



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDUCTA SUICIDA EN
PACIENTES DEPRESIVOS COMPLEJO HOSPITALARIO PNP LUIS**

NICASIO SÁENZ 2018-2019

**PRESENTADO POR
LENNY LEONELA PERALES SANABRIA**

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

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA – PERÚ
2021**



**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 ASOCIADOS A CONDUCTA SUICIDA
EN PACIENTES DEPRESIVOS
COMPLEJO HOSPITALARIO PNP LUIS NICASIO SÁENZ
2018-2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

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

**PRESENTADO POR
LENA LEONELA PERALES SANABRIA**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 General	4
1.3.2 Específicos	5
1.4 Justificación	5
1.4.1 Importancia	5
1.4.2 Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definiciones de términos básicos	18
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Hipótesis	20
3.2 Variables y su definición operacional	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1 Diseño metodológico	22
4.2 Diseño muestral	22
4.3 Técnicas de recolección de datos	23
4.4 Procesamiento y análisis de datos	24
4.5 Aspectos éticos	24
CRONOGRAMA	26
PRESUPUESTO	26
FUENTES DE INFORMACIÓN	27
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Según la Organización Panamericana de la Salud ⁽¹⁾, en la Región de las Américas ocurren alrededor de 65 000 defunciones por suicidio anualmente. Esta información es basada en datos recolectados en 48 países; en las Américas, se tiene de 7.3 por cada 100 000 habitantes como tasa de suicidio, siendo inferior al promedio mundial el cual bordea el 11.4 por 100 000, pero es menor comparada con las otras regiones.

Dentro de América, se observan tasas que son distintas significativamente entre los países. En el Caribe no hispano y Norteamérica se observaron tasas mayores en el periodo del 2005 al 2009, y menores tasas en Centroamérica, Caribe hispano, México y Sudamérica. Tasas de suicidio elevadas se presentaron en los siguientes países en el periodo del 2005 al 2009: Canadá (9.7 por 100 mil habitantes), Cuba (9.9), Estados Unidos (10.1), Trinidad y Tobago (10.7), Chile (11.2), Uruguay (14.2), Surinam (23.3) y Guyana (26.2).

El Instituto Nacional de Salud Mental realizó una investigación epidemiológica en Perú, en 2012. Se concluyó que, en el último año y último mes del intento de suicidio, la prevalencia de vida es 0.4 y 0.1, respectivamente. Se estima que, en Perú, son reportados entre 1 y 3 suicidios al día, sin embargo, los peruanos que en al menos un momento de su vida han presentado pensamientos suicidas es un 8.9%.

En la mayoría de casos, esta situación está relacionada con algún trastorno mental que no recibió atención médica oportuna. Se encontró, en un estudio, que la depresión se relaciona en el 70% de casos, la esquizofrenia en el 15% y las adicciones o trastornos de personalidad en el 10%. De todas las personas que sufren depresión, quienes intentan un suicidio son solo un 20% y cada 10 intentos al menos uno culmina en muerte. Asimismo, dos tercios de los pacientes tienen la idea de no continuar viviendo, pero no intentan suicidarse ⁽²⁾.

Algunas de las causas que provocan suicidio en personas que prestan servicio militar son la necesidad de encontrar sentido a la vida; problemas de identificación con padres y hermanos mayores, una visión de la sociedad hipócrita, la necesidad de mayor libertad y autonomía económica, el desprenderse de tradiciones familiares, la falta de adaptación a cambios en la vida, la desconfianza a encontrar buenas amistades, la falta de satisfacción sobre su propia imagen, las dudas sobre su rol sexual y el pacifismo a ultranza, o la preocupación solidaria sobre los grandes problemas de la humanidad ⁽³⁾.

