



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO DE INTERNAMIENTO
INVOLUNTARIO DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
PRESENTADO POR
NOE VIZCARRA VILLEGAS

ASESORA
BEATRIZ PAULINA AYALA QUINTANILLA

LIMA - PERÚ
2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO DE INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO
DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
MTRO. NOE VIZCARRA VILLEGAS**

**ASESORA
DRA. BEATRIZ PAULINA AYALA QUINTANILLA**

**LIMA, PERÚ
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES DE RIESGO DE INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA HOSPITAL VÍCTOR L

AUTOR

NOE VIZCARRA VILLEGAS

RECuento de palabras

9953 Words

RECuento de caracteres

57778 Characters

RECuento de páginas

38 Pages

Tamaño del archivo

540.3KB

Fecha de entrega

Jun 26, 2023 8:23 AM GMT-5

Fecha del informe

Jun 26, 2023 8:24 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	iii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
1.4.1 Importancia	5
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	6
1.5 Limitaciones	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos básicos	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Formulación	20
3.2 Variables y su definición operacional	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	23
4.1 Diseño metodológico	23
4.2 Diseño muestral	22
4.3 Técnicas de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	25
4.5 Aspectos éticos	26
CRONOGRAMA	27
	28
PRESUPUESTO	
FUENTES DE INFORMACIÓN	29
ANEXOS	33
1 Matriz de consistencia	
2 Instrumentos de recolección de datos	
3 Carta de autorización del representante del Hospital para la ejecución del proyecto de investigación	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

En el panorama internacional, los trastornos que afectan a la salud mental constituyen graves problemas de salud pública y se encuentran en aumento a nivel mundial; por lo que se calcula que uno de cada cuatro personas alrededor del mundo presentara problemas de salud mental a lo largo de su vida, además aproximadamente un millón de personas se quitan la vida cada año de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS); tal es así que, cada 40 segundos ocurre un suicidio y representan en las personas de entre 15 a 29 años, la segunda causa de muerte, lo cual ocasiona diversas repercusiones a nivel familiar, social y económico; por lo que el suicidio es indudablemente un problema de salud pública (1).

En nuestro país, el suicidio constituye un serio problema de salud pública, ya que en el Sistema Nacional de Defunciones del Ministerio de Salud, en el año 2021, se registró 708 casos de muertes autoinfligidas (2), mientras que, según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, MINSA, hubo un mayor número de muertes por suicidio, situación que se ha vuelto más aguda con la pandemia por infección por el SARS-CoV-2, COVID -19, ocasionando diversos trastornos de salud mental, incluyendo a la ansiedad, la depresión, los trastornos bipolares, el consumo de drogas y alcohol, algunos de los cuales se han reportado como factores de riesgo asociados a conductas suicidas (3).

En virtud de lo anterior, se ha observado un incremento de los pensamientos suicidas en los tiempos de la pandemia por COVID-19. Al respecto, en las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” de Lima Metropolitana, hubo un incremento del 1.3% al 8.6% de 83 895 a 555 000 personas afectadas con pensamientos relacionados a “*sería mejor estar muerto o deseaba estar muerto*”, además de un 0.6% al 1.6% de 38 625 a 103 000 sujetos, con pensamientos de quitarse la vida (4).

Estudios previos han reportado diversos factores de riesgo asociados a una conducta suicida, entre los cuales se considera el antecedente de intento suicida, las patologías psiquiátricas, como la depresión severa y el trastorno de personalidad inestable, la dependencia al alcohol y otros tipos de drogas, como la cocaína, crisis inesperadas debido a problemas económicos, rupturas de relaciones sentimentales, conflictos, desastres, y violencia. Además, precisan que la frecuencia del suicidio es mayor en grupos vulnerables que incluyen a los refugiados, inmigrantes, indígenas, reclusos y a consecuencia de la opción sexual (5, 6).

Los factores de riesgo relacionados con conducta suicida constituyen emergencias psiquiátricas que requieren atención hospitalaria inmediata. Sin embargo, muchos de estos pacientes pueden evolucionar clínicamente con afectación de su voluntad, capacidad y autonomía y competencia, situación que afecta la toma de decisiones en el paciente y la comprensión de la información que se le otorga, así como, de ser capaces de aceptar o rechazar las medidas terapéuticas que requieren, incluyendo la necesidad de internamiento y/o hospitalización.

Siendo así, se hace necesario realizar el ingreso del paciente a un establecimiento de salud para recibir atención especializada, sin previa aceptación expresa del paciente, por tratarse de una emergencia psiquiátrica, a fin de manejar la crisis suicida, donde el médico especialista decide si se requiere el internamiento, debido a que la vida del paciente corre inminente peligro, y a fin de evitar secuelas invalidantes o consecuencias fatales y para garantizar la vida y la salud del paciente (5).

La OMS, establece que el internamiento involuntario en un establecimiento de salud mental sólo se debe permitir si se cumple con determinados criterios como la existencia de un trastorno mental especificada en la ley como grave, la presencia de un riesgo real de lesión inmediato o inminente contra la propia persona y/o terceros, el deterioro de la condición psiquiátrica por falta de tratamiento; por un propósito terapéutico; y cuando el tratamiento sólo puede ser administrado en un establecimiento de salud mental (6).

De igual manera el numeral 4) del artículo 26° del Reglamento de la Ley de Salud Mental, Ley N° 30947, estipula que el internamiento involuntario se realiza solo en presencia de una emergencia psiquiátrica que necesite atención integral inmediato a fin de evitar el peligro inminente de afectar la vida de la persona, o la presencia de secuelas invalidantes. Por ello, puede efectuarse sin previo consentimiento informado del paciente y ante una emergencia psiquiátrica (7, 8).

Estudios en otros países han advertido que la conducta suicida es la segunda causa de internamientos involuntarios en servicios de emergencia psiquiátrica, específicamente en pacientes con pensamientos que conducen a una conducta suicida, y en mayor medida cuando se adiciona otras características psicopatológicas, como los síntomas psicóticos agudos (9); igualmente en otro estudio se reportó como principales causas de internamiento involuntario a los trastornos mentales orgánicos (demencia y delirios) y la conducta suicida (10).

Se advierte que, en el Perú, luego de realizar la búsqueda principalmente en *Pubmed, Bireme, Medline, Scopus, ProQuest, Scielo* y repositorio Alicia no se encontraron estudios relacionados con factores de riesgo asociados a internamiento involuntario de personas con conducta suicida en servicios de emergencia psiquiátrica.

En tal sentido, en el Perú existe escasa evidencia relacionada a los factores de riesgo para el internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica de un usuario de servicio de salud con conducta suicida. Por ello, resulta de vital importancia identificarlos en el Hospital Víctor Larco Herrera; a fin de valorar el riesgo de materialización del pensamiento suicida asociado con estos factores, y contribuir de alguna manera con acciones preventivas para reducir los riesgos de internamientos involuntarios, así como garantizar los derechos de los usuarios de servicios de salud con problemas de salud mental.

