que realizan este tipo de conductas para brindar así mejores estrategias de atención.

## **II. Justificación**

La conducta suicida es algo que es muy frecuente en todo el mundo y la cual tiene como final trágico el suicidio. La literatura nos describe que hay muchos factores predisponentes en el individuo que ocasionan que la capacidad de afrontamiento se vea afectada y que hace que este sea capaz de llevar a cabo dicha acción.

Con la conducta suicida no solo se ve afectada la persona que lo comete, sino que también afecta a las personas a su alrededor, además de ser un problema de salud pública, que ocasiona gastos al Estado en cuanto a ingresos hospitalarios.

Dentro de los factores predisponentes se encuentra el padecer un trastorno mental, siendo este uno de los factores que afecta a la población que consulta en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

En los años de post grado, realizado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se tiene contacto con una gran cantidad de pacientes; en donde una de las causas frecuentes de consulta son las conductas suicidas, incluyendo a pacientes que ya han tenido múltiples intentos suicidas y hospitalizaciones, por lo que el estudio de esta población en específico es de vital importancia para conocer los factores que afectan a la población salvadoreña que sufre un trastorno mental. Al lograr identificar los factores involucrados en la conducta suicida se pueden realizar planes de acción dirigidos a mejorar la atención hacia esta población, la cual presenta un riesgo elevado de suicidio y de esta manera poder prevenir desenlaces favorables que pueden evitarse si se realizan las intervenciones de manera oportuna.

### **III. Objetivos.**

#### **3.1 Objetivo General**

- Determinar la presencia de conducta suicida en pacientes ingresados en pabellón de observación psiquiatría en Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez, periodo de enero a diciembre de 2022

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar los factores asociados a conducta suicida y diagnóstico más frecuente presentado en pacientes hospitalizados en pabellón de observación psiquiatría en el Hospital Nacional Psiquiátrico
- Estimar el promedio de días de hospitalización por paciente y número de reingresos.
- Describir la adherencia terapéutica y la asistencia a cita post alta en consulta externa.



## **IV. Marco teórico**

### **4.1 Generalidades de la conducta suicida.**

El suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos <sup>(4)</sup>.

El suicidio en El Salvador es un fenómeno relacionado con la salud mental y los problemas sociales de la población. Desde 1970 la OMS identificó el acto suicida como un problema de salud pública.

Respecto al Plan de Acción 2013-2020 de la OMS, sólo 33% de los Estados miembros de dicha organización recopilan datos específicos de manera periódica sobre la salud mental de sus habitantes, 68% tiene una política o plan de salud mental y 51% ha promulgado una legislación independiente en la materia <sup>(5)</sup>.

Desde 2003 designó la fecha del 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio. El Día Mundial de la Prevención del Suicidio (DMPS), que se celebra anualmente el 10 de septiembre, organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP ) y avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene el objetivo general de crear conciencia acerca de la prevención del suicidio en todo el mundo

El tema del DMPS 2022 “*Crear esperanza a través de la acción*”, refleja la necesidad de una acción colectiva para abordar este problema urgente de salud pública. <sup>(6)</sup>

Las consecuencias son devastadoras tanto para las personas que realizan actos suicidas y sus familiares como para el Estado, debido a las lesiones físicas, traumas emocionales y mentales, hospitalizaciones y alta inversión que implica un tratamiento para la recuperación integral. Además, el suicidio genera un impacto económico debido a la pérdida de población en edades productivas

El término conducta suicida hace referencia a un amplio abanico de conductas que van desde la idea de muerte, seguido por la ideación suicida (pensamiento sobre el suicidio), la planificación (elaboración de un plan para suicidarse y contar con los medios necesarios para realizarlo), así como el intento de suicidio considerado como el acto que una persona lleva a cabo de forma voluntaria para acabar con su vida sin llegar a la consumación y finalmente el suicidio consumado como el acto por el cual una persona se quita la vida <sup>(7)</sup>.

Hay que tener en cuenta que la realización de alguna de estas conductas puede tener como fin la intención de acabar con la vida, pero en muchos casos son actos realizados por la incapacidad de la persona para gestionar un malestar del que cree que será imposible salir, así como concibiendo intolerable la idea de vivir

La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida.

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones que muestran qué factores de riesgo y de protección pueden

ser modificados, como también qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención preventiva. La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto.

En aproximadamente la mitad de los suicidios se encuentra un intento previo en la historia de la persona, que ofrece, en teoría, una oportunidad para la intervención en el suicidio.

Una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos es el suicidio con frecuentes traslapes, destacan entre éstos la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad, por lo tanto, el suicidio representa una entidad compleja.

#### **4.2 Términos de la conducta suicida <sup>(8)</sup>**

- Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.
- Suicidio consumado: Acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- Suicidio frustrado: Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.
- Simulación suicida: Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque hay fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto.
- Ideación suicida: Pensamientos, planes y actos preparatorios relacionados con el suicidio

- Intento de suicidio: Acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- Gesto suicida: Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará.
- Amenaza suicida: Es dar a entender con palabras a sobre una acción suicida que se realizará.

### **4.3 Epidemiología de la conducta suicida.**

Se ha estimado que alrededor de un millón de personas mueren por suicidio al año en el mundo, en América Latina la incidencia de suicidio fluctúa entre el 2,1 y el 12,8 por 100.000 por año habitantes que representa el 12,8% y 20,5% de todas las muertes por causas violentas <sup>(9)</sup>

Durante el último siglo se han observado cambios significativos en los índices de suicidio en determinadas subpoblaciones (p. ej., un aumento en adolescentes y un descenso en los ancianos).

### **4.4 Métodos utilizados.**

La elección del método específico se produce al final del proceso suicida y representa la última posibilidad de intervenir. Un factor importante que influye en esta elección es la disponibilidad.

El ahorcamiento cuenta con disponibilidad universal y globalmente es el método más común de suicidio. En muchos países la fácil disponibilidad de las armas de fuego las hace potencialmente peligrosas, especialmente entre varones adolescentes y adultos jóvenes.

En los suicidios consumados es habitual utilizar métodos más violentos y de mayor letalidad que los utilizados en los intentos; en estos últimos, el método más empleado con diferencia es el envenenamiento, ya sea con fármacos o con otras sustancias.

La restricción de la disponibilidad de medios peligrosos es una estrategia basada en el hecho de que las crisis suicidas suelen ser breves, los actos de suicidio a menudo son impulsivos y el índice de suicidio a largo plazo de los intentos serios de suicidio es notablemente bajo <sup>(10)</sup>.

La letalidad del acto de suicidio está relacionada con la intensidad del intento de morir y el grado de mutilación causada por el acto, y por la rapidez con que el método puede causar la muerte. Las armas de fuego, el monóxido de carbono y el ahorcamiento son métodos de suicidio activos con el potencial más elevado de causar la muerte.

#### **4.5 Etiopatogenia**

La conducta suicida es compleja porque en ella intervienen una gran cantidad de factores de diversa índole. Por consiguiente, no existe una única razón por la que las personas deciden quitarse la vida, sino que en cada caso particular existen determinados factores de riesgo o predisponentes, que hacen más probable la aparición de un comportamiento suicida cuando confluyen otros factores precipitantes.

El suicidio es una muerte multicausal, pues involucra factores biológicos, psicológicos y sociales.

En los factores biológicos se tiene: baja concentración del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas; elevados niveles de actividad de la enzima MAO en las plaquetas; papel de los ejes hipotálamo-hipófisis-suprarrenal e hipotálamo-hipófisis-tiroides en la génesis

de la depresión; depleción global de catecolaminas y predisposición genética a padecer enfermedades suicidógenas <sup>(11)</sup>.

En los factores psicológicos se tiene: desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional, poca capacidad de amar a otros y a sí mismo, necesidades psicológicas frustradas, desamparo, elevada agresividad, constricción de las emociones y del intelecto, opción suicida predominando sobre otras, ambivalencia, dolor psíquico.

En los factores sociales se tiene: exceso de individualización, ruptura brusca del equilibrio existente entre el sujeto y la sociedad. Se observa que vivir solo, historia familiar de enfermedad mental o suicidio y los acontecimientos vitales adversos también son factores que aumentan la probabilidad de conducta suicida.

#### **4.6 Factores de riesgo.**

##### **4.6.1 Heredabilidad.**

La presencia de antecedentes familiares de conducta suicida en la familia biológica se asocia con la conducta suicida en el sujeto. La importancia de la genética en el suicidio y los intentos de suicidio es muy importante, distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética <sup>(12)</sup>.

##### **4.6.2 Sexo**

La razón hombre: mujer para suicidio esta entre 2 a 1 y 7 a 1. Los hombres utilizan métodos más violentos como armas de fuego o saltar de pisos altos, las mujeres lo hacen más por sobredosis.

### **4.6.3 Edad.**

En los varones, la incidencia máxima de suicidios se observa a partir de los 45 años, y en las mujeres, después de los 55 años. Las personas mayores intentan suicidarse con menos frecuencia que las jóvenes, pero consiguen su objetivo más a menudo.

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 24 años, después de los accidentes y de los homicidios, y en esta población se registran entre 1 y 2 millones de intentos de suicidio al año. En la actualidad, la mayoría de los suicidios se producen entre los 35 y los 64 años <sup>(13)</sup>.

### **4.6.4 Desempleo.**

Los desempleados tienen una incidencia más alta de suicidio, interactuando circunstancias socioeconómicas, vulnerabilidad psicológica y eventos estresantes.

### **4.6.5 Estado civil:**

Para los viudos el riesgo de suicidio se calcula que incrementa más de 15 veces. Esto puede ser a que los hombres necesitan más tiempo para la elaboración del duelo, tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio y expresan menos los sentimientos. El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o separación y permanece elevado hasta los 5 años tras la pérdida.

El matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa, sobre todo cuando se convive con los hijos. Las personas que nunca se han casado presentan un índice global que casi duplica el de las casadas. El divorcio aumenta el riesgo de suicidio, y los hombres divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres divorciadas. Los viudos también muestran índices más altos.

#### **4.6.6 Conducta suicida previa.**

Múltiples estudios coinciden en señalar el antecedente de intentos autolíticos en la historia previa del paciente como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado. Las personas que han cometido ya alguna tentativa en el pasado tienen 40 veces más riesgo de morir por suicidio.

#### **4.6.7 Factores culturales.**

La cultura define actitudes básicas frente a la vida y a la muerte, así como frente al suicidio en la sociedad. La cultura occidental ha tenido cierta tendencia a enfatizar el libre albedrío del individuo y la responsabilidad por la propia vida, mientras que las tendencias egoístas y anonimistas de la sociedad se han intensificado y el altruismo casi ha desaparecido. Dichos cambios pueden haber incrementado la incidencia de suicidios en la sociedad.

#### **4.6.8 Salud física**

La relación entre la salud física y la enfermedad con el suicidio es significativa. Los cuidados médicos previos son un indicador que se relaciona positivamente con el riesgo de suicidio: sobre una tercera parte de los suicidas ha recibido atención médica en los 6 meses anteriores a su muerte, y se ha calculado que la enfermedad física contribuye de manera importante al suicidio en cerca de la mitad de los casos.

Los factores asociados a la enfermedad que contribuyen tanto al suicidio como a las tentativas son: la pérdida de movilidad, en especial cuando la actividad física es importante en el trabajo o en el tiempo libre; la desfiguración, en particular en las mujeres, y el dolor crónico e intratable.



La aparición de sintomatología depresiva comórbida parece ser un factor determinante en la asociación con la conducta suicida entre este tipo de pacientes

#### **4.6.9 Acontecimientos vitales y apoyo social.**

La situación vital que precede al suicidio se caracteriza típicamente por un exceso de acontecimientos vitales adversos y factores recientes de estrés, los cuales pueden ser problemas laborales, discordia familiar, separación y muerte o enfermedad en la familia, violencia doméstica, abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; problemas familiares de comunicación; facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar.