En el Complejo Hospitalario PNP, los diferentes servicios de salud deben incluir como un componente central la prevención del suicidio, por ello durante la ejecución de actividades preventivas contra el suicidio cobra importancia el estudio de la situación actual y las brechas que se deben cubrir, para ello es necesario actualizar los conocimientos sobre factores sociodemográficos relacionados a la conducta suicida en pacientes depresivos, incorporando los datos y haciendo hincapié en la eficacia y la eficiencia de su prevención.

En consecuencia, es de suma importancia efectuar la presente investigación, ya que, dentro de los hechos de gran impacto social en la actualidad, se encuentra el suicidio, debido a esto, se debe realizar un profundo estudio que nos permita identificar la relación de los factores de riesgo con la conducta suicida en la población policial en servicio activo o en retiro. Ya que no existen estudios al respecto, es de mayor relevancia.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y la conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz, en el 2018 y 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Determinar la relación entre los factores de riesgo y la conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz, en el 2018 y 2019.

1.3.2 Específicos

Relacionar variables sociodemográficas como sexo, edad y estado civil con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.

Determinar la relación existente entre variables familiares como violencia intrafamiliar, dinámica familiar e historia de abuso en la niñez con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.

Determinar la relación existente entre variables biológicas como enfermedad psiquiátrica en familiar de primer grado de consanguinidad y enfermedad en fase terminal con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Los resultados del presente estudio serán beneficiosos para el personal médico durante la investigación y práctica clínica, debido a que determinando los factores de riesgo en relación a la conducta suicida en pacientes depresivos será posible tomar las medidas necesarias para elaborar alguna guía clínica; así mejorará el enfoque que se da en cada caso y se logrará, con todo ello, evitar consecuencias mayores.

Además, la información de la presente investigación será de ayuda para los pacientes y sus familiares, ya que permitirá prevenir y el tratar oportunamente y adecuadamente la conducta suicida.

1.4.2 Viabilidad

Este estudio cuenta con la autorización necesaria por la unidad de docencia y capacitación del Complejo Hospitalario PNP para obtener la información de los pacientes, de sus respectivas historias clínicas donde figuran que fueron diagnosticados con depresión y hospitalizados en el nosocomio mencionado en el año 2018 y 2019; se considerará el aspecto ético del manejo de información.

El actual trabajo de investigación es factible, debido a que se dispone del tiempo suficiente para concluir la evaluación detallada de cada historia clínica, además se dispone de recursos económicos, tecnológicos y logísticos que se necesitarán para recolectar la información y realizar su análisis.

1.5 Limitaciones

El estudio se encuentra como limitación relativa la no incorporación de personas con menos de 18 y más de 60 años de edad, ya que en el Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz en el área de Psiquiatría, no es una población representativa.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El 2017, se presentó un estudio, en Chile, que incluyó a 405 personas que acudieron al consultorio de Salud Mental en el área Metropolitana; se les agrupó en pacientes: sin conducta suicida, con ideación suicida y con intento de suicidio de alta y baja gravedad. El estudio determinó la asociación entre estilo de vivencia depresiva, satisfacción familiar, dificultad de relacionarse con las demás personas y conducta suicida.

Se concluyó que el estilo dependiente fue el que predominó en personas con intento suicida de gravedad alta. Observando también alta prevalencia del estilo autocrítico en el grupo con ideación suicida, así como en la totalidad de la muestra. Se presentaron mayores índices disfuncionales debido a la dificultad de relacionarse con las demás personas y a una mayor disfuncionalidad familiar grave percibida en los grupos con presencia de riesgo suicida en comparación con el grupo sin presencia de conducta suicida. La satisfacción con el funcionamiento familiar mostró un efecto en la intencionalidad de morir al momento del intento de suicidio ⁽⁴⁾.

En 2016, se presentó un estudio, en Colombia, que evaluó a 55 adultos y jóvenes en edades que van desde 16 hasta 65 años, se formaron grupos de apoderados, adolescentes, maestros y profesionales de la salud. Se determinó la forma de percibir la conducta suicida de diversos actores sociales. Se concluyó que, al contemplar el suicidio, las enfermedades mentales y físicas son predisponentes. Edad, género y ausencia o presencia de hijos, también intervienen al momento de formular la ideación suicida. Además, se determinó que aspectos como la situación económica y social del país genera desesperanza frente al futuro, especialmente en los más jóvenes, convirtiéndose en un estresor vital ⁽⁵⁾.