Sobre el particular, según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del año 2020, del Hospital Víctor Larco Herrera, entre los años 2016 a 2020, los diez problemas de salud mental más prevalentes en el Servicio de Emergencia fueron el trastorno

de ansiedad, con 4,522 casos; la esquizofrenia, con 4,306 casos; los trastornos psicóticos agudos y transitorios, con 2,596 casos; el episodio depresivos, con 2,488 casos, los trastornos específicos de la personalidad, con 2,226 casos; el trastorno afectivo bipolar, con 1,291; los trastornos mentales del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias psicoactivas, con 1,008 casos; entre otros trastornos con menos de 800 casos (11).

Ahora bien, varios de estos problemas de salud mental más prevalentes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, entre ellos por ejemplo la esquizofrenia, los episodios depresivos graves, los trastornos psicóticos agudos y transitorios, los trastornos afectivos bipolares, los trastornos mentales del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias psicoactivas, así como los desórdenes mentales debidos a daño orgánico cerebral; pueden descompensarse y requerir un tratamiento hospitalario inmediato, además de evolucionar clínicamente con afectación de la capacidad y la competencia, ya que la situación psicopatológica descompensada impide al paciente tomar decisiones por sí mismo y comprender la información que se le otorga, por lo que la condición clínica del usuario de servicio de salud lo imposibilita el ejercicio del derecho a la información, así como de consentir o rechazar las medidas terapéuticas que se le prescriben, en consecuencia en muchos de ellos es necesario el internamiento y/o hospitalización involuntario, a fin de garantizar su derecho a la vida y la salud, así como para evitar secuelas invalidantes.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo de internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo de internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar si la edad es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.

Determinar si el sexo es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.

Determinar si la depresión es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.

Determinar si el trastorno límite de personalidad es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.

Determinar si el antecedente familiar de conducta suicida es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.

Describir las características sociodemográficas, principales trastornos mentales y comorbilidades de los pacientes internados involuntariamente por conducta suicida en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Este estudio es importante debido a que la conducta suicida es un gran problema de salud pública en el mundo; pues, este problema de salud mental a pesar de ser en gran medida prevenible continúa ocasionando casi la mitad de todas las muertes

violentas, es decir son responsables de casi un millón de víctimas anualmente de acuerdo con la OMS (12).

Asimismo, este estudio es relevante debido a que la prevención de la conducta suicida constituye parte de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud (13); no obstante, existe escasa literatura nacional relacionada a los factores asociados a la conducta suicida en los pacientes internados involuntariamente. De este modo, se espera que este estudio permita contribuir en la identificación de factores de riesgo, y, además pueda servir de referencia para futuras investigaciones a nivel hospitalario o poblacional.

Por consiguiente, se espera que esta investigación proporcione evidencia que en cierta manera podría ayudar a mejorar el manejo terapéutico de este grupo de pacientes, a través de una adecuada anamnesis y valorando el riesgo de materialización del pensamiento suicida asociado con determinados factores, a fin de reducir los riesgos, y que, en un futuro, quizá inmediato, se puedan identificar la mayoría de estos pacientes oportunamente previniendo su desenlace fatal.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable debido a que se podrá realizar una vez obtenida la autorización de la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera. Cabe precisar que se han realizado coordinaciones con el Jefe del Servicio de Emergencia de este establecimiento de salud, quien considera oportuno realizar el presente estudio. Siendo así, esta entidad comprende la necesidad de promover la investigación en el país, y en consecuencia la realización de este estudio sobre los factores de riesgo asociados al internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida. Por otro lado, también se tiene previsto el obtener la aprobación del comité de ética, tanto de este hospital como de la Universidad de San Martín de Porres para el desarrollo de este proyecto.

Igualmente, en relación con la disponibilidad de los recursos humanos, este trabajo es factible debido a que se contará con el apoyo de los médicos psiquiatras del Servicio de Emergencia, así como con la colaboración de tres médicos residentes

para la recolección de datos de las historias clínicas. Por ello, toda la información necesaria para el desarrollo de este proyecto se obtendrá de las historias clínicas del Servicio de Emergencia de este hospital. De igual manera, existe el compromiso firme y responsable del investigador principal quien asignara el tiempo necesario para la ejecución de la presente investigación.

Además, cabe mencionar que para el desarrollo del presente proyecto de investigación el investigador principal proporcionará el financiamiento correspondiente, que incluye todos los recursos materiales necesarios para ejecutar esta investigación de manera satisfactoria.

1.5 Limitaciones

Al ser un estudio de carácter retrospectivo existe la posibilidad que parte de la información necesaria relacionada a algunas variables de este estudio no se encuentren en las historias clínicas o que algunas historias clínicas se hayan extraviado; sin embargo, se espera que esto suceda en un número reducido de historias clínicas, debido a que en el hospital existe un control permanente de la gestión de la calidad de las historias clínicas, además de que la información necesaria para el desarrollo de la presente investigación se obtendrá de historias clínicas recientes, es decir, de pacientes del año en curso.

Otra posible limitación es que pueda existir un inadecuado registro de la información en las historias clínicas por parte de los profesionales de la salud, aspecto que incluyen letra ilegible, enmendaduras, uso de abreviaturas o siglas que no figura en la lista de abreviaturas de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica; sin embargo, como se mencionó previamente se realiza periódicamente controles de calidad del registro en las historias clínicas; por otro lado, al ser el investigador principal del mismo hospital, tiene la facilidad de entender con mayor facilidad el registro que realizan sus colegas, de este modo, las dificultades mencionadas previamente podrían ser gestionadas y superadas con facilidad.

Por último, otra probable limitación se relaciona con que la muestra del estudio será de un solo hospital, lo cual hace difícil que los hallazgos obtenidos sean extrapolables o generalizables a otros hospitales; sin embargo, este establecimiento de salud es una institución especializada en el manejo de problemas de salud mental, y referencia a nivel nacional, lo cual hace que la evidencia obtenida en esta investigación sea valiosa y relevante para este hospital.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Geng F et al., en el 2020, realizaron un estudio retrospectivo en China, sobre características sociodemográficas, clínicas y diagnósticas asociadas a la hospitalización psiquiátrica voluntaria e involuntaria de niños y adolescentes. Se incluyó 196 niños y adolescentes menores de 18 años de 41 hospitales psiquiátricos, desde el 19 al 31 de marzo de 2019. Se encontró que la frecuencia de internamiento involuntario fue de 32,1%, asimismo los diagnósticos más frecuentes fueron esquizofrenia 29.6%, trastorno depresivo 31.1% y trastorno bipolar 16.3%. Los factores asociados fueron edad con odss ratio (OR) de 1.3; y los síntomas depresivos con odss ratio de 0.2. Se concluye que en China la tasa de internamiento psiquiátrica involuntaria de niños y adolescentes fue mayor que en otras regiones, y predominó los síntomas psicóticos y las conductas agresivas. Se advierte la necesidad de garantizar el tratamiento adecuado de estos pacientes y proteger sus derechos (14).