#### **4.7 Factores precipitantes:**

Son aquellas situaciones que, junto a los factores de riesgo, pueden desencadenar un problema. Entre ellos destacan:

- Diagnóstico de un trastorno mental
- Empeoramiento o crisis de enfermedades graves
- Experiencias traumáticas (agresiones, malos tratos, abusos, bullying...)
- Consumo excesivo de tóxicos
- Cambios vitales estresantes
- Fracaso profesional o pérdida del empleo
- Divorcio o desengaño amoroso
- Pérdida de seres queridos
- Descubrimiento o no aceptación de la homosexualidad

#### 4.8 Factores protectores.

Los factores protectores disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno mental, mediante la reducción a la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo y son: <sup>(14)</sup>

- *Individuales:* Dentro de los que se encuentra un buen estado de salud; hábitos saludables; adecuada nutrición; actitud y carácter positivo; buena relación con los pares; apropiadas aptitudes sociales; sentido de esperanza y optimismo; autoestima adecuada; manejo del estrés; adaptabilidad; cociente intelectual elevado; nivel de educación alto; sentido de coherencia; metas profesionales y existencia de proyecto de vida.
- *Familiares:* Satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno; estabilidad y coherencia del núcleo familiar; estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos; vida regular en el colectivo; reconocimiento de logros; apoyo a metas positivas; promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión; establecimiento de límites sociales apropiados de conducta, evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia.<sup>(15)</sup>
- *Comunitarios:* Oportunidades educativas y profesionales; actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas); apoyo social; apoyo a las familias con necesidades especiales; legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental); construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos); oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo.

*Institucionales:* Formación de personal de atención primaria que realice la identificación y atención a las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato; instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente; instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población.

#### **4.9 Trastornos mentales y suicidio.**

El riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es de 3 a 12 veces mayor que el de las personas sin problemas mentales. El grado de riesgo varía en función de la edad, el sexo, el diagnóstico y si el paciente está ingresado o no.

El suicidio es, entonces, superior en dicha población, lo que representa un desenlace muy costoso para las familias y la sociedad.

Según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas con trastornos mentales no tratadas representan 13% del total de la carga de la morbilidad mundial; asimismo, la depresión está en el tercer lugar entre las causas de enfermedad. Por otro lado, también de acuerdo con datos de la OMS, cada año se suicidan cerca de 800,000 personas; actualmente es la segunda causa de muerte en la población de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años.

Los pacientes psiquiátricos, hombres y mujeres, que han estado ingresados alguna vez tienen un riesgo de suicidio de 5 a 10 veces superior, respectivamente, al de sus grupos de control en la población general.

Las personas de la población general que se suicidan tienden a ser de mediana edad o ancianas, pero los estudios comunican una tendencia cada

vez mayor a que los pacientes psiquiátricos que se suicidan sean relativamente jóvenes

Los trastornos mentales son un importante factor de riesgo, ya que cerca del 90% de personas que cometen suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico y cuando éstos se agravan suele presentarse mayor mortalidad por suicidio, según reportan autopsias psicológicas.

La conducta suicida aumenta notoriamente a partir de las alteraciones psiquiátricas, en el 60% de los casos se evidencian problemas de depresión y en el 40% restante trastornos de personalidad, esquizofrenia, drogadicción y alcoholismo. A pesar de esto no se pueden relacionar los trastornos psiquiátricos con el suicidio, pues no todos los pacientes con problemas mentales recurren a éste como solución a sus problemáticas. Esto evidencia que pueden existir otros factores que se relacionan con la vulnerabilidad y la impulsividad de la conducta suicida <sup>(16)</sup>.

Es común que las personas con este tipo de diagnósticos asistan a servicios de atención primaria y consulten profesionales de salud durante el año previo al suicidio y la cantidad de necesidades no satisfechas en esta población aumentan la carga social, el costo mismo de la enfermedad y las pérdidas humanas.

Existe en la población con trastornos mentales un riesgo de suicidio relacionado con el alta hospitalaria tras una crisis propia del trastorno o un intento de suicidio: se ha reportado que el periodo de mayor riesgo son las cuatro primeras semanas después del alta lo que podría explicarse por una percepción de pérdida de apoyo, menor supervisión, recaída al verse nuevamente expuestos a problemas en el medio habitual, abandono del tratamiento, o que simplemente no estén del todo recuperados, con lo cual se justifica la importancia del mantenimiento del tratamiento con medicación profiláctica en personas con episodios recurrentes, adecuado apoyo

comunitario, atención especial a los signos precoces de recaída y diseño de planes que mitiguen el riesgo.

En general, los trastornos mentales incrementan de manera significativa la posibilidad de un evento autolesivo. El riesgo de suicidio en presencia de un trastorno mental puede multiplicar de 4 a 25 veces el que se observa en la población sin trastorno mental, con excepción del trastorno del desarrollo de la capacidad intelectual y el deterioro cognitivo mayor. No obstante, hay evidencia de que más del 98 % de las personas con trastornos mentales no mueren por suicidio <sup>(17)</sup>.

#### **4.9.1 Depresión.**

Los trastornos depresivos son trastornos mentales comunes que ocurren en personas de todas las edades en todas las regiones del mundo.

La depresión ha sido reconocida en los últimos años como una causa importante de la comisión de suicidios. Dicho trastorno es una enfermedad mental que en el mundo origina numerosos problemas de salud y discapacidad.

El conocer que los trastornos depresivos son una de las principales causas de carga de morbilidad en todo el mundo ha ayudado a priorizar los trastornos depresivos en las agendas mundiales de salud pública <sup>(18)</sup>.

El DSM V define el trastorno depresivo como episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas, se presenta estado de ánimo bajo, reducción de la energía, disminución de la actividad, autoestima reducida.

Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años.

**Clasificación** (Ver Anexo 3 y 4)

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente
- Distimia.

La OMS estima que 1 de cada 5 personas atendidas en emergencias se ve afectada por depresión y ansiedad <sup>(19)</sup>. El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general.

A nivel sintomatológico existe una relación entre depresión y suicidio. En la tentativa de suicidio, la depresión juega un papel determinante y afecta principalmente a los adolescentes.

Los pacientes con trastornos depresivos se suicidan más en las fases precoces de la enfermedad; se suicidan más hombres que mujeres, y las probabilidades de que las personas deprimidas se quiten la vida aumentan si son solteras, separadas, divorciadas o viudas, o han sufrido una pérdida reciente. En la comunidad, los pacientes con trastornos depresivos que se suicidan tienden a ser de mediana edad o anciano

En personas con trastorno depresivo al menos un 27% han tenido un intento de suicidio a lo largo de sus vidas.

#### **4.9.2 Esquizofrenia.**

El riesgo de suicidio de los pacientes con esquizofrenia es alto: de hasta un 10%. Así pues, los factores de riesgo de suicidio en los pacientes con esquizofrenia son la edad joven, el sexo masculino, el estado civil soltero, los antecedentes de tentativas, la vulnerabilidad a los síntomas depresivos y el alta hospitalaria reciente.

El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno mismo o a otros. El riesgo de suicidio se mantiene alto a lo largo de toda la vida en los varones y en las mujeres, aunque podría ser especialmente elevado en los varones jóvenes con consumo comórbido de sustancias.

Otros factores de riesgo son los síntomas depresivos o los sentimientos de desesperanza, la situación de desempleo y el período posterior a un episodio psicótico o a un alta hospitalaria <sup>(20)</sup>, pacientes que estén aislados socialmente y que vivan solos, quizás en una habitación.

Haber estado ingresado tres o cuatro veces entre los 20 y los 30 años probablemente deteriora la adaptación social, laboral y sexual de los pacientes esquizofrénicos propensos al suicidio.

El curso agresivo y deteriorante de la enfermedad, con numerosas recaídas, es también un factor de riesgo.

Es importante señalar el porcentaje de prevalencia de intentos de suicidio al inicio de la esquizofrenia (45,9 %), el cual duplica el porcentaje de prevalencia de vida de intentos de suicidio. Por consiguiente, a los pacientes con Esquizofrenia de reciente diagnóstico es necesario aplicarles instrumentos o cuestionarios para comportamiento suicida. También, es conveniente una evaluación detallada de esta conducta en pacientes con experiencias psicóticas <sup>(21)</sup>.

### **4.9.3 Trastornos de personalidad**

Los trastornos de personalidad se clasifican en tres clusters: Cluster A, que incluye los subtipos paranoide, esquizoide y esquizotípico; Cluster B que incluye el antisocial, límite, histriónico y narcisista; y Cluster C que comprende el evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Se definen como alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias de comportamiento del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro o de una enfermedad psiquiátrica. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta <sup>(22)</sup>

#### **Clasificación:**

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno disocial de la personalidad
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: Tipo Impulsivo, tipo límite.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno anancastico de la personalidad.
- Trastorno ansioso (evitativo) de la personalidad.
- Trastorno dependiente de la personalidad

La OMS estima que la prevalencia de Trastorno de Personalidad en la población general es de un 6,1%. Las prevalencias de los diferentes clusters (A, B y C) son 3.6%, 1.5% y 2.7%, respectivamente.

Los adultos que cometen suicidio e intentos de suicidio tienen con frecuencia trastornos de personalidad de tipo límite, narcisista e histriónico, siendo de gran interés estudiar en los niños y adolescentes en qué medida la presencia



de rasgos patológicos de personalidad aumenta el riesgo de comportamientos suicidas <sup>(23)</sup>.

Dentro de la población con un diagnóstico psiquiátrico, la prevalencia de Trastorno de personalidad aumenta a un 30%. Las personas con un trastorno de personalidad son más frecuentemente jóvenes, solteros, hombres, de clase social baja y nivel educativo bajo. Específicamente, el trastorno antisocial se relaciona más con ser hombre, mientras que el histriónico, límite y dependiente, con ser mujer.

Un trastorno de la personalidad puede determinar la conducta suicida a través de varios mecanismos: la predisposición a trastornos mentales importantes, como los trastornos depresivos o la dependencia del alcohol; la provocación de dificultades en las relaciones y la adaptación social; la precipitación de sucesos vitales indeseables; la alteración de la capacidad para afrontar un trastorno mental u orgánico, y la generación de conflictos entre los pacientes y las personas de su entorno, como los familiares, los médicos y los miembros del personal hospitalario.

#### **4.9.4 Trastorno bipolar**

El trastorno bipolar se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste en algunas ocasiones en un humor elevado y aumento de la energía y actividad y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad.

Además de la alteración del estado del humor, en el Trastorno Bipolar se presentan, en mayor o menor medida, alteraciones de la emoción, del pensamiento, cambios recurrentes en los niveles de energía y el comportamiento. Además, es común la aparición de síntomas cognitivos como

la alteración del tiempo de reacción, la disfunción ejecutiva o la afectación de la memoria visual o verbal <sup>(24)</sup>.

Debido a que es una enfermedad de inicio temprano, curso crónico y recurrente, sus efectos tienen repercusiones severas en el funcionamiento académico, laboral, social y familiar, aún en lapsos de estabilidad clínica <sup>(25)</sup>.

### **Clasificación.**

- Trastorno bipolar episodio actual hipomaniaco
- Trastorno bipolar episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar episodio actual depresivo leve o moderado
- Trastorno bipolar episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar episodio actual mixto

La prevalencia a lo largo de la vida se estima en 2,4% en todo el mundo debido a sus presentaciones clínicas complejas y variables, a menudo se diagnostica erróneamente para otros trastornos psiquiátricos como la depresión mayor y el trastorno por abuso de sustancias, lo que resulta en malos resultados del tratamiento y un mayor riesgo de suicidio <sup>(26)</sup>

A lo largo de su vida, la gran mayoría (80%) de los pacientes psiquiátricos con trastornos bipolares tienen ideación suicida o ideación más intentos de suicidio. El Trastorno bipolar constituye un factor de riesgo significativo tanto para los intentos de suicidio como para el suicidio en sí. El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en los pacientes se ha estimado en entre un 6 y un 15%.

Las tasas de suicidio, que son de un promedio del 0,4% anual en los varones y mujeres con un diagnóstico de Trastorno Bipolar, son al menos 20 veces mayores que las de la población general. <sup>(27)</sup>

En los pacientes bipolares, la falta de adherencia, con las consiguientes repercusiones clínicas y económicas, tiene una importancia especial. Se ha asociado repetidas veces a un mayor riesgo de suicidio, un aumento de las tasas de recurrencia.

Los síntomas y los episodios depresivos dominan a menudo la evolución del trastorno bipolar y son la causa más frecuente de morbilidad y, ciertamente, de muerte por suicidio.

#### **4.9.5 Trastorno por abuso de sustancias**

El trastorno por abuso de sustancias, fundamentalmente el alcohol y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas.

Entre un 5% y un 15% de las personas con problemas de abuso de alcohol se suicidan y este factor está presente en el 25-50% de todos los suicidios.

Debido a la relación establecida entre el incremento en la probabilidad de recaídas y los intentos de suicidio, así como el aumento en la presencia de emociones negativas generadas en estas situaciones, las estrategias de afrontamiento y el nivel de autoeficacia de los pacientes alcohólicos pueden actuar como predictores del riesgo de suicidio. <sup>(28)</sup> .