Un estudio, en Argentina, en 2016, que seleccionó dentro de los pacientes hospitalizados, a los que presentaron ideación o intento de suicidio. Mediante la experiencia en relación con la conducta suicida, se elaboró un modelo conceptual. El estudio hace hincapié en ver cómo un proceso la percepción del propio riesgo suicida, teniendo en cuenta eventos a largo plazo, durante los últimos meses y algún

evento desencadenante. También, mencionaron los vínculos de calidad como factores protectores. La entrevista se estableció como una intervención en sí misma durante la crisis suicida ⁽⁶⁾.

En 2016, se realizó un estudio, en México, cuya población fueron pacientes en edades de 18 hasta 40 años, con intento suicida atendidos en Hospital regional de psiquiatría. Se describió y analizó como un factor social del intento suicida en adultos jóvenes a los familiares. En el estudio, concluyeron que es de suma importancia el identificar a la familia, para un mejor entendimiento y abordaje, quienes se encuentran permanentemente en relación de diálogo, de sentirse y vivir entre sus miembros, relacionándose también con su entorno cercano, deseando la capacidad para conocer factores de protección, así mismo identificando, afrontando y eliminando los factores de riesgo. La presente investigación proporciona una guía para replantear el cuidado trascendiendo la linealidad del hacer; la atención de pacientes con intento de suicidio debe caracterizarse por un cuidado dialógico, humanizado, creativo, de escucha paciente y de auto-organización continua y permanente ⁽⁷⁾.

Un estudio, en Chile, en 2015; analizó la influencia de los factores psicológicos en síntomas depresivos, las ideas y los intentos de suicidio en pacientes psiquiátricos. El trabajo concluyó que los factores psicológicos como la desesperanza y el afrontamiento orientado a la tarea median la asociación entre los síntomas depresivos y el comportamiento suicida no letal ⁽⁸⁾.

El 2014, en España, estudiaron a 353 usuarios de una unidad de salud mental de un complejo hospitalario, quienes acudieron por diversas psicopatologías. La hipótesis de la investigación afirmó que los pacientes con trastornos psiquiátricos y con antecedentes de maltrato emocional y físico en edad infantil reportaban una elevada frecuencia de conducta e ideación suicida durante su vida a diferencia de pacientes que no experimentaron maltrato. También, se evaluó si se asociaban de modo diferencial, las diversas formas de maltrato a la conducta suicida. El trabajo concluyó que el maltrato infantil se asociaba a una mayor frecuencia de ideación suicida, pero solo los individuos con historia de maltrato físico reportaron una mayor frecuencia de conductas suicidas ⁽⁹⁾.

Un estudio, en Madrid – España, en 2014, concluyó que, dentro de los factores de riesgo, el más determinante para la conducta suicida es la comorbilidad depresión-ansiedad; ésta asociación a diferencia de factores como antecedentes familiares de conducta suicida, tener menos de 35 años de edad y ausencia de hijos, representa mayor riesgo. Por ello, se debe permanecer alerta frente a pacientes con depresión y ansiedad comórbida en presencia de otros factores de riesgo para la conducta suicida ⁽¹⁰⁾.

En 2014, se estudió, en Argentina, en el nosocomio de salud mental de Buenos Aires, a una población de 129 pacientes mujeres hospitalizadas por intento o ideación suicida. La investigación determinó la prevalencia de ingresos al servicio de hospitalización por intento o ideación suicida, determinando las características clínico-demográficas de las pacientes. Mediante seguimiento a seis meses, analizaron la frecuencia de eventos desfavorables. Concluyendo que el 27% se hospitalizaron por intento o ideación suicida. El trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor fueron diagnósticos que presentaron mayor frecuencia. La sobreingesta de medicamentos fue usado frecuentemente como método para el intento suicida. Los datos del seguimiento muestran que el 22% de las pacientes presentó un nuevo intento de suicidio y el 34% tuvo una reinternación a seis meses ⁽¹¹⁾.