Karasch O et al., en 2020, desarrollaron un estudio descriptivo retrospectivo en Colonia, Alemania, a fin de identificar los factores asociados a un alto riesgo de hospitalización involuntaria individual o socialmente; se evaluó 5,764 historias clínicas de pacientes internados en cuatro hospitales psiquiátricos. Se encontró que los pacientes jubilados con un trastorno mental orgánico, especialmente los que vivían en viviendas asistidas tenían riesgo elevado para hospitalización involuntaria, 187 de 627 casos; así como, los pacientes con conducta suicida que al momento de su admisión no tenían ningún trastorno afectivo, 815 de 1,548 casos; asimismo, se ha advertido que la probabilidad de ser internado involuntariamente era mayor si residían en áreas densamente pobladas y con una alta proporción de hogares pequeños. Se concluye que fueron factores de riesgo para hospitalización involuntaria las personas con determinados diagnósticos psiquiátricos y conductas suicidas; y que los factores socioeconómicos relacionados con el servicio y el entorno contribuyeron al riesgo de internamiento involuntario (15).

Walker S et al., en 2019, publicaron una revisión sistemática, cuyo objetivo fue determinar los factores sociales y clínicos asociados con la hospitalización

psiquiátrica involuntaria entre niños y adolescentes; para lo cual se incluyeron en la muestra 77 estudios de 22 países, realizados entre durante el periodo 1983 al 2019. Se encontró que la hospitalización involuntaria de los menores se asoció al diagnóstico de psicosis con odds ratio (OR) de 3.6, al abuso de sustancias con OR de 1.9, la discapacidad intelectual con OR de 3.3, así como la presentación de un riesgo percibido de daño a sí mismo con OR de 2.0; por lo que se concluyó que existe diversos factores de riesgo para el internamiento psiquiátrico involuntario en ciertos grupos de la infancia, el mismo que podría continúa en la edad adulta, por ello, es necesario conocer los factores subyacente, a fin de acceder a un tratamiento psiquiátrico menos coercitivos (16).

Schmitz-Buhl M et al., en 2019 publicaron un estudio descriptivo retrospectivo, en Alemania, sobre predictores de alto riesgo del internamiento psiquiátrico involuntario. Se evaluaron 1,773 registros médicos de personas con problemas de salud mental internadas involuntariamente y 3,991 registros de pacientes internados voluntariamente de cuatro hospitales. Se encontró que los pacientes internados involuntariamente presentaban frecuentemente conductas suicidas y autolesiones 37.9% vs. 20.9% y tenían como antecedente intentos de suicidio anteriores 30.1% vs. 25.0%, respectivamente que los controles. Se concluye que existen factores de riesgo modificables para el tratamiento psiquiátrico involuntario, de este modo la implementación de medidas preventivas puede contribuir a reducir la tasa de tratamiento psiquiátrico involuntario (17).

Silva B y Morandi S, en 2018 desarrollaron un estudio retrospectivo en Suiza, sobre el perfil sociodemográfico y clínico, de las personas hospitalizadas voluntaria e involuntariamente, e identificar qué factores asociados con la hospitalización involuntaria, para lo cual incluyeron 5,027 ingresos psiquiátricos ocurridos de enero 2015 a diciembre 2015, en cuatro hospitales psiquiátricos del Cantón de Vaud, Suiza; obtuvieron como resultados un 62% de ingresos voluntarios y 38% involuntarios, hubo mayor riesgo de internamiento involuntariamente en las personas con trastornos mentales orgánicos 14.8%, 264 casos; mayores niveles de síntomas psicóticos 29.1%, 518 casos; agresividad y problemas de adherencia a la medicación 11.6%, 206 casos; y antecedente de ingreso involuntariamente en los

últimos 12 meses 22.1%, con 424 casos. Se concluyó que existe una alta frecuencia de internamiento involuntario en esta región, por ello la importancia de establecer perfiles de los pacientes con alto riesgo de ser ingresado involuntariamente (18).

Indu V et al., en 2018, realizaron un estudio de casos y controles en la India, a fin de determinar los factores de riesgo de la admisión involuntaria en un hospital psiquiátrico estatal, para lo cual seleccionaron 100 casos de 180 ingresos obligatorios y 200 controles de 3 981 ingresos voluntarios. Se encontró que los factores de riesgo fueron edad de 30 - 49 años con odds ratio (OR) de 1.9, mayor de 50 años con OR de 2.2, procedencia urbana con OR de 1.9, vivir en familias conjuntas y extensas con OR de 2.1, sin hogar con OR de 2.2, poco apoyo social con OR de 4.4, y el mal estado funcional y el mal cumplimiento de la medicación con OR de 4.0; los autores concluyeron que se requiere abordar los factores modificables que incluyen el poco apoyo social, el mal estado funcional y el mal cumplimiento de la medicación para poder prevenir los ingresos involuntarios, debido a que se ha evidenciado que los ingresos obligatorios pueden repetirse, y estos pacientes forman parte de un grupo de alto riesgo que necesitan intervenciones específicas (19).

Di Lorenzo R et al., en 2018, realizaron un estudio retrospectivo en Italia, para determinar los factores de riesgo demográficos y clínicos del tratamiento psiquiátrico involuntarios. Se incluyó todas las hospitalizaciones del Servicio de Diagnóstico y Tratamiento Psiquiátrico de una ciudad italiana, desde enero 2015 a diciembre 2015. De un total de 396 hospitalizaciones, 160, 40%, pacientes fueron hospitalizados involuntariamente; con mayor frecuencia, vivían solos 26.8% y estaban desempleados 37.5%; los diagnósticos más frecuentes fueron esquizofrenia y otras psicosis con 47.7% de los casos y trastornos de personalidad con 12.7%; asimismo, se advirtió que estos pacientes requerían con mayor frecuencia tratamientos parenterales más prolongados, debido al limitado control de impulsos, alteración de la identidad y riesgo de suicidio. Los autores concluyen que los pacientes ingresados involuntariamente estaban afectados por graves trastornos psiquiátricos, además del mal cumplimiento terapéutico (20).

Giacco D y Priebeen S, el 2016, realizaron un estudio retrospectivo, en Inglaterra, a fin de evaluar los cambios en los niveles de suicidio y hostilidad posterior al internamiento involuntario y sus factores predictores, para lo cual se incluyó 2,790 pacientes en la primera semana; 2 129 al mes y 1 864 a los tres meses. De los 2,790, el 13,9% mostraban niveles moderados o altos de suicidalidad, 46,1% de hostilidad y 5,7% para ambos síntomas. Con respecto a la suicidalidad; 107 pacientes al mes del ingreso presentaban niveles moderados o superiores y 97 pacientes al cabo de tres meses; 0,8% fueron catalogados como suicidas; las personas que mostraban sistemáticamente una suicidalidad significativa al ingreso y a los tres meses tenían más probabilidades de estar en el hospital con OR de 1.7. Hubo 307, 14.5%, con niveles moderados o superiores de hostilidad y con 172, 9.2%, a los tres meses. Las personas que mostraban sistemáticamente una hostilidad significativa al ingreso y a los tres meses tenían más probabilidades de estar en el hospital a los tres meses con OR de 2,208. Los predictores de suicidalidad a los tres meses del ingreso fueron suicidalidad al inicio, no tener un diagnóstico de trastorno psicótico y estar desempleado; y los predictores de hostilidad fueron, hostilidad al inicio, no tener un trastorno psicótico, vivir solo y haber sido hospitalizado previamente (21).