En los abusadores de otras sustancias también hay un aumento del riesgo. Los factores asociados parecen ser la disponibilidad de cantidades letales de fármacos, uso intravenoso de drogas, trastorno de personalidad e impulsividad.

## **V. Hipótesis**

Los factores como sexo, edad, estado civil, desempleo, pobre red de apoyo se encuentran asociados a la conducta suicida en pacientes ingresados en pabellón de observación psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico en el periodo de enero a diciembre de 2022.

## **VI. Diseño metodológico**

### **6.1 Tipo de estudio**

Estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo, sobre la conducta suicida en pacientes ingresados en pabellón de observación de Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez periodo de enero a diciembre 2022

### **6.2 Población**

Se tomo como población sujeta a investigación a todos los pacientes ingresados en el pabellón de observación psiquiatría, los cuales fueron un total de 319 pacientes, de ellos 3 se encontraban con un ingreso duplicado en censo de SIS con la misma fecha, por lo que se retiró dato duplicado, y 18 pacientes que tenían reingreso aparecían más de una vez en censo, por lo que para la investigación se tomó solo una vez cada paciente, dando una población total de 298 pacientes ingresados en el pabellón de observación psiquiatría en el periodo de enero a diciembre del año 2022.

### **6.3 Tamaño de la muestra**

De la población de 298 pacientes ingresados, 144 pacientes (102 mujeres y 42 hombres) presentaron un ingreso por conducta suicida, siendo este el criterio para la selección de los pacientes a estudiar. Debido a que fue una muestra reducida se decidió tomar la totalidad de ella.

### **6.4 Criterios de inclusión**

- Pacientes ingresados durante año 2022 en pabellón de observación psiquiatría.

- Pacientes que al ser ingresados en pabellón de observación presentaran conductas suicidas

### **6.5 Criterios de exclusión.**

- Pacientes que al momento de ingreso hospitalario en pabellón de observación psiquiatría no presentaran conductas suicidas.

### **6.6 Método de recolección de datos.**

**Fuente:** secundaria, a través de expediente clínico. Se revisaron expedientes clínicos en línea para obtener información a través de la historia clínica de ingreso.

**Recolección de datos:** Se utilizó ficha de recolección para la obtención de la información.

Se realizó una prueba piloto con la ficha de recolección de datos con 10 expedientes, en donde se logró recolectar la información necesaria para el estudio por lo que se continuó con la utilización de dicha ficha.

El estudio se realizó a través de la revisión de expedientes clínicos en SIS en donde se utilizó una ficha de recolección de datos de elaboración propia (anexo 2), el cual incluye los datos generales del paciente, así como aspectos de la historia de ingreso dentro de los cuales se encuentra diagnóstico, si hay o no conducta suicida asociada a dicho ingreso y si hay factores estresores asociados a la conducta suicida.

### **6.7 Análisis estadístico**

Se elaboró una ficha que incluía todos los parámetros a evaluar en Epi info, se digito la información en ese mismo programa y se analizó en el mismo. Los gráficos se presentaron en el programa Excel 2016, utilizando la base de datos.

Se hizo un análisis de las diferentes variables en los pacientes que fueron ingresados, entre los cuales se encontraban: edad, sexo, escolaridad, estado civil, conducta suicida, diagnóstico psiquiátrico, días de hospitalización y asistencia a cita post alta en consulta externa.

## 6.8 Operacionalización de variables.

Variable	Definición operacional	Clasificación	Dimensión de la variable	Indicador	Fuente
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativo	Adolescente Adulto. Adulto mayor	Años cumplidos	Ficha de recolección de datos
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa	-Femenino -Masculino	Fenotipo de paciente	Ficha de recolección de datos
<b>Escolaridad</b>	Periodo de tiempo que se asiste a la escuela para estudiar y aprender	Cualitativa	-Básica -Media -Bachillerato -Universitario -Analfabeta	Grado académico alcanzado	Ficha de recolección de datos
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a eso	Cualitativa	---	Soltero, acompañado, casado, divorciado, viudo, en una relación	Ficha de recolección de datos
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento propias de un determinado grupo	Cualitativa	----	Católica, cristiana evangélica, otras, no profesas	Ficha de recolección de datos
<b>Conducta suicida previa</b>	Comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza	Cualitativa	-----	Si No	Ficha de recolección de datos
<b>Diagnostico Psiquiátrico</b>	Diagnostico psiquiátrico de paciente	Cualitativa	Trastornos depresivos, Esquizofrenia	Diagnostico según expediente	Ficha de recolección de datos



			paranoide, Trastornos de personalidad Trastorno esquizoafectivo, Trastorno bipolar	clínico de paciente
<b>Días de hospitalización</b>	Tiempo en que el paciente debe permanecer en el hospital previo a alta medica	Cuantitativa		1-10 días 11-20 días 21-30 días 31-40 días 41-50 días >50 días  Ficha de recolección de datos

## **6.9 Consideraciones éticas**

La Investigación fue aprobada por parte del Comité de Ética del Hospital Nacional Psiquiátrico José Molina Martínez, dicha investigación se elaboró 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 en los cuales se destacan beneficencia, respeto por pacientes, mejora de estándares para la práctica y la aplicación de experiencia psiquiátrica al servicio de la sociedad.

La información personal de los pacientes y los datos obtenidos fueron estrictamente confidenciales., utilizados únicamente con fines de investigación.

El estudio no cuenta con un consentimiento informado ya que únicamente se hizo la revisión de los expedientes, por lo que no se realizaron intervenciones experimentales que pudieran poner en riesgo a los participantes.

La investigación se realizó sin fines de lucro.

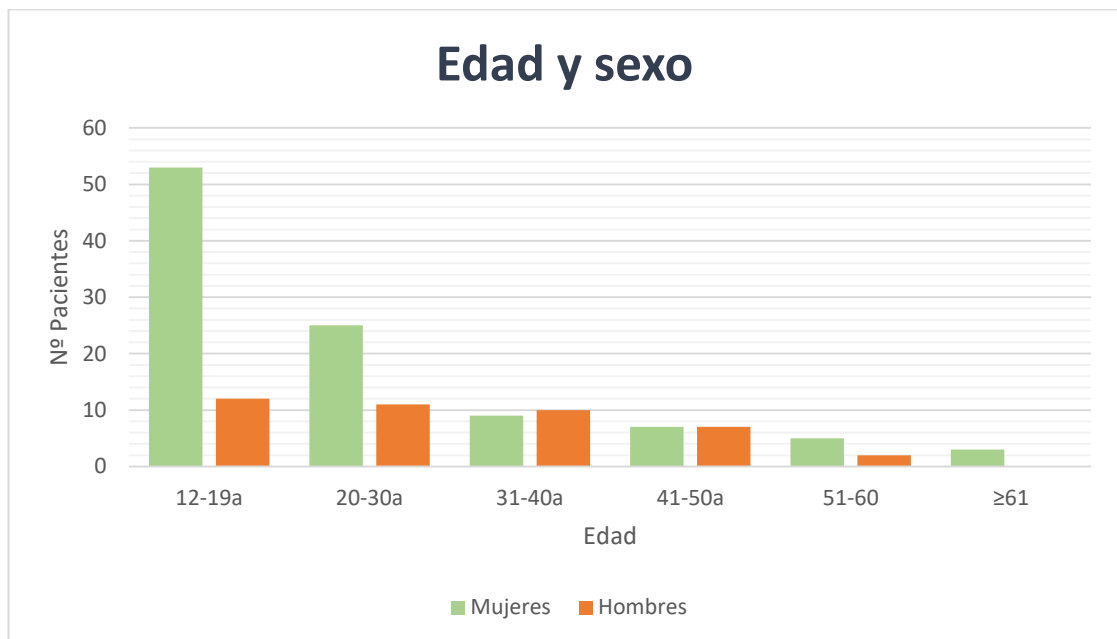
## 6.10 Cronograma

			Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboración de perfil de investigación de investigación	2022											2022
Presentación de protocolo y aprobación por comité de ética			2023	2023								
Periodo de recolección de datos				2023	2023	2023						
Análisis de resultados							2023	2023				
Presentación de trabajo final									2023	2023		

## VII. Análisis de resultados

### 7.1 Factores asociados a conducta suicida y diagnósticos más frecuentes.

**Gráfico 1. Edad y sexo de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

La cantidad de mujeres ingresadas equivale a un 71% (N=102) en comparación con un 29% (N=42) en los hombres. En ambos sexos es más frecuente el ingreso a edades más tempranas, encontrándose en el rango de edad de los 12 a los 19 años con un 45% (N=65). Hay una relación inversamente proporcional entre la edad y los pacientes ingresados, a mayor edad menor cantidad de pacientes.

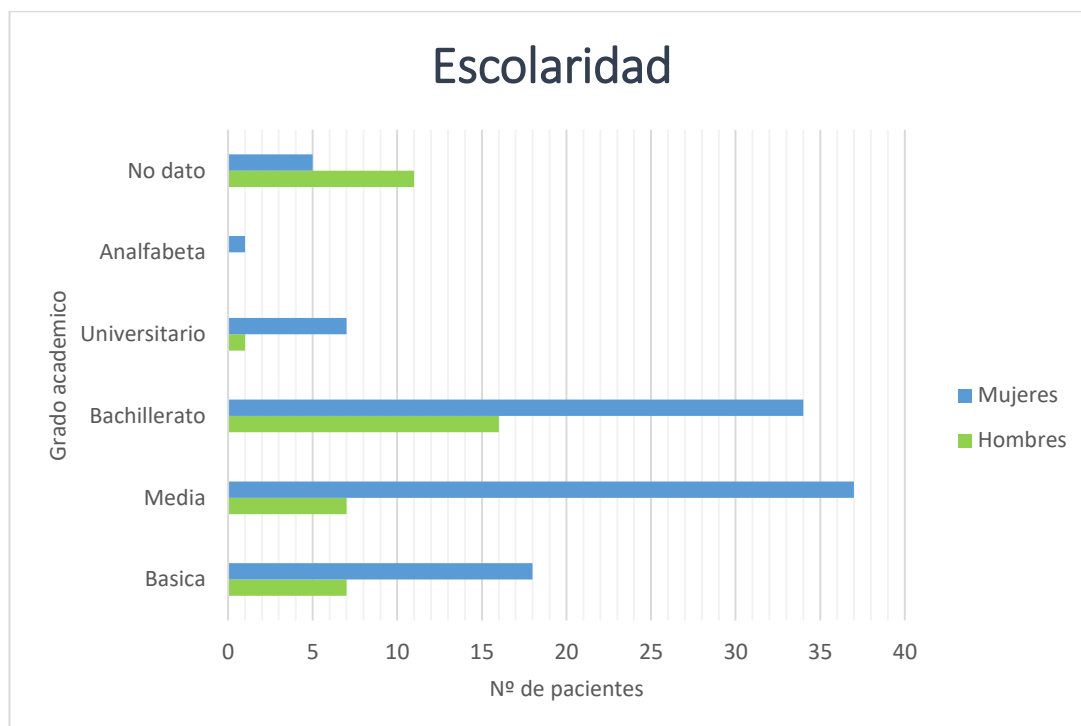
**Tabla 1. Área geográfica de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**

Área geográfica		
Departamento	Urbana	Rural
Ahuachapán	3	0
Santa Ana	3	1
Sonsonate	8	0
Chalatenango	3	0
La Libertad	15	1
San Salvador	78	4
Cuscatlán	4	1
La Paz	7	4
Cabañas	4	0
San Vicente	3	1
Usulután	0	1
San Miguel	2	0
Morazán	0	0
La Unión	1	0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En cuanto al área geográfica en donde residen los pacientes que fueron ingresados, se encontró que el departamento con mayor cantidad de pacientes es San salvador con un 57% (N=82), seguido de La Libertad con un 11% (N=16) y La Paz con un 7% (N=11). En el resto de los departamentos hay una menor cantidad de pacientes.

**Gráfico 2. Escolaridad de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

La escolaridad de los pacientes ingresados en su mayoría se encuentra en un nivel educativo de bachillerato con un 35% (N=50), seguido de educación media con un 31% (N=44), educación básica con un 17% (N=25) y en menor medida educación Universitaria 5% (N=8), solo el 0.7% no había cursado ningún grado académico (N=1). El dato no estaba presente en 16 expedientes.