Una investigación, en Perú, en 2014, estudió a la población de pacientes ingresados por intento suicida al servicio de emergencia y de medicina realizando interconsultas al área Psiquiátrica. Se describieron las características epidemiológicas, clínicas y la terapéutica de casos con intento suicida que fueron ingresados por el servicio de emergencia en un hospital general. Los investigadores concluyeron que el nivel de instrucción bajo, el desempleo, problemas con la pareja y el diagnóstico de personalidad anormal y depresión mayor fueron los factores principales asociados al intento suicida. El diagnóstico, terapéutica y pronóstico mejoraron cuando el psiquiatra asumió el manejo ⁽¹²⁾.

En 2013, un estudio, en Colombia, tuvo como población a 137 integrantes de la policía nacional. Identificando en el grupo de policías la presencia de ideación

suicida. Concluyeron que se presentó ideación suicida alta en un 2.9% de la población y obtuvieron un porcentaje mayor los que presentaron antecedente de intento suicida y los que vivían solos. Se encontró, en éstos últimos, una asociación estadísticamente significativa.

2.2 Bases teóricas

La depresión

Depresión: palabra usada comúnmente, a la que se le atribuyen diversos significados, como desánimo o tristeza pasajera, luego de la muerte de una persona cercana o algún familiar, afectación de la salud, pérdida de posesiones personales, ánimo decaído debido a la falta de cumplimiento de metas trazadas o ante dificultades del día a día. En psiquiatría, las depresiones son trastornos mentales con síntomas y signos característicos, aunque no específicos, de suficiente intensidad y duración como para deteriorar el funcionamiento diario y la calidad de vida de la persona afectada ⁽¹⁴⁾.

Mingote et al. ⁽¹⁴⁾ indicaron que de las seis principales causas que producen pérdida de calidad de vida y años con discapacidad, en el grupo de personas de 15 a 44 años de edad, cuatro son trastornos mentales: depresión, abuso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar, por lo que su diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz deben constituir una prioridad asistencial al tratarse de un grave problema de salud pública.

Minsa ⁽¹⁵⁾ describe que las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Estas personas presentan disminución del interés para llevar a cabo actividades cotidianas, llegando a ser apáticos y pesimistas al pensar en su futuro. Además, se puede observar ánimo decaído y falta de energía, ya que sienten cansancio luego de realizar un esfuerzo mínimo, también pueden presentar dificultad para conciliar el sueño e hiporexia. Es frecuente en personas que padecen episodios depresivos perder la autoconfianza y presentar pensamientos de desvalorización.

Tipos de depresión

Según EL Minsa ⁽¹⁵⁾, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los mayores en frecuencia son trastorno bipolar, distimia y depresión severa. Además de los ya mencionados, otros autores consideran como tipos de depresión a la depresión psicótica, trastorno afectivo estacional, a los episodios depresivos, y a la recurrencia del trastorno depresivo. Lo que varía en los tres tipos de depresión anteriormente mencionados, son la gravedad, persistencia y número de síntomas, Así mismo, es importante tomar en cuenta sus criterios de diagnóstico, causas y tratamiento.