2.2 Bases teóricas

Conducta suicida

La Guía de Práctica Clínica de manejo de conducta suicida del Hospital Víctor Larco Herrera, establece que la conducta suicida es la condición clínica que se manifiesta por la presencia de ideas autolesivas, que puede llegar hasta la consumación del acto suicida; la misma que puede ser producto de un acto voluntario y consiente, así como por motivos inconscientes, puede cursar con graves alteraciones del afecto, la conciencia, el pensamiento y del control de los impulsos (22).

Asimismo, de acuerdo con la citada guía de práctica clínica, es importante tener presente otras definiciones operativas tales como la ideación suicida, que es un conjunto de sentimientos, pensamientos y acciones que expresan un deseo voluntario de morir; el intento suicida, que es un concepto que se le asigna a toda acción u omisión que busque la muerte propia, del cual la persona sobrevive; y el

suicidio consumado, que es el acto por el cual una persona logra su intención de quitarse la vida con mano propia (22).

Factores de riesgo de la conducta suicida

Los factores de riesgo de la conducta suicida son bastante diversos, por lo que es importante tener presente que un solo factor no es suficiente para explicar las razones que conducen al suicidio, ya que, el acto suicida es un proceso mental complejo que se desarrolla por la interrelación de varios factores, tales como los sociales, los culturales, los ambientales, los biológicos, los psicológicos, así como los personales.

La OMS, las asocia los distintos factores de riesgo en categorías individuales, comunitarios, sociales y sistemáticos; dentro de la categoría sistema de salud tenemos a las barreras que se presentan para acceder a los servicios de salud; salud; en sociedad, el acceso a medios los empleados para quitarse la vida, la comunicación inadecuada por los medios de comunicación, y el estigma relacionado con conductas de búsqueda de ayuda; dentro del criterio comunidad tenemos a los desastres, las guerras y conflictos; el estrés por las migraciones, la discriminación; y los traumas o abusos (6).

Igualmente, según el referido organismo mundial, dentro de los criterios relaciones, tenemos al aislamiento y falta socialización, los conflictos en las relaciones personales y familiares, las disputas o pérdidas parentales; y finalmente en el criterio individuo, tenemos al antecedente de conducta suicida anterior, los desórdenes mentales, el consumo perjudicial de alcohol, el desempleo, crisis financiera, la desesperanza, los procesos dolorosos crónicos, los antecedentes familiares comportamiento suicida, así como los factores genéticos y biológicos. Cabe precisar que, estos factores no obstante de no ser exhaustivas, esta clasificación permite organizar y simplificar la totalidad de factores de riesgo existentes, así como de identificar con mucha facilidad acciones y estrategias pertinentes (6).

En base a lo anterior, estos trastornos mentales representan además emergencias

psiquiátricas que requieren atención hospitalaria inmediata, y también pueden evolucionar clínicamente con afectación de la capacidad y la competencia, situación que ocurre debido a que la descompensación psicopatológica impide al paciente tomar decisiones por sí mismo y comprender la información que se le otorga; por ello, la condición clínica del paciente hace imposible el ejercicio del derecho a ser informado, así como de asentir o rechazar las propuestas terapéuticas que se le proponen, en consecuencia en muchos de estos pacientes se requiere el internamiento y/o hospitalización involuntario, a fin de garantizar su derecho a la vida y la salud, así como para evitar secuelas invalidantes.

Internamiento involuntario

En relación al internamiento y/o hospitalización involuntario o compulsivo a establecimientos de salud mental, así como al tratamiento involuntario, la Organización Mundial de la Salud (23), señala que son temas absolutamente controversiales en la psiquiatría, puesto que afectan derechos fundamentales de primera generación como el derecho a la libertad individual y la autodeterminación, y representan un riesgo de uso y abuso para temas políticas, culturales, sociales y de otro tipo; y por otro lado, el internamiento y el tratamiento involuntarios pueden evitar daños contra el propio usuario de servicio de salud o contra familiares y terceros, y ayudar a otras personas a hacer efectivo su derecho a la salud, con el que, debido a su desorden mental, no han logrado efectuar voluntariamente; por ello, de acuerdo a esta autoridad mundial de la salud, los internamientos involuntarios sólo se debe permitir, cuando existe evidencia de un problema de salud mental grave, establecido como tal en una ley; cuando hay un riesgo real e inminente de daño contra el propio paciente o contra terceros, y/o de deterioro de la condición clínica del usuario de servicio de salud si no se le proporciona tratamiento inmediato; asimismo, cuando el ingreso incluye un propósito terapéutico; y cuando el tratamiento sólo puede ser administrado ingresando a una institución prestadora de servicio de salud mental.

Por otro lado, en el artículo 12° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), de la Organización de las Naciones Unidas, se establece que todos los seres humanos gozan de capacidad jurídica, por lo

tanto, la discapacidad mental no debe ser una razón para limitar dicha capacidad; asimismo, el literal d) del artículo 25° de la citada norma precisa que los Estados Partes exigirán a los profesionales de la salud que otorguen a las personas con discapacidad atención sanitaria de calidad sustentado en base a información y consentimiento libre. Fundado en lo anterior, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, ha señalado en su Observación General 1, que los Estados tienen el deber de exigir a todos los profesionales de la salud, en especial a los profesionales de la salud mental como los psiquiatras, a obtener asentimiento informado de forma libre, de las personas con problemas de salud mental que les genera discapacidad, para cualquier medida terapéutica, además planteó que no se puede permitir la subrogación de la voluntad de los usuarios de servicios de salud mental con discapacidad al momento de dar su consentimiento (24).

En ese mismo sentido, en el numeral 4) del artículo 26° del Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, se señala que el internamiento involuntario constituye una medida terapéutica en una situación de emergencia psiquiátrica que necesita atención de salud mental inmediato, a fin de evitar la afectación del derecho a la vida, la integridad física y mental, así como para prevenir secuelas invalidantes en el paciente; la misma que puede efectuarse previo consentimiento informado otorgado por el usuario de servicio de salud, siendo la única excepción la imposibilidad para manifestar la voluntad en una situación de emergencia psiquiátrica. Además, la referida norma define a la emergencia psiquiátrica como toda condición clínica que afecta la salud mental, de aparición repentina e inesperada, asociada a problemas psicosociales o trastornos mentales, que requiere atención inmediata, puesto que ponen en peligro real e inminente la vida, la salud, la integridad física y mental, o que pueda causar secuelas invalidantes en el usuario de servicio de salud mental (7, 8).

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, APA, señala que una persona sería elegible para un internamiento involuntario si sufre un trastorno mental grave, por ejemplo, una enfermedad, dolencia u otra condición que afecte sustancialmente las funciones mentales tales como el pensamiento, la capacidad de juicio, la

percepción de la realidad, o el proceso emocional del ser humano; o que afecte sustancialmente a la conducta, como cuando se tiene un comportamiento desorganizado; igualmente, si a la vista del historial de tratamiento de la persona, ésta necesita ahora un tratamiento para evitar una recaída o un deterioro grave que, previsiblemente, haría que la persona se convirtiera en un peligro para sí misma o para los demás o que fuera sustancialmente incapaz de cuidar de sí misma en un futuro previsible y/o que cumpliera los criterios de internamiento en un futuro previsible (25).