**Tabla 2. Ocupación de pacientes ingresados en pabellón observación en periodo enero-diciembre 2022.**

Ocupación	Edad						Total
	12-19 <sup>a</sup>	20-30a	31-40a	41-50a	51-60a	≥61a	
<b>No dato</b>	3	1	1	2	0	0	7
<b>Desempleado/a</b>	9	18	4	3	0	0	34
<b>Empleo Formal</b>	1	4	3	1	0	0	9
<b>Empleo informal</b>	0	3	3	0	3	0	9
<b>Estudiante</b>	53	5	1	2	0	0	61
<b>Ama de casa</b>	0	4	7	6	4	3	24
							144

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La ocupación principal de los pacientes fue el ser estudiante con un 42% (N=61), seguido por desempleados con un 24% (N=34), ama de casa con un 17% (N=24) y empleados ya sea formales o informales con un 13% (N=18). En un total de 7 expedientes no se encontró ningún dato.

**Tabla 3. Estado civil de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo enero-diciembre 2022**

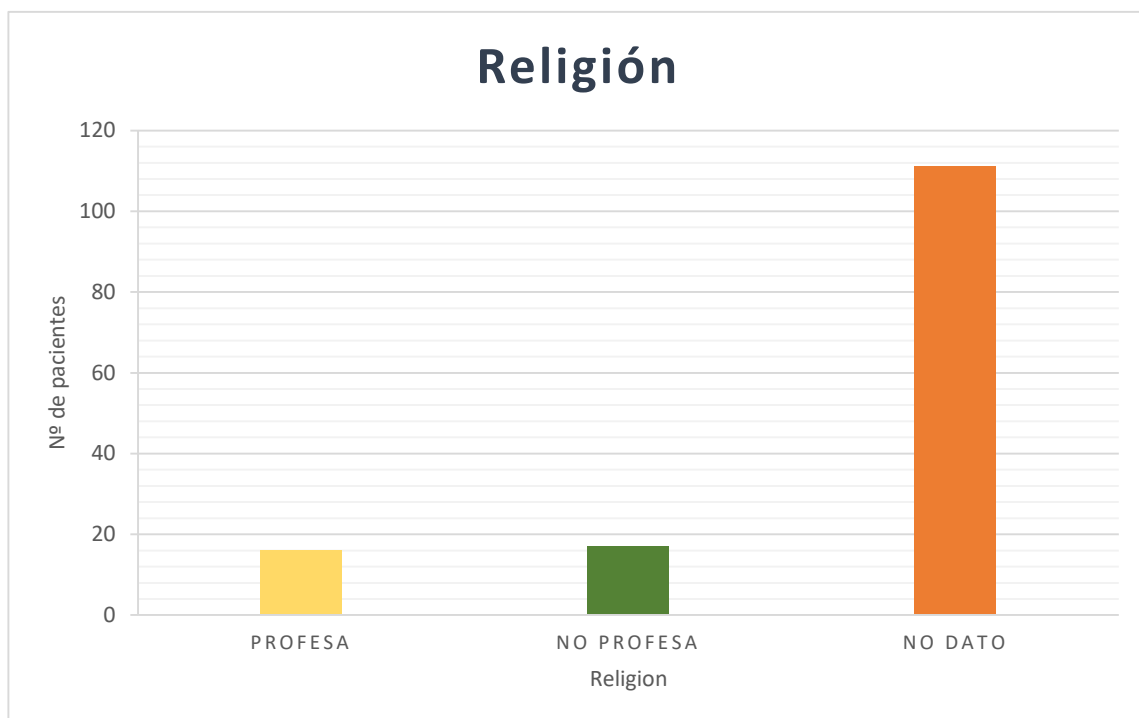
Estado civil	12-19a	20-30a	31-40a	41-50a	51-60a	≥61a	Total
Soltera/o	58	23	8	4	3	1	97
Casado/o	0	3	4	5	2	1	15
Acompañada/o	1	3	3	2	0	1	10
Divorciada/o	0	0	0	2	0	0	2
Viuda/o	0	0	1	0	0	0	1
En una relación	3	4	2	0	0	0	9
No dato	3	3	1	1	2	0	10
							144

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el estado civil soltero/a se encuentran el 67% de los pacientes (N=97), la mayor cantidad de pacientes está en el rango de los 12 a los 40 años. El tener una pareja está presente en el 24% de los pacientes (N=34), el único grupo etario en donde se identifica el divorcio es el rango de los 41 a 50 años con un 1% (N=2). Este dato no se encontró en el expediente de 10 pacientes.



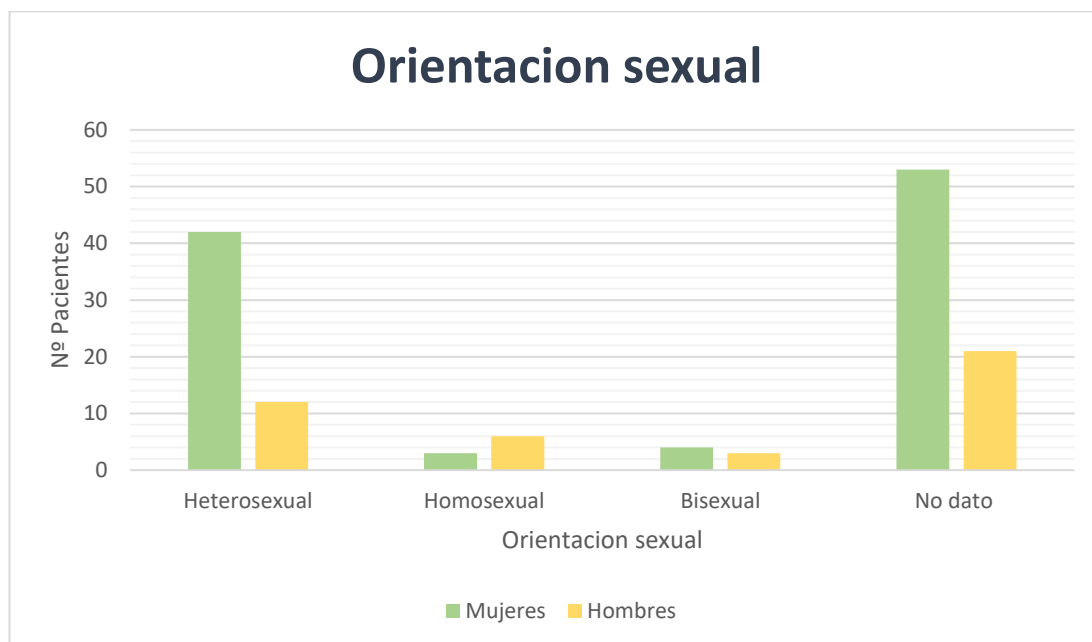
**Gráfico 3. Religión de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo enero-diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

De los pacientes ingresados el 11% (N=16) pertenecía a una religión, siendo esta con mayor frecuencia cristiano evangélico, seguida de la religión católica, y testigos de jehová. El 12% de los pacientes (N=17) no profesaba ninguna religión y en 111 expedientes no se encontraba registrado este dato.

**Gráfico 4. Orientación sexual de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

En cuanto a la orientación sexual el 41% de las mujeres (N=42) tiene orientación heterosexual, el 3% de mujeres tienen orientación homosexual (N=3) y el 4% tiene una orientación bisexual (N=4). En los hombres el 29% tiene orientación heterosexual (N=12), el 14% tiene una orientación homosexual (N=6) y el 7% orientación bisexual (N=3). La información sobre la orientación sexual no se encontró registrado en el 51% de los expedientes (N=74).

**Tabla 4. Persona con quien residen pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo enero a diciembre 2022**

Persona con quien residen	Mujeres	Hombres	Total
Familia	78	16	94
Pareja	14	9	23
Amigos	1	0	1
Solo	2	6	8
ISNA/CONNA	3	2	5
No dato	3	5	8
No aplica	1	4	5
			144

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Las principales personas con las que residen los pacientes son los familiares con un 65% (N=94), seguido de vivir con su pareja con un 16% (N=23), el 6% de los pacientes viven solos (N=8), el 3% de los pacientes viven en centros como CONNA/ISNA (N=5) y otro 3% no se tomó en cuenta con quien residían ya que permanecen en centros penales (N=5). El dato no se encontraba presente en el 6% de expedientes (N=8).

**Tabla 5. Enfermedad médica en pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo enero a diciembre 2022**

<b>Enfermedad medica</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>Si</b>	13	7	20
HTA-C	3	2	
DM tipo 2	1	0	
SIDA	0	2	
SOP	3	0	
Asma	1	1	
Epilepsia	3	0	
Mas de 1 enfermedad	2	2	
<b>No</b>	89	35	124
			<b>144</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Las enfermedades medicas se encontraron presentes en el 14% de pacientes (N=20), con una relación de mujer hombre de 13:7. El 86% de los pacientes no tenía comorbilidades médicas (N=124).

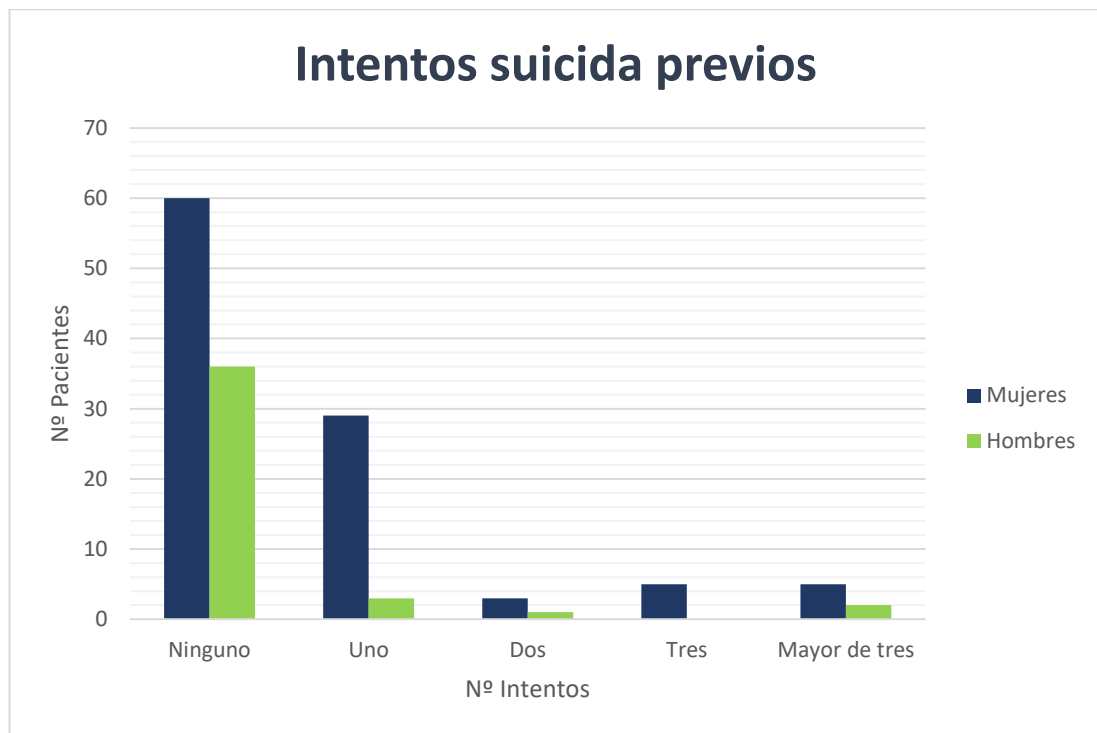
**Tabla 6. Consumo de sustancias en pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo enero a diciembre 2022.**

Consumo de sustancias	Mujeres	Hombres	Total
<b>Si</b>	9	10	19
Alcohol	7	5	
Cannabis	2	2	
Cocaína	0	3	
<b>No</b>	93	32	125
			<b>144</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El 87% de pacientes ingresados no tiene ningún consumo de sustancias (N=125). Solo un pequeño porcentaje del 13% tiene un consumo de sustancias(N=19). Las sustancias consumidas son alcohol, cannabis y cocaína.