Episodios depresivos

La Organización Mundial para la Salud (1992) ⁽¹⁶⁾ indica que el enfermo presenta un estado de ánimo depresivo, anhedonia, hipobulia y disminución de la vitalidad, que puede aparecer luego de un esfuerzo mínimo. Complementariamente menciona como síntomas de episodios depresivos:

Concentración y atención disminuida
Sentirse inferior y falta de autoconfianza
Ideas de inutilidad y culpa
Ideas pesimistas sobre el futuro
Ideación o conducta suicida
Insomnio o hipersomnias
Hiporexia

Clasificación de los episodios depresivos

Según el reporte de la OMS (1992) ⁽¹⁶⁾, Los episodios depresivos se clasifican en:

Leve
Moderado
Grave

Además, indica que los síntomas deben estar presentes por al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Los episodios depresivos graves se clasifican con o sin síntomas psicóticos y con y sin ideación suicida ⁽¹⁶⁾.

Factores de riesgo asociados

Según el Minsa 2008 ⁽¹⁷⁾, los principales factores de riesgo para la depresión son el estilo de vida y los factores hereditarios.

Estilo de vida

En la infancia o en la adolescencia es determinante la falta de estabilidad y/o afectividad que llevaría a la depresión, una buena comunicación familiar, disminuye factores de riesgo, teniendo en cuenta que son más proclives a padecer depresión las personas criadas en familias rígidas.

Factores hereditarios

El riesgo de padecer depresión aumenta cuando existen antecedentes familiares en la persona, lo que indicaría una predisposición biológica. Sin embargo, esto no es determinante para presentar la enfermedad. Algunas personas que no tienen historia familiar de enfermedades, también pueden presentar depresión grave.

Se señalan además otros factores, como los factores psicosociales y ambientales o bioquímicos, que ocasionan estrés.

Suicidio y conducta suicida

Según la Real Academia Española, la conducta suicida es la acción que puede perjudicar o perjudica muy gravemente a quien la realiza. El suicidio es definido como un acto biológico y psicológico. En lo biológico, una falta del neurotransmisor, serotonina, se presenta en la impulsividad, (lo que se ha observado en personas que padecen trastornos depresivos). En determinadas familias intervienen también factores genéticos, presentes en las conductas impulsivas. En lo psicológico, las causas más frecuentes son depresión, desesperanza e impotencia, así como también la muerte de un familiar, o alguna experiencia intolerable.

Los datos sobre suicidios probablemente fueron infravalorados por determinados estigmas religiosos y culturales, debido a la autodestrucción y al desinterés de conocer algún trauma autoinfligido, como algún accidente de tránsito, específicamente, el aventarse frente a vehículos. Además, a veces puede percibirse por parte del médico, amigos y principalmente los padres como un

fracaso personal, lo que genera culpa en ellos, por no darse cuenta de los signos de alerta. También, la comunidad lo considera como un fracaso, recordando que la sociedad, no siempre constituye un soporte.

La psiquiatría determina que en trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar pueden presentarse conductas suicidas. Se ha informado que las enfermedades psiquiátricas estarían relacionadas con los suicidios en un porcentaje mayor al 90%.

Las conductas suicidas, a menudo, ocurrirían como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa, y la dependencia a las drogas o el alcohol ⁽¹⁸⁾.

Tipos de conducta suicida

Quintanilla ⁽¹⁹⁾ considera como tipos de conducta suicida a lo siguiente:

Suicidio consumado: Conducta autoagresiva y autoinfligida que culmina en el fallecimiento de la persona que lo llevó a cabo.

Suicidio frustrado: Situación que, debido a un imprevisto, es interrumpido y no llega a concretarse.

Intento de suicidio: Daño autoinfligido, se caracteriza por el diferente grado en la intención de matarse, ocasionando lesiones no fatídicas.

Gesto suicida: Amenazar mediante acciones sobre una conducta autoagresiva que se realizará.

Amenaza suicida: Utilizar palabras para amenazar sobre una conducta autoagresiva que se realizará.

Equivalente suicida: Cuando una persona se automutila.