Además, la APA precisa que una persona sería elegible para un internamiento involuntario si como resultado del trastorno mental de la persona, es poco probable que busque o se adhiera voluntariamente al tratamiento necesario; si la persona ha sido hospitalizada o ingresada en un centro de crisis para el tratamiento de un trastorno mental grave en los dos años anteriores y no ha seguido en más de una ocasión el tratamiento prescrito tras el alta; si se ha preparado un plan de tratamiento aceptable que incluye las condiciones específicas a las que se espera que se adhiera el paciente, junto con un plan detallado para revisar el estado médico del paciente y para controlar su cumplimiento de las condiciones de tratamiento requeridas; si hay una perspectiva razonable de que el trastorno del paciente responderá al tratamiento propuesto en el plan de tratamiento si el paciente se adhiere a los requisitos de tratamiento especificados en la orden del tribunal; y si el médico o el centro de tratamiento que se encargará del tratamiento del paciente en virtud de la orden de internamiento ha acordado aceptar al paciente y ha refrendado el plan de tratamiento (25).

De lo expuesto, podemos advertir que existen una serie de criterios clínicos que debe considerar el psiquiatra para el internamiento y/o hospitalización involuntaria, o no consentida de un paciente con problema de salud mental en situación de emergencia psiquiátrica; los mismos que pasamos detallar a continuación, para las principales patologías psiquiátricas, que se atiende en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera.

Estado psicótico

En estados psicóticos, uno de los síntomas cardinales son la presencia de ideas delusivas o delirantes, pero la presencia de delirios no está necesariamente correlacionada con alteración del consentimiento, por cuanto, en estos estados algunos pacientes tienen una buena conciencia del trastorno y se encuentran en un estado de capacidad para consentir o, a veces, incluso el rechazo de la atención sin requerir atención no consentida, en tal sentido, entre los criterios de atención sin consentimiento para estados psicóticos que se debe considerar son por ejemplo, la fuerte adhesión a las creencias delirantes; el tema del delirio como de ruina o culpa, persecución, síndrome de Cotard, megalomanía, celos y erotomanía; el automatismo mental; la asociación con una perturbación del curso del pensamiento; el humor maníaco; y el abuso de sustancias tóxicas; igualmente se debe tener especial cuidado el grado de adhesión a las creencias delirantes y la ausencia de reconocimiento de la existencia de un trastorno o insight. También es necesario buscar alucinaciones auditivas, en particular, alucinaciones de tipo injurioso, mandatos suicidas o heteroagresivos, así como el síndrome conocido como automatismo mental, donde existe un importante riesgo de conducta impulsiva (26).

Trastornos del estado de ánimo

Los tres tipos de trastornos tímicos o del estado de ánimo, depresivos, maníacos y estados mixtos, pueden afectar la capacidad de juicio y ser tributarios de atenciones no consentidas. En casos de síndromes depresivos, la hospitalización sin consentimiento es necesaria cuando el cuadro depresivo está asociada a la negación de atención, si existe un riesgo importante de suicidio o cuando existe complicaciones somáticas, como la desnutrición, el agotamiento, o en casos de extrema negligencia. Asimismo, la existencia de delirio es un factor de gravedad que requiere una atención no consentida si el paciente rechaza los cuidados; además, un diagnóstico previo de trastorno bipolar, antecedentes de episodios maníaco, será un argumento a favor del internamiento sin consentimiento, ya que es un factor importante de riesgo suicida, así como los antecedentes personales o familiares de comportamiento suicida; en los estados mixtos, el riesgo de suicidio, así como las dificultades terapéuticas de este trastorno, indican la hospitalización

en la mayoría de los casos; además, la labilidad, la inestabilidad y la irritabilidad pueden ser obstáculos para el consentimiento de la atención, por lo que, en todos estos casos, la atención no consentida estaría indicado (27).

Conducta suicida

La decisión de ingreso no consentido en conductas suicidas debe tomar en cuenta en primer lugar el estado psiquiátrico básico, puesto que un intento de suicidio o ideas suicidas con intención de pasar a el acto complica un trastorno mental subyacente, y se presenta negativo al tratamiento, por lo que se debe indicar atención no consentida; por ello, en casos de crisis suicidas se deben valorar, entre otros, los antecedentes personales o familiares de suicidio; la impulsividad; la falta de crítica a las ideas o acciones suicidas; el aislamiento socio-profesional; un escenario de preparación para cometer el acto; los factores precipitantes como el duelo, la ruptura, y los medios letales disponibles como armas, drogas, y otros (26).

Trastornos de conducta alimentaria

Al igual que en las adicciones, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria se realiza principal y preferentemente en forma ambulatoria; sin embargo, en casos de bulimia, se recomienda la atención no consentida en los casos de rechazo de la atención asociada a un riesgo vital. Pero más allá de la negación de la gravedad de la delgadez y las necesidades nutricionales propias de la anorexia nerviosa, los problemas cognitivos pueden aparecer durante el curso del trastorno, por lo que, si ésta está significativamente deteriorada, pueden afectar la capacidad de consentimiento, y justificar la atención no consentida (27).

Por lo expuesto, claro está que la hospitalización y/o internamiento involuntario de una persona con problemas de salud mental, en establecimiento de salud es un tema bastante complejo, no solo por lo atípico de la relación médico paciente, por no existir voluntad en una de las partes, sino los criterios clínicos y legales que tiene que tomarse en consideración de forma imperativa al momento de internar a una persona, ya que con este acto médico se estaría afectando, entre otros derechos, el derecho fundamental a la libertad de tránsito, libertad de expresión, derecho a la

dignidad, de acceso a la información, a fin de garantizar supuestamente el derecho a la vida, la salud, así como el derecho a la integridad física y psíquica.

Finalmente, cabe señalar que en el Perú no se tiene normas técnicas de salud, directivas sanitarias, guías de práctica clínica o documentos técnicos, aprobados por la Autoridad Nacional de Salud de conformidad con lo establecido en la Tercera Disposición Complementaria y Final del Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Salud Mental; donde estén establecidos los factores de riesgo que se deberá considerar para el internamiento involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, de un usuario de servicio de salud con conducta suicida, por lo que resulta de vital importancia conocer, cuáles son factores de riesgo que deben ser valorados por lo médicos psiquiatras para el internamiento y/o hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, en casos de conducta suicida, a fin de prevenir estas situaciones y garantizar los derechos de los usuarios de servicios de salud con problemas de salud mental.

2.3 Definición de términos básicos

Conducta suicida: Condición clínica donde se presenta el desarrollo del pensamiento suicida, que puede llegar hasta la consumación del acto suicida (28).

Emergencia psiquiátrica: Problema de salud mental de inicio súbito, repentino e inesperada, que precisa atención médica inmediata, por poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueda generar lesiones graves en el usuario de servicio de salud mental (7).