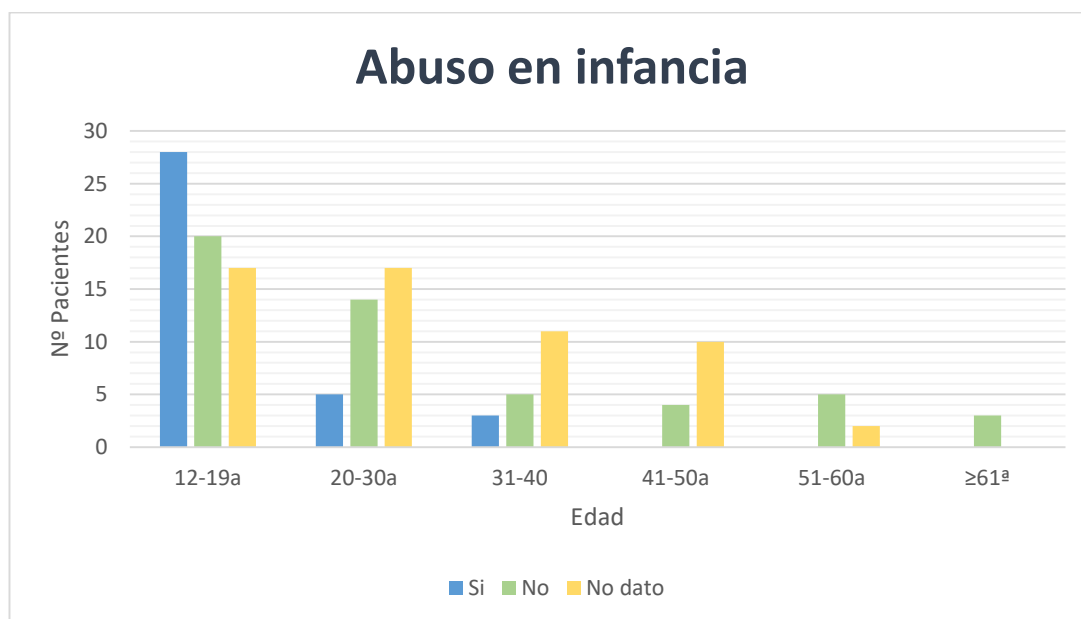
**Grafica 5. Conducta suicida previa en pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Las mujeres tienen un mayor número de intentos suicidas previos con un porcentaje del 41% (N=42). En los hombres el total de pacientes que realizaron intentos suicidas previos es el 14% (N=6).

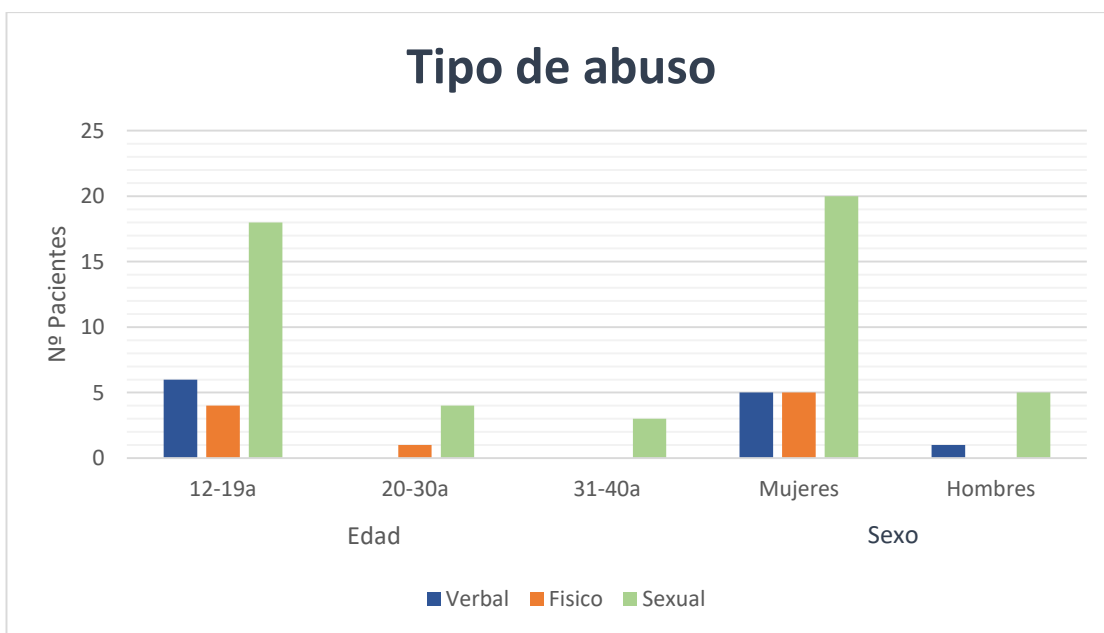
**Grafica 6. Abuso durante infancia en pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

El maltrato durante la infancia estaba presente en 25% de los pacientes (N=36), fue más frecuente en el rango de edad de 12 a 19 años con un 19% (N=28) seguido por el rango de 20 a 30 años con un 3% (N=5) y por último el rango de 31 a 40 años con un 2% (N=3). En el 35% de los pacientes no había historia de abuso previo (N=51). Este dato no se encontraba registrado en el 40% de los expedientes en línea (N=57).

**Gráfico 7. Tipo de abuso recibido durante infancia por pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

De los 36 pacientes que sufrieron abuso sexual durante la infancia, el tipo de abuso más frecuente fue el abuso sexual con un total de 25 pacientes, con una relación de mujeres-hombres de 20:5, en su mayoría se encuentra en el rango de edad de 12 a 19 años. El abuso físico se presentó en 5 pacientes y el abuso verbal tuvo un total de 6 pacientes.



**Tabla 7. Diagnósticos de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022.**

<b>Diagnósticos</b>	<b>12-19ª</b>	<b>20-30a</b>	<b>31-40</b>	<b>41-50a</b>	<b>51-60a</b>	<b>≥61a</b>	<b>Total</b>
Trastorno afectivo orgánico	0	1	1	1	0	1	4
Trastorno orgánico personalidad	2	2	0	0	0	0	4
Trastornos mentales por sustancias	0	0	2	0	0	0	2
Esquizofrenia paranoide	0	3	0	3	1	0	7
Trastorno esquizoafectivo	1	1	1	1	0	1	5
Trastorno bipolar	0	1	1	0	0	0	2
Episodio depresivo grave	46	11	7	5	4	1	74
Trastorno depresivo recurrente	2	1	2	3	2	0	10
Trastornos de personalidad	3	10	3	0	0	0	16
Retraso mental	1	3	0	0	0	0	4
Trastornos disociales	4	0	0	0	0	0	4
Dx Dual	6	3	2	1	0	0	12
							<b>144</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El diagnóstico más frecuente fue el Episodio depresivo grave con un 51% (N=74), seguido por los trastornos de personalidad con un 11% (N=16),; el tercer diagnóstico más frecuente fueron los diagnósticos duales con un 8% (N=12), el trastorno depresivo recurrente con un 7% (N=10), en menor frecuencia se encontraron los diagnósticos de Trastorno afectivo orgánico, esquizofrenia paranoide, retraso mental leve-moderado, trastorno esquizoafectivo.

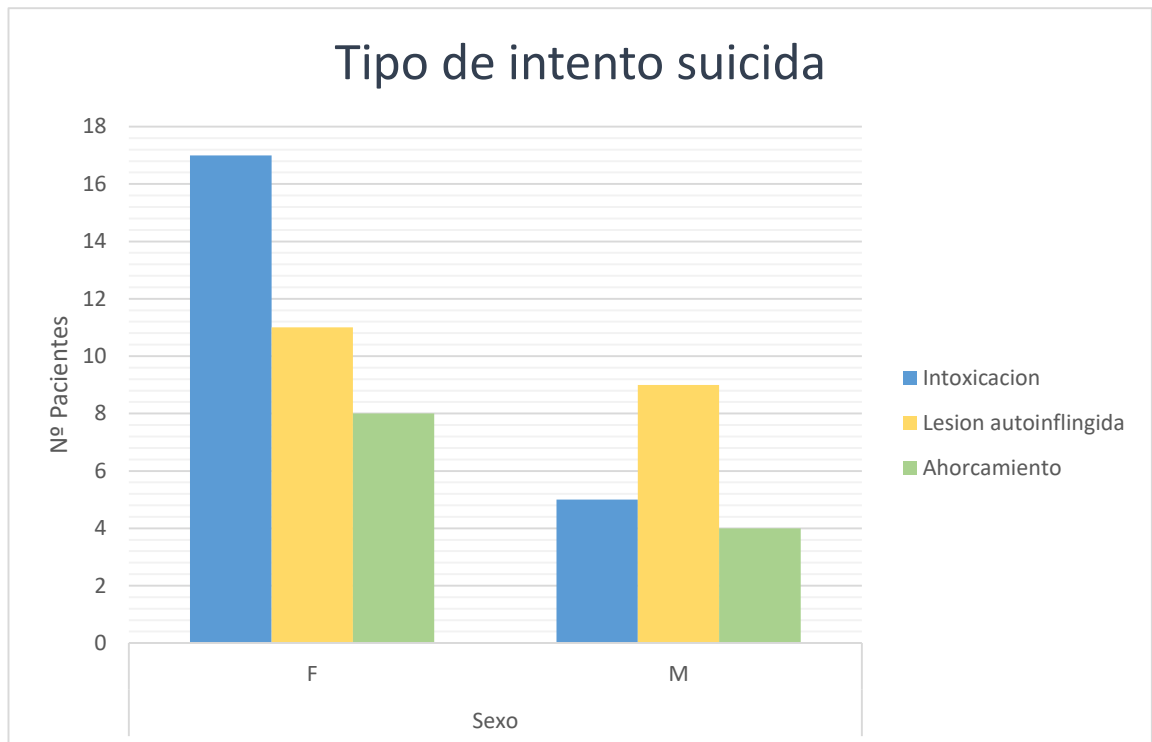
**Tabla 8. Tipo de conductas suicida de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022.**

Tipo de conducta	Edad						Total
	12-19a	20-30a	31-40a	41-50a	51-60a	≥61a	
<b>Intento</b>	24	17	7	4	1	1	54
<b>Ideación</b>	41	17	12	10	5	2	87
<b>Gesto</b>	0	2	0	0	1	0	3
							144

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En cuanto al tipo de conducta suicida presentada por los pacientes ingresados, la más frecuente fue la ideación suicida con un 60% (N=87), a esta le sigue el intento suicida con el 38% (N=54) y gesto suicida en el 2% (N=3). En relación con la edad el número de pacientes que realizan intentos suicidas disminuye a medida aumenta el rango de edad, al igual que disminuye la ideación suicida.

**Gráfico 8. Método de intento suicida de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

De los 54 pacientes que presentaron intento suicida: la intoxicación intencional autoinfligida con medicamentos fue realizada por 22 pacientes, entre los medicamentos utilizados se encontraron psicofármacos, metformina, y antipiréticos. En el método de lesión autoinfligida se encontraron 20 pacientes y un total de 12 pacientes utilizaron el método de ahorcamiento.

**Tabla 9. Estresores en pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**

Estresor.	Sexo		Total
	F	M	
<b>Si</b>			<b>98</b>
Problemas familiares	23	5	28
Problemas académicos	2	0	2
Problemas de pareja	13	4	17
Bullying	6	0	6
Desempleo	0	6	6
Muerte de familiar/pareja	11	2	13
Suspensión de medicamento	3	0	3
Privación de libertad	1	4	5
Abuso sexual	5	3	8
Mas de 1 estresor.	6	4	10
<b>No</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>46</b>
			144

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el 68% de pacientes ingresados si existía un evento estresante que había desencadenado la conducta suicida reportada al momento del ingreso (N=98), el principal estresor en el sexo femenino eran los problemas familiares, y en el sexo masculino el ser desempleado. El 32% de los pacientes no tenía ningún evento estresor previo a su ingreso hospitalario (N=46).

## 7.2 Estimar el promedio de días de hospitalización por paciente y número de reingresos.

**Tabla 10. Promedio de días de estancia hospitalaria de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022.**

Días de estancia hospitalaria	
N.º días	Nº Pacientes
1-10 d	68
11-20d	32
21-30d	20
31-40d	12
41-50d	5
>50	7
<b>Total</b>	<b>144</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En cuanto a los días de estancia hospitalaria el 47% de los pacientes permanecieron de 1 a 10 días en el hospital (N=68), seguido del rango de 11 a 20 días con un 22% (N=32), el número de pacientes es menor a medida van aumentando la cantidad de días, teniendo en cuenta que en unos casos la suma total de días es con respecto a todos los ingresos que tuvo la/el paciente durante el año.