Ideación suicida: Deseos de matarse con o sin un plan establecido

Factores de riesgos de la conducta suicida

Hernández ⁽²⁰⁾ indica que para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores de riesgos de la conducta suicida subyacentes y estimar riesgo de muerte y menciona a los factores los sociales, familiares, psicológicos y biológicos. A continuación, se detallan estos factores reportados por el mismo autor:

Sociales

Ausencia redes apoyo
Desempleo
Hechos catastróficos
Aislamiento

Familiares

Disfunción familiar
Antecedente de suicidio en la familia
Familia inexistente
Violencia doméstica
Abuso sexual

Psicológicos

Antecedente de intento de suicidio
Muerte de algún familiar
Intensas frustraciones
Ansiedad
Depresión
Poca autoestima
Labilidad emocional
Alteraciones en el sueño

Biológicos

Trastornos metabólicos

Enfermedades psiquiátricas en familiares de primer grado de consanguinidad
Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras)
Enfermedades en fase terminal
Trastornos psiquiátricos
Deterioro cognitivo

Métodos de suicidio

Mansilla citado por Santurtún ⁽²¹⁾ reporta que, en función del país, los métodos para suicidarse varían, debido a la época, cultura y las características demográficas, como la edad, raza, sexo y el medio urbano o rural. En la historia, según el método elegido, han existido diferentes clasificaciones del suicidio. Lester citado por Santurtún ⁽²¹⁾ diferencia los métodos activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego y armas blancas) de los métodos pasivos (gases, drogas o venenos). Por su parte, Isometsa et al. citado por Santurtún ⁽²¹⁾ clasifican el suicidio en violento y no violento, y en el segundo grupo incluyen la sumersión y la exposición a tóxicos.

Abuso en la niñez

Según Fernández ⁽²²⁾, el abuso en la niñez y la infancia, tienen como sustento a la violencia, la que se define como conducta que con intención y direccionalidad busca causar daño y ejercer un poder de sometimiento y hasta de aniquilación de la subjetividad en el otro, con reincidencia en la conducta abusiva dándose tanto en el ámbito doméstico, en el contexto social como en el institucional.

El aparato psíquico del niño se ve afectado por el adulto cuando deja marcas de violencia, mediante maltrato psicológico y/o emocional, expresándose en la forma de relacionarse del niño consigo mismo, con el medio familiar y el social.

Formas de abuso infantil

Fernández ⁽²²⁾ reporta como formas de maltrato infantil: el abuso físico, el abuso sexual, el abuso psicológico las frecuencias de esta pueden ser, en una ocasión, múltiples ocasiones, la duración del abuso en días, meses o años y finalmente la relación con el autor del abuso, suelen ser por conocidos o desconocidos

Abuso físico

En investigaciones de autopsia psicológica empleando casos y controles, se reportaron que existe una asociación entre abuso físico y suicidio (Brent et al., 1994^a, 1999) ⁽²³⁾ fueron replicados en estudios longitudinales prospectivos (Brown et al., 1999; Jonson et al., 2002; Silverman et al., 1996) ⁽²³⁾, los cuales son considerados como el diseño metodológico más riguroso para evaluar este punto.

El abuso físico infantil eleva el riesgo del intento suicida en adolescentes y en adultos jóvenes, incluso luego de realizar el ajuste por características demográficas, síntomas psiquiátricos en infantes y en adolescentes, así como antecedentes psiquiátricos en padres. También, se describe que la relación del abuso infantil e intentos suicida posteriores, estaba mediada por dificultades para establecer relaciones con las demás personas, principalmente en adolescentes, quienes presentaban con frecuencia discusiones con compañeros y personas adultas, además no tenían amigos cercanos. Los niños que fueron abusados físicamente presentan mayor riesgo de conducta suicida, ya que presentan deficiencias en el aprendizaje de habilidades sociales, útiles para establecer buenas amistades, llevándolo a aislarse de la sociedad ⁽²³⁾.

Abuso sexual

Se asocia significativamente un mayor riesgo de conducta suicida en el abuso sexual autoreportado por adolescentes ⁽²³⁾.

Controlando también otros factores de riesgo del suicidio (p.ej. adicción a sustancias por parte de los padres), que se relacionan directamente al abuso sexual infantil, se logrará evitar o prevenir sucesos trágicos ⁽²³⁾.