Internamiento involuntario: Proceso médico por el cual un usuario de servicio de salud en situación de emergencia psiquiátrica es ingresado o admitido en una institución prestadora de servicio de salud mental, para recibir atención médica inmediata y específica, a fin de cautelar su vida o su salud (8).

Paciente que no puede manifestar su voluntad: Usuario de servicio de salud con discapacidad física o mental que, a pesar de haberse proporcionado las medidas de accesibilidad, ajustes razonables, y acciones reales e idóneas, no logra establecer interacción y/o comunicación con el medio que le rodea y consigo mismo (8).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

La edad, el sexo, la depresión, el trastorno límite de personalidad y el antecedente familiar de conducta suicida son factores de riesgo de internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida, en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio de 2022.

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categoría y valores	Medio de verificación
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Años	De razón	18+	Historia clínica
Sexo	Característica biológica del individuo	Cualitativa	Genero	Nominal	Masculino / femenino	Historia clínica
Depresión	Trastorno mental caracterizado por animo depresivo, anhedonia, cansancio o fatiga, que deteriora la calidad de vida y genera problemas en el entorno familiar laboral y social.	Cualitativa	Escala de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS)	Nominal	De 0 a 6 implica que no hay depresión. De 7 a 17 implica una depresión ligera. De 18 a 24 implica una depresión moderada. De 25 a 52 implica una depresión grave.	Historia clínica
Nivel de Depresión	Grado del trastorno mental depresivo, anhedonia, cansancio o fatiga, que deteriora la calidad de vida y genera problemas en el entorno familiar laboral y social.	Cualitativa	Criterios de diagnóstico de tipos de depresión de la Clasificación OMS: CIE 10.	Ordinal	Episodio depresivo leve (F32.0) Episodio depresivo moderado (F32.1) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)	Historia clínica
Trastorno límite de la personalidad	Tipo de personalidad que se manifiesta por presentar conducta impulsivo, inestable, sin tener en cuenta las consecuencias, de ánimo impredecible y caprichoso.	Cualitativa	McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)	Ordinal	De 10 preguntas del total, un valor mínimo de 7 "SI" en este instrumento ofrece una sensibilidad de (81%) y especificidad (85%) de diagnóstico.	Historia clínica
Tipo de trastorno límite de la personalidad	De acuerdo con los criterios de la CIE-10 de la OMS, existen 3 tipos de trastorno límite de la personalidad: el agresivo, el límite, y el explosivo.	Cualitativa	Según criterios de diagnóstico de los tipos de trastorno límite de la personalidad, de la Clasificación OMS: CIE 10	Ordinal	Trastorno de personalidad agresivo (F60.30) Trastorno de personalidad limite (F60.31) Trastorno de personalidad explosivo (F60.32)	Historia clínica
Antecedente familiar de conducta suicida	Se refiere al registro de enfermedades y/o afecciones a la salud de los familiares biológicos de la persona, tanto vivos como fallecidos.	Cualitativa	De acuerdo con sus categorías	Nominal	Con antecedente familiar de conducta suicida Sin antecedente familiar de conducta suicida	Historia clínica
Estado civil	Conjunto de cualidades civiles que distinguen a las personas naturales, en la sociedad y la familia.	Cualitativa	Soltero, casado, viudo y divorciado	Nominal	Soltero, casado, viudo y divorciado.	Historia clínica
Prioridad de atención	Compromiso del estado de salud en diversos	Cualitativa	Tipo de prioridad	Ordinal	Prioridad I: Gravedad súbita	Historia clínica

	grados, para clasificar y dar preferencia de atención sanitaria en los servicios de emergencia.		según NT N° 042-MINSA/DGSP-V.01		extrema Prioridad II: Urgencia mayor Prioridad III: Urgencia Menor Prioridad IV: Patología aguda común	
Lugar de procedencia	Lugar donde domicilia o vive el usuario de servicio de salud	Cualitativa	Distrito, provincia región	Nominal	Distritos de Lima Metropolitana y Provincia Constitucional del Callao Regiones del Perú	Historia clínica
Antecedente psiquiátrico de trastorno mental	Se refiere a los problemas de salud mental preexistentes en el usuario de servicio de salud, al momento de la atención en emergencia por conducta suicida y posterior internamiento involuntario.	Cualitativa	De acuerdo con sus categorías	Nominal	Si / No	Historia clínica
Trastornos mentales	Condición clínica que sobreviene en una persona, afectando en intensidades diferentes el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad, así como la interacción social, en manera transitoria o permanente.	Cualitativa	De acuerdo con sus categorías	Nominal	Si / No	Historia clínica
Comorbilidades	Enfermedades de evolución crónica, físicas, sistémicas y/o degenerativas que suelen presentarse en la conducta suicida.	Cualitativa	De acuerdo con sus categorías	Nominal	Si / No	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico y retrospectivo.

El enfoque es: cuantitativo

El tipo y diseño se presenta según los siguientes parámetros:

Según la intervención del investigador: Es un estudio observacional.

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Es un estudio transversal.

Según el momento de la recolección de datos: Es un estudio retrospectivo.

Según la finalidad del estudio: Es un estudio analítico.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los usuarios de servicios de salud internados y/o hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera.

Población de estudio

Usuarios de servicios de salud internados y/o hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, durante el periodo de enero a junio de 2022.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

Pacientes internados y/o hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, durante el periodo de enero a junio de 2022.

Pacientes adultos de ambos sexos.

Pacientes con diagnóstico de atención de conducta suicida.

Pacientes internados y/o hospitalizados de forma involuntaria.

Pacientes que presentaron afectación de la capacidad y competencia para consentir.

Criterios de exclusión

Pacientes que fueron internados y/o hospitalizados por mandato judicial.

Pacientes cuyas historias clínicas no cuentan con los datos de las principales variables de interés del presente estudio.

Tamaño de la muestra

Se incluirá la totalidad de pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio que fueron internados y/o hospitalizados por conducta suicida, de forma involuntaria, en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera de Lima. Cabe mencionar que en el periodo de enero a junio del 2022 hubo ciento treinta y siete ($n = 137$) pacientes.

Muestreo

El muestreo será no probabilístico, y no se utilizará técnica de muestreo debido a que se incluirá la totalidad de pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio

4.3 Técnicas de recolección de datos

Los datos serán recolectados de las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad durante el periodo de 01 de enero al 30 de junio de 2022. Durante el proceso de recolección de datos se empleará una ficha de recolección de datos (ver Anexo 2), que ha sido elaborada teniendo en consideración los objetivos de esta investigación.

Previo a la ejecución del estudio se requiere primeramente solicitar la autorización a la Universidad de San Martín de Porres y al Hospital Víctor Larco Herrera. Una vez obtenida la autorización, se coordinará directamente con el jefe del servicio de emergencia las fechas y horas de ingreso al sistema de información hospitalaria, para obtener los números de las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio.