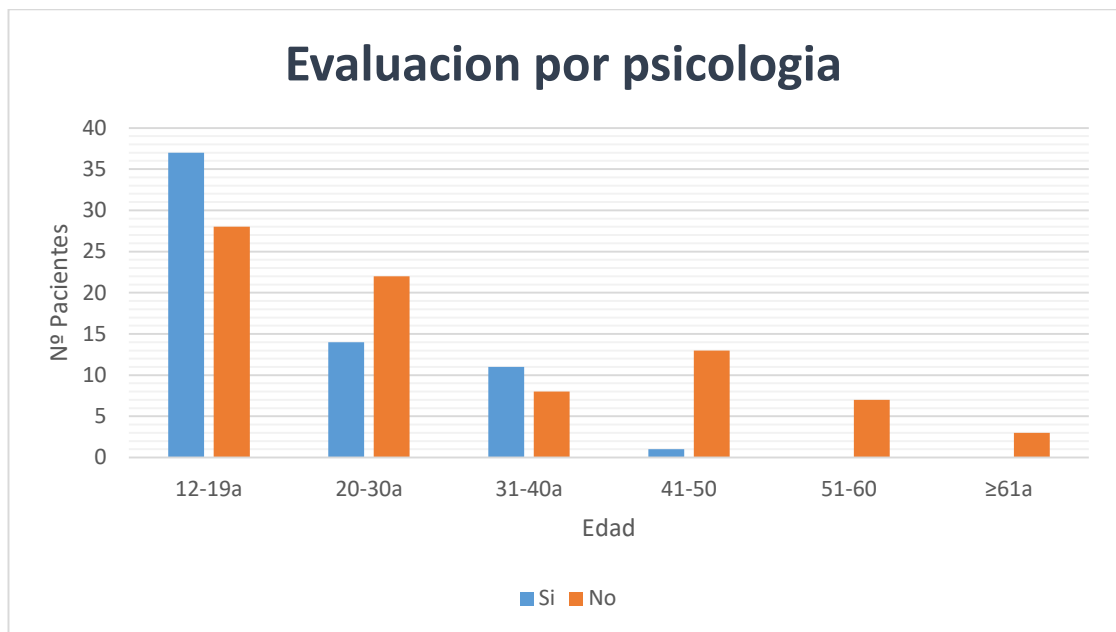
**Tabla 11. Reingresos de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**

Reingresos	Edad					Sexo	
	12-19 <sup>a</sup>	20-30 <sup>a</sup>	31-40 <sup>a</sup>	41-50 <sup>a</sup>	51-60 <sup>a</sup>	F	M
<b>Uno</b>	6	9	2	1	1	15	4
<b>Dos</b>	3	4	1	0	0	8	0
<b>Mas de dos</b>	6	0	1	0	0	7	0
<b>Total</b>						<b>30</b>	<b>4</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Durante el año 2022 un total de 34 pacientes tuvieron más de un ingreso hospitalario, dando como resultado una relación mujeres y hombres de 30:4, un número total de 19 pacientes tuvo un reingreso hospitalario, 7 pacientes tuvieron 2 reingresos y 7 pacientes tuvieron más de 2 reingresos hospitalarios.

**Gráfico 9. Evaluación por psicología de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los pacientes que fueron evaluados por psicología durante su ingreso hospitalario fue el 44% (N=63). El número de pacientes que no recibieron ninguna evaluación fue del 56% (N=81).

### 7.3 Asistencia a cita post alta y adherencia terapéutica.

**Tabla 12. Asistencia a cita post alta de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**

Asiste a cita post alta	Edad						Sexo	
	12-19a	20-30a	31-40	41-50a	51-60 <sup>a</sup>	≥61a	F	M
<b>Si</b>	53	19	7	10	4	1	69	25
<b>No</b>	12	17	12	4	3	2	33	17
<b>Total</b>	144							

Fuente: Ficha de recolección de datos.

De los pacientes que fueron dados de alta, el 65% si asistió a su cita post alta (N=94) y el 35% de pacientes no asistió a la cita (N=50), de los pacientes que no asistieron en su mayoría se encuentran en el rango de edad de 21 a 40 años (N=41).



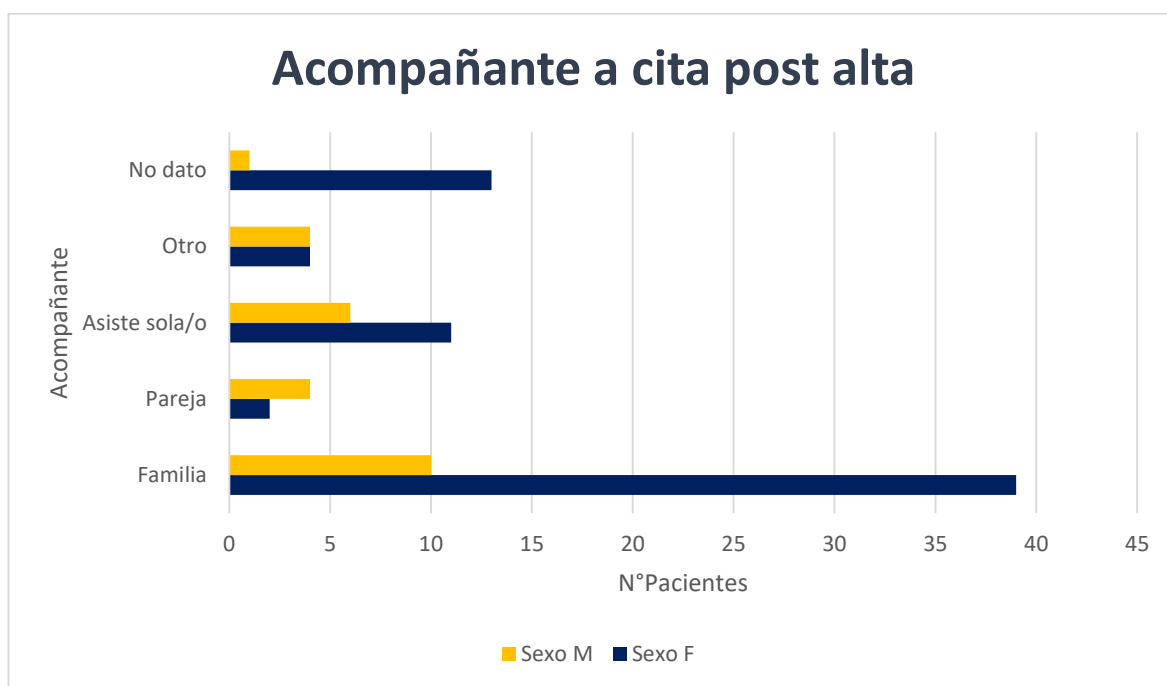
**Tabla 13. Días transcurridos entre alta y cita de pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**

<b>Días hasta cita post alta</b>	
<b>Promedio días</b>	<b>N° Pacientes</b>
<b>1-10 d</b>	27
<b>11-20d</b>	8
<b>21-30d</b>	24
<b>31-40d</b>	43
<b>41-50d</b>	7
<b>&gt;50</b>	12
<b>No dato</b>	23
<b>Total</b>	<b>144</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Las citas post altas en su mayoría se encontraban en un rango de 31 a 40 días en el 30% de pacientes (N=43); seguido por un intervalo de 1 a 10 días con un 19% (N=27), en donde la totalidad de dicho rango estaba conformado por edades de 12 a 19 años. En menor medida se encuentran los rangos que sobrepasan los 41 días con un total de 13% (N=19). En el 18% de pacientes no se encontró fecha de cita post alta (N=26), por lo que no fue agendada al momento de que fueron dados de alta.

**Gráfico 10. Quien acompaña a cita post alta a pacientes ingresados en pabellón de observación en periodo de enero a diciembre 2022**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

De los 94 pacientes que asistieron a su cita post alta el tipo de acompañante más frecuente fue un familiar con un total de 49 pacientes, 17 pacientes asistieron solos, 8 pacientes asistieron acompañados por custodios o personal de CONNA y 6 pacientes acudieron acompañados de sus parejas. En 14 de los expedientes no se encontró dato de quien acompañó a paciente a su cita post alta.

## VIII. Discusión

- El sexo femenino tuvo predominio en los pacientes ingresados (N=102) a diferencia de los hombres (N=42). De esta muestra los pacientes con conductas suicidas son cada vez de menor edad, situándose la mayor cantidad de pacientes entre los rangos de edades de los 12 a los 30 años (N=101), siendo este dato similar al que se encuentra en la estrategia de prevención del suicidio en Euskadi en donde se describe que el suicidio es la segunda causa de muerte entre las edades de 15 a 29 años en todo el mundo <sup>(29)</sup>
- La principal ocupación de los pacientes ingresados fue el ser estudiante (N=62), seguido por pacientes que se encontraban desempleados (N=33), el desempleo es uno de los factores de riesgo para cometer una conducta suicida, así como esta descrito en el artículo “Suicidio y desempleo en España en el año 2017”, en donde se encontró una asociación positiva entre el desempleo y el suicidio en el periodo previo a la crisis <sup>(30)</sup>
- En cuanto al abuso sufrido durante la infancia el más frecuente fue el abuso sexual (N=25) perpetrado en su mayoría por familiares de primer o segundo grado; afectando principalmente al sexo femenino en los rangos de edad de 12 a 19 años, Se debe tener en cuenta que, de 144 pacientes, 57 no tenían ningún dato en su expediente de haber sufrido un abuso, lo que deja como resultado 87 pacientes de los cuales una gran parte (N=36) si sufrió abuso de algún tipo. Un estudio realizado en Colombia en el año 2017 refiere que la experiencia de abuso sexual infantil puede perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, el desarrollo de problemas emocionales e incluso intentos e ideación suicida <sup>(31)</sup>

- El diagnóstico más frecuente en los pacientes ingresados fue el episodio depresivo grave (N=74) lo que se correlaciona con los informes de la OMS y la información de la comunidad de Madrid en donde se describe que la depresión aumenta el riesgo de presentar conductas suicidas <sup>(32)</sup>. También se encontraron conductas suicidas en pacientes con trastornos de personalidad (N=16), diagnósticos duales (N=12) esquizofrenia paranoide (N=5), Trastorno esquizoafectivo (N=5).
- El tipo principal de conducta suicida fue la ideación suicida con una mayor cantidad de pacientes que contaban con un plan estructurado, entre los cuales se encontraban; ahorcamiento e ingesta de medicamentos.
- En cuanto a los factores estresantes, 98 pacientes presentaban un evento estresante previo al ingreso hospitalario, el principal fue: problemas familiares los cuales se encontraron en 28 pacientes; en donde la orientación sexual era una de las causas de estos; en el artículo de la revista Latinoamericana de estudios de familia se menciona que existe una relación entre la dinámica interna familiar y el comportamiento suicida, específicamente en dos de sus elementos, la comunicación y las relaciones afectivas disfuncionales que se dan dentro del grupo familiar (33)
- Los intentos suicidas realizados por mujeres fueron de menor letalidad en cuanto a laceraciones con objetos cortantes en extremidades (N=11), presentaron además métodos de ingesta de medicamentos (N=17) y ahorcamiento (N=8), aumentando la cantidad de los intentos suicidas en dicha población. En el sexo masculino los intentos suicidas fueron de mayor letalidad en el método de lesiones autoinfligidas realizándose laceraciones con objetos cortopunzantes en región de cuello y abdomen (N=9). En ambos sexos se observa una similitud en

cuanto al método utilizado el cual se encuentra descrito en el informe regional de las Américas, en donde principalmente se tienen como métodos suicidas asfixia, envenenamiento y armas de fuego <sup>(34)</sup>. Las armas de fuego tienen mayor facilidad de ser conseguidas en otros países.

- Los días de estancia hospitalaria fueron variables, 68 pacientes permanecieron de 1 a 10 días en el hospital, 32 pacientes estuvieron ingresados en un rango de 11 a 20 días, en los rangos de 21 días a más de 50 días se encontraban 44 pacientes, se debe tener en cuenta que el rango para los pacientes que reingresaron en múltiples ocasiones es la sumatoria de todos los días estancia hospitalaria en sus ingresos.
- En relación con los reingresos hospitalarios, 34 pacientes tuvieron más de un ingreso hospitalario, dando como resultado una relación mujeres y hombres de 30:4. En un estudio longitudinal llevado a cabo en la provincia española de Navarra se describe que una visita al servicio de urgencias por conducta autolítica incrementa seis veces el riesgo de suicidio siendo el período inmediatamente posterior de gran riesgo, y en un seguimiento que se le dio a la población de estudio, se obtuvo que 29 de ellos repitieron al menos un intento de suicidio en los cuales 2 personas fallecieron. <sup>(35)</sup>
- Al momento de la revisión de expedientes clínicos en SIS, se encontró que una de las mujeres ingresadas, realizó un intento suicida por ingesta de medicamentos posterior a último ingreso documentado en este estudio, dicho intento tuvo un desenlace fatal cuya causa de defunción fue: lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados, en vivienda (Según expediente hospitalario).

- Respecto a la evaluación psicológica durante estancia hospitalaria solo 63 pacientes recibieron dicha atención, encontrándose en su mayoría en el rango de edad de 12 a 19 años (N=41), seguido del rango de 31 a 40 años (N=11), luego por el rango de 20 a 30 años (N=10) y por último el rango de 41 a 50 años (N=1). En un total de 81 pacientes no se realizó ninguna evaluación psicológica durante estancia ni se agendo una evaluación para fechas posteriores al alta médica.
- La adherencia terapéutica fue buena en un total de 94 pacientes, ya que asistieron a su cita post alta y tomaban adecuadamente el tratamiento médico indicado, según el registro de la consulta en expediente en línea. En 50 pacientes el apego fue malo, ya que no asistieron a su cita post alta, además de que no se encontró ningún registro de que fueran a solicitar otra consulta psiquiátrica en las fechas posteriores a su cita post alta. El Hospital Nacional Psiquiátrico cuenta con un grupo de adolescentes en donde se hacen reuniones de manera frecuente, pero se observa la inasistencia a la cita post alta en un total de 12 pacientes, los cuales ya no continuaron sus controles en dicho centro.
- En cuanto al tiempo de espera entre el alta y la cita post alta, 43 pacientes tenían un tiempo de espera entre los 31 a 40 días; seguido por un intervalo de 1 a 10 días, con un total de 29 pacientes en donde la totalidad de dicho rango estaba conformado por edades de 12 a 20 años. Un total de 19 pacientes tenían una cita que sobrepasaba los 41 días. En el informe SESPAS 2020 de España se reporta que desde el año 2012 la aplicación en los hospitales de una cita ambulatoria en un máximo de 7 días para los pacientes atendidos en un servicio hospitalario o de urgencias por una tentativa, se ha asociado a una reducción en el riesgo de reintento a 12 meses del 24%. <sup>(36)</sup>

## **IX. Conclusiones**

- Son más frecuentes las conductas suicidas en la población femenina comparando la cantidad de ingresos hospitalarios entre hombres y mujeres.
- Los pacientes que cometen conductas suicidas son cada vez de menor edad, situándose la mayor cantidad de pacientes entre los 12 a los 30 años.
- El desempleo es un factor presente en una parte de los pacientes y representa un factor de riesgo para cometer una conducta suicida.
- El abuso sufrido durante la infancia da lugar al inicio de sintomatología depresiva, que a lo largo de los años llega a convertirse en una depresión.
- El tipo de abuso más frecuente entre los pacientes fue el abuso sexual, el cual fue perpetrado en la mayoría de las ocasiones por familiares cercanos.
- Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes ingresados que realizan conductas suicidas son; el episodio depresivo grave con/sin síntomas psicóticos, seguido de trastornos de personalidad, trastornos depresivos recurrentes y esquizofrenia paranoide.
- El tipo de conducta suicida más frecuente en la población ingresada fue la ideación suicida.
- Los problemas familiares son el principal factor estresante en el momento previo al ingreso hospitalario.

- La estancia hospitalaria de la mayor parte de los pacientes se encontraba en un rango de 1 a 20 días, seguido por los rangos de 21 a 50 días
- Los reingresos hospitalarios son más frecuentes en la población femenina, ya que las mujeres tienen una mayor cantidad de conductas suicidas, teniendo intentos con menor letalidad; comparado con los hombres que tienen intentos suicidas más letales.
- La atención psicológica se brindó en menos de la mitad de los pacientes durante su estancia hospitalaria. El rango de edad que tiene mayor número de evaluaciones psicológicas realizadas es de los 12 a los 20 años.
- De los 144 pacientes del estudio, 50 de ellos no asistieron a la cita post alta, ni continuaron sus controles en dicho centro.
- La distancia alargada que hay entre el alta médica y la cita post alta asignada genera en el paciente el abandono de su tratamiento y la recurrencia en la conducta suicida.



## **X. Recomendaciones**

Al conocer la muestra que se estudió, se identificaron factores que pueden modificarse para brindar una atención que sea prioritaria a los pacientes que han presentado conductas suicidas, por lo que posterior a la identificación de los factores que influyen, se hacen las siguientes recomendaciones en pro de mejorar la atención brindada al paciente.

- Entre los factores desencadenantes para que se cometan conductas suicidas se tienen los problemas familiares, por lo que se debe de crear un espacio para la concientización y educación sobre salud mental para familiares de pacientes, ya que en gran parte de las familias de la población atendida la salud mental es poco comprendida, y los familiares no brindan el apoyo adecuado a los pacientes en su proceso de tratamiento.
- Durante el ingreso hospitalario todo paciente que tenga una conducta suicida debe ser evaluado por el área de psicología, ya que es un trabajo que debe realizarse en conjunto con el área psiquiátrica, además de que al alta deben de continuar controles con ambas ramas para brindar un mejor manejo terapéutico.
- Es de vital importancia el hacer una priorización, en cuanto al tiempo de espera en las citas post altas que se les brinda a los pacientes, que fueron ingresados por tener conductas suicidas, sin importar la edad que el paciente tenga; ya que el periodo posterior al alta médica es un periodo de vulnerabilidad para el paciente, ya que este vuelve nuevamente a los estresores que ocasionaron su ingreso.

El tener un tiempo alargado, entre el alta médica y la cita post alta resulta contraproducente en algunos pacientes para tener una buena evolución clínica, por lo que lo recomendable sería que la cita post alta fuera en un lapso no mayor a 10 días en todos los grupos etarios.

- En los pacientes en los que, durante su ingreso hospitalario, no se identifique una red de apoyo, se debe dar seguimiento complementario al momento del alta médica a través de trabajo social, realizando llamadas periódicas a los pacientes, para poder disminuir el número de usuarios que abandonan su tratamiento médico, además de que se debe dar seguimientos a los pacientes que ya no continuaron sus controles en dicho centro hospitalario.
- Las UCSF son una parte fundamental para dar un seguimiento comunitario a estos pacientes, a través de los promotores de salud. Al momento del alta se da una referencia a los pacientes para acudir a la unidad de salud, para que se brinde el seguimiento, pero no todos los pacientes asisten por lo que la unificación del sistema SIS sería de vital importancia, ya que podría tenerse un listado de pacientes que ingresaron por conductas suicidas y que fueron dados de alta para tener un mejor registro y control en la población.
- Cada Centro Hospitalario debería de poder contar con un documento en donde se pueda documentar a los pacientes que fallecen a causa de suicidio para tener un conocimiento real de la situación actual del país y evitar subregistros.

## **XI. Limitaciones del estudio**

- En algunos expedientes en línea no se encontraron los datos que fueron utilizados en el estudio lo cual no permite conocer de manera certera ciertos parámetros evaluados.
- La información disponible acerca de la conducta suicida en El Salvador es muy reducida y no se cuentan con datos actualizados desde el año 2015.

# **XII. Anexos**

## Anexo 1. Glosario de términos

- **Conducta suicida:** La conducta suicida se define como todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza.
- **Factores psicológicos:** Se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud
- **Factores sociales:** todas las influencias externas que recibimos de nuestro entorno
- **Reingreso hospitalario:** El reingreso hospitalario está definido como la acción de volver a ingresar al servicio de hospitalización después de haber egresado del mismo dentro de un periodo de tiempo determinado.
- **Redes de apoyo:** Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas
- **Suicidio:** El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, el intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida.
- **Trastorno mental:** alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo.

## Anexo 2. Ficha de recolección de datos

### Formulario de recolección de datos

#### Datos generales

1. Edad  2. Sexo  3. Escolaridad  4. Ocupacion

5. Religion  6. Estado civil  7. Departamento

8. Área  9. Orientacion sexual  10. Con quien vive

11. Diagnostico  12. Conducta suicida al ingreso

#### Antecedentes/ Trastornos somaticos

13. Enfermedad médica  14. Tipo de Enfermedad médica

15. Consumo de drogas  16. Tipo de droga  17. Frecuencia de consumo

18. Antecedentes familiares de suicidio  19. Grado de parentesco

20. Maltrato durante infancia  21. N° Ingresos previos

### Ingreso actual

Tipo de conducta    22. Intento suicida     23. Metodo utilizado

24. Ideacion suicida     25. Gesto suicida

26. Estresor     27. Tipo de estresor     28. Dias de estancia hospitalaria

29. Tiene red de apoyo     30. Tipo de red de apoyo

31. Asiste a cita post alta     32. ¿Quien lo/a acompaña?

33. ¿Tiene buen apego terapeutico?

### Anexo 3. Criterios diagnósticos de episodio depresivo

**Tabla 7: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10**

<p><b>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</b></p>
<p><b>B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</b></p>
<p><b>C. Síndrome somático:</b> algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.</li><li>– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.</li><li>– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.</li><li>– Empeoramiento matutino del humor depresivo.</li><li>– Presencia de enlentecimiento motor o agitación.</li><li>– Pérdida marcada del apetito.</li><li>– Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes.</li><li>– Notable disminución del interés sexual.</li></ul>

Fuente: Adaptado de OMS (68).



## Anexo 4. Criterios de gravedad de un episodio depresivo

**Tabla 8: Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad**

<b>A. Criterios generales para episodio depresivo</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>– El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</li><li>– El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</li></ul>	
<b>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</b>	
<b>Adultos</b>	<b>Niños y adolescentes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– El humor puede ser triste, depresivo o irritable.</li><li>– Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual.</li><li>– El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles.</li><li>– La reactividad al ambiente puede ser mayor en niños y adolescentes que en los adultos.</li><li>– En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.</li> </ul>
<p><b>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Similar a los adultos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Similar a los adultos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.</li> </ul>
<p><b>D. Puede haber o no síndrome somático</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Episodio depresivo leve:</b> están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</li> <li>– <b>Episodio depresivo moderado:</b> están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</li> <li>– <b>Episodio depresivo grave:</b> deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</li> </ul>	

Fuente: CIE-10 e información extraída de varias fuentes (69-71).

## Anexo 5: Clasificación Trastornos de personalidad

### CLASIFICACIÓN CLÚSTER SEGÚN EL DSM-5

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
<ul style="list-style-type: none"><li>• Paranoia</li><li>• Esquizoides</li><li>• Esquizotípicos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antisocial</li><li>• Borderline-límite</li><li>• Histriónico</li><li>• Narcisista</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evasivo</li><li>• Dependiente</li><li>• Obsesivo-compulsivo</li></ul>



## Anexo 6. Clasificación del Trastorno Bipolar

### Clasificación CIE 10

<b>F31</b>	<b>Trastorno bipolar</b>
F31.0	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco
F31.1	Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
	.20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
	.21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
F31.3	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
	.30 Sin síndrome somático
	.31 Con síndrome somático
F31.4	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
F31.5	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
	.50 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
	.51 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto
F31.7	Trastorno bipolar, actualmente en remisión
F31.8	Otros trastornos bipolares
F31.9	Trastorno bipolar sin especificación

## Clasificación DSM-5

### Subtipos del trastorno bipolar según el DSM-5

Trastorno bipolar tipo I: al menos un episodio maniaco que cumpla los criterios diagnósticos establecidos. Antes o después pueden aparecer episodios de hipomanía o depresión, los cuales no son necesarios para el diagnóstico

Trastorno bipolar tipo II: al menos un episodio hipomaniaco actual o pasado, así como un episodio depresivo actual o pasado. Ambos episodios deben cumplir los criterios diagnósticos establecidos

Trastorno ciclotímico (ciclotimia): síntomas de carácter hipomaniaco y depresivo mantenidos al menos 2 años (1 año en niños y adolescentes), que no reúnen criterios suficientes para el diagnóstico de episodio hipomaniaco, maniaco o depresivo

Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos

Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado: síntomas característicos del TB que no cumplen los criterios diagnósticos de TB I, TB II y ciclotimia. Esta entidad se emplea cuando el clínico apunta el motivo específico por el que la presentación no cumple con los criterios de un TB específico

Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado: síntomas característicos del TB que no cumplen los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos expuestos. En esta ocasión, el clínico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios diagnósticos

Tomada de DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition*<sup>17</sup>.

## Anexo 7. Carta de Solicitud para revisión de expedientes.

Soyapango, 28 de Abril de 2023

**Dr. Rigoberto González Gallegos.**  
**Director del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"**  
**Presente.**

Saludos cordiales.

El motivo de la presente es solicitar su apoyo con la autorización para la revisión de expedientes para realizar mi trabajo de tesis titulado "Conducta suicida en pacientes ingresados en pabellón de observación psiquiatría de Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez periodo de enero a diciembre 2022" Para llevar a cabo dicha investigación revisare expedientes en el Sistema Integrado de Salud (SIS) de los pacientes que fueron ingresados en el pabellón de observación psiquiatría durante el periodo de enero a diciembre 2022.