Posteriormente, se coordinarán las fechas y horas con el encargado del área de archivo de historias clínicas, a fin de proceder a extraer los datos requeridos, proceso que será realizada por el investigador y un personal de apoyo en un periodo de tres meses, según cronograma.

Finalmente, la información recolectada será vaciada en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS. V26, para ser sometida a su limpieza, procesamiento y análisis estadístico.

Instrumentos de recolección

Se utilizará una ficha de recolección de datos (ver Anexo 2), que ha sido elaborada teniendo en consideración los objetivos de esta investigación. En la ficha de recolección de datos, se registrará información relacionada con número de historia clínica, edad, sexo, estado civil, prioridad de atención, lugar de procedencia, antecedente psiquiátricos de trastornos mentales, comorbilidades, antecedentes familiares de conducta suicida, diagnóstico presuntivo de trastorno psiquiátrico, CIE-10, motivo de internamiento u hospitalización, así como si tiene evaluación de capacidad de discernimiento y señala la condición médica que no permite consentir.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

A fin alcanzar los objetivos planteados, la información recolectada se procesará mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V26; Asimismo, se realizará la limpieza de datos previo al análisis estadístico de los mismos.

En este estudio se procederá a realizar análisis univariado, bivariado y multivariado. Para el análisis univariado, las variables cualitativas mostrarán las frecuencias y porcentajes; y para las variables cuantitativas se estimarán las medidas de tendencia central y de dispersión. Con la estadística descriptiva se presentarán los datos de las características sociodemográficas como la edad, el sexo, estado civil, prioridad de atención y lugar de procedencia.

El análisis bivariado determinará la comparación de las proporciones de las variables cualitativas mediante la prueba del chi cuadrado o usando el test de Fisher de corresponder. Para las variables cuantitativas se utilizará la prueba de T de Student o la U de Mann Whitney (previa determinación si existe la distribución normal de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov Smirnov). Asimismo, se calculará los OR crudos (Odds ratio) con los intervalos de confianza (IC) al 95% de cada una de las variables.

El análisis multivariado por usar permitirá realizar las estimaciones de los OR con IC 95% ajustados por las variables confusoras (que fueron identificadas en el análisis bivariado), para de esa manera determinar los factores de riesgo protectores asociados al internamiento involuntario. Se establecerá que existe significancia estadística con valores de $p < 0.05$.

Los resultados obtenidos serán presentados en tablas y/o gráficos.

4.5 Aspectos éticos

La ejecución del proyecto de investigación se desarrollará cumpliendo los principios de la bioética clínica tales como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; así como, los principios contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (29). Igualmente, se cumplirá con la ética de la práctica de la psiquiatría de acuerdo con la Declaración de Madrid, aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002 (30).

Igualmente, conforme lo señala el capítulo 7, art. 70 del Código de Ética del Colegio Médico del Perú, al finalizar el estudio se presentarán los resultados obtenidos en esta investigación (31).

Asimismo, se cuenta con la autorización y apoyo de la Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera. Igualmente se garantizará la confidencialidad de la información debido que la recolección de datos se realizará en fichas codificadas; además de que solamente el investigador y su equipo tendrán acceso a la información recolectada. Cabe mencionar que los datos recolectados solo serán utilizados con fines exclusivos del cumplimiento de los objetivos de este estudio

CRONOGRAMA

MESES FASES	2023					
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
FASE I: Protocolo	X					
Elaboración	X	X				
Revisión y aprobación de protocolo por CIEI de USMP			X	X		
Registro en la Oficina de Grados y Títulos					X	X
MESES FASES	2024					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
FASE II: Recolección de datos	X	X				
FASE III: Análisis de datos			X	X		
FASE IV: Informe Final y publicación					X	X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

CONCEPTO	CANTIDAD	MONTO (S/.)
Recursos Humanos		
Investigadores	05	No aplica
Asesor	01	No aplica
Recursos Materiales		
Laptop	02	No aplica
Servicios		
Impresiones y copias	-	300.00
Empastados	-	300.00
Otros	-	400.00
	TOTAL	1,000.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Washington DC: OPS. [Internet], [Citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=72565&lang=es.
- 2) Ministerio de Salud. Minsa pone a disposición pautas para prevenir conductas suicidas, Nota de Prensa. Perú, Lima 2022. [Internet], [Citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/605561-minsa-pone-a-disposicion-pautas-para-prevenir-conductas-suicidas>.
- 3) Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Vigilancia de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela 2016 – 2021. Perú, Lima. [Internet], [Citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE20/mental.pdf>
- 4) Instituto Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud. Indicadores suicidas se incrementaron en tiempos de pandemia en Lima según estudio. Nota de Prensa N° 036 (10/09/2021). [Internet], [Citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/036>.
- 5) Ministerio de Salud. Minsa advierte que la tasa de suicidio está en aumento en el Perú, Nota de Prensa. [Internet], [Citado 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/490446-minsa-advierte-que-la-tasa-de-suicidio-esta-en-aumento-en-el-peru>.
- 6) Organización Mundial de la Salud – OMS. “National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators”. Geneva, 2018. [Internet], [Citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>.
- 7) Diario El Peruano. Perú: Decreto Supremo N° 007-2020-SA: Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. [Internet], [Citado 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>
- 8) Diario El Peruano. Perú: Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. [Internet], [Citado 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>

- 9) Seifert J, Ihlefeld C, Zindler T, Eberlein CK, Deest M, Bleich S et al. Sociodemographic, Circumstantial, and Psychopathological Predictors of Involuntary Admission of Patients with Acute Psychosis. *Psychiatry Int.* 2021, 2, 310–24. [Internet], [Citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/psychiatryint2030024>.
- 10) Andrés M, Donaire L, Juárez C, Hernández M, De Miguel A, Guisado A. Internamientos no voluntarios en el hospital general. Madrid, España. [Internet], [Citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/17360063-Internamientos-no-voluntarios-en-el-hospital-general-compulsory-admissions-in-general-hospital.html>
- 11) Hospital Víctor Larco Herrera: Análisis de Situación de Salud (ASIS) del año 2020. pág. 97. [Internet], [Citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/ASIS_2020.pdf.
- 12) Organización Mundial de la Salud. Suicidio: Datos y cifras, 2021. [Internet], Washington, DC: OMS [Citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- 13) Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019 – 2023. [Internet], [Citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>.
- 14) Geng F, Jiang F, Conrad R, Liu T, Liu Y, Liu H et al. Factors Associated With Involuntary Psychiatric Hospitalization of Youths in China Based on a Nationally Representative Sample. *Front. Psychiatry.* 2020; 11:607464.
- 15) Karasch O, Schmitz-Buhl M, Mennicken R, Zielasek J, Gouziulis Mayfrank E. Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction. *BMC Psychiatry.* 2020; 20, 401.
- 16) Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Leverton M, Dalton Locke C, Trevillion K, Lloyd-Evans B, Johnson S. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry.* 2019; 6(12):1039-53.
- 17) Schmitz Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric

- in-patient treatment. *BMC Psychiatry*. 2019; 29;19(1):127.
- 18) Silva, B y Morandi, S. Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study. *BMC Psychiatry*. 2018: 18, 401.
- 19) Indu V, Vidhukumar K, Sarma PS. Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital-Case control study. *Asian J Psychiatr*. 2018; 35:141–5.
- 20) Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P. Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis. *Acta Biomed*. 2018; 89(6-S):17-28.
- 21) Giacco D, Priebe S. Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. *PLoS One*. 2016; 12;11(5):e0154458.
- 22) Hospital Victor Larco Herrera. Guía de Práctica Clínica de la Conducta Suicida en Emergencia, aprobado con Resolución Directoral N° 156-2020-DG-HVLH. Peru, Lima. [Internet], [Citado 22 de setiembre de 2022]. Disponible en: https://larcoherrera.gob.pe/wpcontent/uploads/2020/11/RD_156_2020_DG_HVLH.pdf.
- 23) Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS; 2006. [Internet], [Citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf.
- 24) Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, suscrita el 30 de marzo de 2007, Nueva York, Estados Unidos de América; ratificado mediante Decreto Supremo N° 073-2007-RE. [Internet], [Citado 22 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- 25) American Psychiatric Association's Position Statement and Resource Document on Involuntary Outpatient Commitment and Related Programs of Assisted Outpatient Treatment. Approved by the Joint Reference Committee. Washinton DC. 2015. [Internet], [Citado 22 de setiembre de 2022]. Disponible en: https://smiadviser.org/knowledge_post/american-psychiatric-associations-position-statement-and-resource-document-on-involuntary-outpatient-

commitment-and-related-programs-of-assisted-outpatient-treatment.

- 26) Alta Autoridad Sanitaria Pública de Recomendación para la práctica clínica: Procedimientos de toma de decisiones para la indicación de hospitalización de emergencia sin consentimiento de una persona que presenta trastornos mentales. Francia, Paris. 2005. [Internet], [Citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux.
- 27) Chinchilla A. Coordinador. Breviario de urgencias psiquiátricas,. Masson – Elsevier. Primera edición. Barcelona, España 2011. Pág. 13 – 14.
- 28) Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría: Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. Perú, Lima. [Internet], [Citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321851-guias-de-practica-clinica-en-salud-mental-y-psiquiatria-guia-de-practica-clinica-en-depresion-y-guia-de-practica-clinica-en-conducta-suicida>.
- 29) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. [Internet], [Citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- 30) Asociación Médica Mundial. Declaración de Madrid. Requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría. Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002. [Internet] [Citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.1decada4.es/_recursos/enlaces_etica/Declaracion_Madrid.pdf.
- 31) Celis A, Cabrera S, Garaycochea V, Integrantes del Comité de Doctrina y Legislación del CMP, Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, Perú: página web del Colegio Médico del Perú; 2023.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de Investigación	Objetivo	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo de internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera?</p>	<p>General Determinar los factores de riesgo de internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera.</p> <p>Específicos Determinar si la edad es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022. Determinar si el sexo es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022. Determinar si la depresión es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022. Determinar si el trastorno límite de personalidad es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022. Determinar si el antecedente familiar de conducta suicida es un factor de riesgo asociado a internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022. Describir las características sociodemográficas, principales trastornos mentales y comorbilidades de los pacientes internados involuntariamente por conducta suicida en el Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio del 2022.</p>	<p>La edad, el sexo, la depresión, el trastorno límite de personalidad y el antecedente familiar de conducta suicida son factores de riesgo de internamiento involuntario de pacientes con conducta suicida, en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima – Perú, durante el periodo de enero a junio de 2022.</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico y retrospectivo.</p> <p>El enfoque es: cuantitativo El tipo y diseño se presenta según los siguientes parámetros: Según la intervención del investigador: Es un estudio observacional. Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Es un estudio transversal. Según el momento de la recolección de datos: Es un estudio retrospectivo. Según la finalidad del estudio: Es un estudio analítico.</p>	<p>La muestra estará conformada por la totalidad de pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio que fueron internados y/o hospitalizados por conducta suicida, de forma involuntaria, en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera de Lima. (n = 137) pacientes.</p> <p>Procesamiento La información recolectada se procesará mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V26; Asimismo, se realizará la limpieza de datos previo al análisis estadístico de los mismos.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código de la ficha:

Fecha.....

I. Características Sociodemográficos:

a. Edad

b. Sexo: F M

c. Estado civil

Soltero Conviviente Casado Viudo Divorciado

d. Prioridad de atención

Prioridad I Prioridad II Prioridad III Prioridad IV

e. Lugar de procedencia

Distrito de Lima Metropolitana

Provincia Constitucional del Callao

Regiones del Perú

Otros

II. Características clínicas:

a. Depresión: Si No

De ser SI: depresión ligera depresión moderada depresión grave

b. Nivel de depresión:

• Episodio depresivo leve (F32.0)

• Episodio depresivo moderado (F32.1)

• Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

• Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

c. Trastorno límite de la personalidad: Si No

d. Tipo de trastorno límite de la personalidad:

• Trastorno de personalidad agresivo (F60.30)

• Trastorno de personalidad límite (F60.31)

• Trastorno de personalidad explosivo (F60.32)

e. Antecedente familiar de conducta suicida: Si No

f. Antecedente psiquiátrico de trastorno mental: Si No

Ansiedad

Esquizofrenia

Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Trastornos específicos de la personalidad distintos a TLP

- Trastorno afectivo bipolar
- Trastornos mentales del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias psicoactivas
- Desórdenes mentales debidos a daño orgánico cerebral
- Otros

g. Trastornos mentales: Si No
De ser SI: Registre el código CIE 10:

- h.** Comorbilidades: Si No
- Enfermedad de Alzheimer
 - Cáncer
 - Diabetes
 - Enfermedad renal crónica terminal
 - Enfermedad cardiovascular
 - VIH/SIDA
 - Tuberculosis
 - Discapacidad física
 - Otros:

ANEXO 3: AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

	PERÚ	Ministerio de Salud	Comisaría de Previsión y Seguro Social	Hospital Víctor Larco Herrera
---	-------------	---------------------	--	-------------------------------

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Magdalena del Mar 08 de marzo de 2022

CARTA N° 017-2022-DG-HVLH/MINSA

Médico Cirujano
Noé Vizcarra Villegas
Residente de Primer Año de la U.N.M.S.M
Presente

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente, a fin de informarle que en la sesión del 25 de febrero el Comité de Sede Docente del HVLH, se informó a los miembros del comité su interés de rotar en el Dpto de Emergencia los meses de mayo y junio 2022. El Comité decidió acceder a su solicitud de rotar en el Departamento de Emergencia durante el mes de junio 2022. En el mes de mayo deberá mantener su rotación según lo programado. El Comité felicita que esté realizando su proyecto de investigación "**Criterios Valorados para el internamiento y/o hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, en el Servicio de Emergencia del Hospital Larco Herrera, Lima-2022**". La Médico Psiquiatra Ana Zamalloa, Jefa del Dpto de Emergencia, le brindará las facilidades para la obtención de la información que usted requiera.

Sin otro particular, quedo de usted

Atentamente,

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 S.N.E. 10693

ERCHIGVC/M
c.c. Archivo