Solicitando el poder realizar la revisión de dichos expedientes durante los fines de semana a partir del mes de abril.

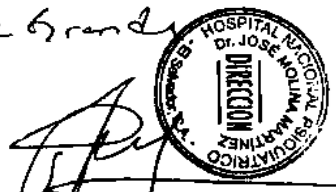
Sin más que agregar.

*Dra. Ariadna Stefany Ponce González*  
DIPLOMADA EN MEDICINA  
J. S. N. No. 10

**Dra. Ariadna Stefany Ponce González**

**Egresada de Especialidad de Psiquiatría y Salud Mental**

*Se autoriza  
c.c. Dra. Melendez  
Dra. Castro  
Sra. de Grand*



CORRESPONDENCIA RECIBIDA	
DIRECCIÓN	
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO	
FECHA:	28 ABR 2023
HORA:	8:42 am
POR:	<i>[Signature]</i>

## Anexo 8. Carta comité de ética



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO  
"DR. JOSE MOLINA MARTINEZ"  
COMITÉ LOCAL DE ETICA EN INVESTIACION

HOSPITAL  
NACIONAL  
PSIQUIATRICO

### Comité Local de Ética de investigación en Salud ACTA No C. Etica-HNP-09-2023 EVALUACIÓN ÉTICA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN


Reunidos en el salón de usos múltiples del área de Docencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", a los 26 días del mes de abril del año 2023, el Comité local de Ética en Investigación, con asistencia de los siguientes miembros: Dra. Carlota Eugenia Meléndez, coordinadora; Dra. Tania Abrego, subdirectora psiquiatría; Licda. Ana Verónica Cruz de Rosales, jefe de Fisioterapia; Licda. Ana Leticia Andrade Quintanilla, jefe de enfermería; y Licda. Ana Ardón, jefe de trabajo social; quienes hemos revisado los documentos presentados por la Dra. Ariadna Stefany Ponce González, egresada de la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental, de la Universidad de El Salvador (UES), Escuela de Postgrado, como tesis para optar a la titulación de su especialidad, a saber:

**ESTUDIO: "Conducta suicida en pacientes ingresados en pabellón de observación psiquiatría de Hospital Nacional Psiquiátrico José Molina Martínez periodo de enero 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) Es necesario escribir correctamente el nombre del hospital: Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez". Sin embargo, esto no representa impedimento para continuar con la investigación.

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. Meléndez  
Coordinadora

Sello:





## Anexo 9. Tablas de datos.

Tabla A. Edad y Sexo

Edad	Mujeres	Hombres
12-19a	53	15
21-30a	25	8
31-40a	9	10
41-50a	7	7
51-60	5	2
>60a	3	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>42</b>

Tabla B. Escolaridad

Escolaridad	Mujeres	Hombres
Básica	18	7
Media	37	7
Bachillerato	34	16
Universitario	7	1
Analfabeta	1	0
No dato	5	11
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>42</b>

Tabla C. Religión

Religión	Pacientes
Profesa	16
No profesa	17
No dato	111

Tabla D. Orientación sexual

Orientación sexual	Mujeres	Hombres
Heterosexual	42	12
Homosexual	3	6
Bisexual	4	3
No dato	53	21

**Tabla E. Conducta suicida previa.**

Intentos suicidas previos	Mujeres	Hombres
Ninguno		60
Uno		29
Dos		3
Tres		5
Mayor de tres		5

**Tabla F. Abuso durante infancia**

Maltrato en infancia	12-19ª	20-30a	31-40	41-50ª	51-60a	>60a
Si	28	5	3	0	0	0
No	25	9	5	4	5	3
No dato	20	14	11	10	2	0

**Tabla G. Tipo de abuso durante infancia**

Maltrato en infancia	12-19ª	2-30a	31-40ª	Mujeres	Hombres
Verbal	6	0	0	5	1
Físico	4	1	0	5	0
Sexual	18	4	3	20	5

**Tabla H. Tipo de conductas suicidas.**

Tipo de conducta	Edad					
	12-19ª	20-30a	31-40	41-50ª	51-60a	>60a
Intento	25	16	7	4	1	1
Ideación	47	11	12	10	5	2
Gesto	1	1	0	0	1	0
Total	73	28	19	14	7	3

**Tabla I. Método de conducta suicida**

Tipo de Intento suicida	Sexo	
	F	M
<b>Intoxicación</b>	17	5
<b>Lesión autoinfligida</b>	11	9
<b>Ahorcamiento</b>	8	4
<b>Total</b>	36	18

**Tabla J. Evaluación por psicología**

Recibió evaluación	12-20ª	21-30ª	31-40ª	41-50	51-60	>60a
<b>Si</b>	41	10	11	1	0	0
<b>No</b>	32	18	8	13	7	3
<b>Total</b>	73	28	19	14	7	3

**Tabla H. Asistencia a cita post alta.**

Asiste a cita post alta	Edad						Sexo	
	12-19a	20-30ª	31-40	41-50a	51-60ª	>60a	F	M
<b>Si</b>	60	12	7	10	4	1	69	25
<b>No</b>	13	16	12	4	3	2	33	17

### **XIII. Bibliografía.**

1 Organización Mundial de la Salud, 17 de junio de 2021. "Suicidio"  
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

<sup>2,3</sup> El Salvador - Suicidios [Internet]. Datosmacro.com. 2017. Disponible en:  
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio/el-salvador>

<sup>4</sup> Tesoro Cruz Emiliano, A. Rojas Sandra Osornio y Bekker Méndez Vilma Carolina, Serotonina, depresión y suicidio, ciencia. Volumen 72 numero 2, abril-junio de 2021.

Disponible en [03\\_72\\_2\\_1302.pdf \(amc.edu.mx\)](#)

<sup>5</sup> Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. Rev. CES Psicol., 9(2), Pág. 179.

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud, 2022 "Prevención del suicidio"  
Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

<sup>7</sup> Moreno-Kustner, Berta, Ramos Martin, Javier, Plan de prevención de la conducta suicida en la Universidad de Malaga, UMA Editorial, 2022.

Disponible en: [https://www.uma.es/media/files/Plan\\_de\\_prevencion\\_suicidio\\_28\\_abril\\_2022.pdf](https://www.uma.es/media/files/Plan_de_prevencion_suicidio_28_abril_2022.pdf)

<sup>8</sup> Moutier, Cristine, MD, American Foundation for Suicide Prevention, Conducta Suicida, 2021.

Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida#v748532\\_es](https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida#v748532_es)

<sup>8</sup> Mansilla, F; Suicidio y prevención, 1era edición, InterSalud Año 2010, Pág. 12-13

<sup>9</sup> Palacio, A; Capitulo 13 “Conducta suicida” C. Toro, A; Palacio, C. Fundamentos de Medicina. 6ta edición, Medellín:CIB: Ecoe Ediciones, 2018. Pag 141

<sup>10</sup> G, Michael, López Ibor, J; Tratado de Psiquiatría, Tomo II, Capitulo 4.15 Suicidio, Psiquiatría Editores, Barcelona, España, 2002, Pág. 1243

<sup>11</sup> Gutierrez, J, (2013) Suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección, Rev. Entorno  
Disponible en: [83841.pdf \(utec.edu.sv\)](http://83841.pdf(utec.edu.sv))

<sup>12</sup> Beitia Cardona PN. Rodriguez Torres E, Estradda Gonzalez C, Benavides Portilla M. Intento suicida y factores asociados en dos instituciones de Cali – Colombia. Rev. cienc. ciudad. 2019; 16(1):19-31  
Disponible en: [Vista de Intento suicida y factores asociados en dos instituciones de Cali – Colombia. \(ufps.edu.co\)](http://Vista de Intento suicida y factores asociados en dos instituciones de Cali – Colombia.(ufps.edu.co))

<sup>13</sup> Albis Yomaira Pabón Basto , Intentos de suicidio y trastornos mentales, Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 20, núm. 4, e3967, 2021  
Disponible en: [Intentos de suicidio y trastornos mentales \(redalyc.org\)](http://Intentos de suicidio y trastornos mentales (redalyc.org))

<sup>14</sup> Corona Miranda Beatriz, Hernández Sánchez Mariela, García Pérez Rosa Marina. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2023 Mar 28]; 15( 1 ).  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es.)

<sup>15</sup> Lomba Acevedo P, Alfonso Carrillo E, Fernández Coto L "Prevención del suicidio en la comunidad". En Medio Residencial y Salud. (2013). La Habana: Consejo editorial OMS y OPS;pp. 207-214.

<sup>16</sup> Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, et al. (2013) Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS Med 10(11): e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547.

Disponible en: [pmed.1001547 1..12 \(plos.org\)](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547)

<sup>17</sup> Bobes, J; Giner J; Saiz, J; Suicidio y psiquiatría, Tracastela, Madrid, 2011. Pág. 71.

<sup>18</sup> Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

<sup>19</sup>. Sadock, B, Sadock, V, Kaplan&Sadock Sinopsis de psiquiatría 11va edición, Medicina psiquiátrica de Urgencia, Barcelona, España, 2015. Pág.1686

<sup>20</sup> CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

<sup>21</sup> Pérez, V. Depresión y suicidio, Capítulo 1: Depresión y suicidio: una prioridad pública, Madrid 2022.

<sup>22</sup> Pabon-Basto A. Intentos de suicidio y Trastornos mentales. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado 8 Mar 2023] Disponible: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3967>

<sup>23</sup> Mardomingo, M, Trastornos de personalidad y comportamiento suicida en la adolescencia. Disponible en: [causas06.pdf \(suicidioadolescente.com.ar\)](https://suicidioadolescente.com.ar/causas06.pdf)

<sup>24</sup> Arrieta, M, Molero Santos, P. Trastorno Bipolar, Medicine. 2019;12(86):5052-66.

Disponible en:  
<https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/343%20Trastorno%20bipolar.pdf>

<sup>25</sup> Ramírez Vargas X, Arias Leal M, Madrigal Zamora S. Actualización del trastorno afectivo bipolar. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 28 de marzo de 2023];5(9):e572.

Disponible en:  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572>

<sup>26</sup> Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, Yuan Z, Xiang Y, Wang G, Xiang YT. Prevalencia de intentos de suicidio en el trastorno bipolar: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales. 2019 Oct 25;29:e63. doi: 10.1017/S2045796019000593. PMID: 31648654; PMCID: PMC8061290.

Disponible en: [Prevalencia de intentos de suicidio en el trastorno bipolar: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31648654/)

<sup>27</sup> Lopez-Castroman, J, Baca-Garcia, E. Trastorno bipolar: ¿Qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas?. Elsevier España 2008.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S188898910970713X>

<sup>28</sup> Jiménez K, Carballo J. L, Cano M. Á, , Marín-Vila M. RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE SUICIDIO, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y AUTOEFICACIA EN DEPENDIENTES DEL ALCOHOL. Salud y drogas [Internet]. 2014;14(2):121-129.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83932799004>

- <sup>29</sup>. Gasteiz, Vitoria, Gobiernos vasco Departamento de salud “Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi”, 2019, pagina 8.
- <sup>30</sup>. Iglesias-García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2017;10(2):70–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- <sup>31</sup>. Pérez Prada MP, Martínez Baquero LC, Vianchá Pinzón MA, Avendaño Prieto BL. Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. Diversitas [Internet]. 2017;13(1):91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.07>
- <sup>32</sup>. Comunidad de Madrid. 2017 [citado el 2 de octubre de 2023]. Depresión y conducta suicida [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/depresion-conducta-suicida>
- <sup>33</sup>. Ardila, S. y González, M. (2020). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familia. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 12 (1), 82-101. DOI: 10.17151/rlef.2020.12.1.6
- <sup>34</sup>. Pan American Health Organization. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014: Informe Regional 2010-2014 [Internet]. 4a ed. Pan American Health Organization; 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37774/9789275323304>
- <sup>35</sup>. Leire Azcárate-Jiménez1 José Javier López-Goñi. La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento, red de salud mental de Navarra, Actas Esp psiquiatr 2019.



Disponible en <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/120/ESP/21-120-ESP-127-36-780214.pdf>

<sup>36</sup>. Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosía MR, Romero López-Alberca C, Poole M, Rodero-Cosano ML, García-Alonso CR, et al. Todo está en el mapa: Atlas Integrales de Salud Mental para la planificación de servicios. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020;34 Suppl 1:11–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.015>