El abuso sexual infantil y la suicidalidad demuestran una asociación importante, aunque luego de controlar varios factores potencialmente confusores, disminuye, pero no desaparece ⁽²³⁾.

Abuso psicológico

Fernández ⁽²²⁾ reporta que existe correlación entre abuso psicológico con los tipos de conducta del adulto hacia el niño, que le infringen un daño real o potencial. Así

mismo, agrupa las conductas en las siguientes categorías que a continuación se describen:

Categoría 1. Del rechazo a la actitud hostil: maltrato psicológico activo, se observa el desdén del adulto hacia el niño mediante el comportamiento, la manera de ser, de expresar afecto, con la familia como con las demás personas ⁽¹⁹⁾. Esto se observa al descalificar, denigrar, amenazar, culpabilizar, criticar, insultar y menospreciar continuamente; ocasionándole al niño mayor dificultad para generar vínculos saludables.

Categoría 2. Del ignorarlo a la negligencia emocional: vinculación de forma extrema respecto al rechazo ⁽¹⁹⁾. La persona adulta actúa como si el niño no existiese; dejando de satisfacer las necesidades físicas, materiales y afectivas del niño (aprobación, cariño, comprensión, contención e incluso disciplina). El límite del rechazo es la indiferencia.

Categoría 3. Del aislamiento al sometimiento: la persona adulta evita que el niño forme cualquier vínculo social, diferente a los familiares, evitando la vinculación con algún adulto positivo. El niño es aislado, no se le da permiso de salir, ver televisión, tener contacto con figuras positivas. Son maltratados, se les impone obligaciones inadecuadas para luego ser castigados por no cumplirlas; la sobreprotección también es perjudicial para el niño en desarrollo.

Categoría 4. Infundir temor: amedrentar al niño como forma de disciplina. Son amenazados con agresiones físicas como psíquicas: “te voy a dar en adopción si no estudias”. Se les infunde temor, miedo como forma de disciplina y aprendizaje. Se desconoce la vida psicológica del niño, sus sentimientos no son identificados, los padres para satisfacer sus necesidades psicológicas utilizan a los niños, quedando, por ejemplo, atrapados en conflictos conyugales sin que importen los sentimientos del niño. También se puede presentar en el abuso sexual.

Categoría 5. Corromper: abarca el comportamiento que el adulto enseña de forma activa al niño, ocasionando el desarrollo de conducta antisocial, ya que el adulto va instruyéndole en el robo, la mentira, el niño observa que el adulto vive haciendo

trampa para obtener beneficios, aprende a dañar a las demás personas, demostrando conductas antisociales. La persona adulta puede cometer abuso sexual y actividades delictivas contra el niño, inclusive llegando a prostituirlo y explotarlo.

El abuso psicológico genera daños y/o heridas que se pueden deducir a partir de inferencias, surgidas a través del comportamiento del niño violentado; el cual percibimos cuando el niño se relaciona con su familia. Algunos de los indicadores sintomáticos y fenomenológicos son:

El aparente miedo sin justificación del niño hacia el adulto

Falta de confianza del niño hacia adultos aparentemente afectuosos

Tendencia a estar solos o aislarse, evitando contacto con los pares, sin participar en los juegos infantiles

Retraso o detención del crecimiento

Enfermedades psicosomáticas a repetición

Eneuresis nocturna

Inadecuado control de impulsos, inhibición

Desafectivización

Agresividad

Trastornos de conducta.

Conducta inadecuada cuando otro niño llora o grita, siendo éste de menor edad, repitiendo patrones observados en casa, como cuando el adulto no tolera el llanto, grito o demandas del niño.

Niños extremadamente obedientes y complacientes con adultos desconocidos; adaptándose fácilmente a las personas, aunque no tengan confianza en ellas.

Niños que presentan dificultad frente a alguna situación cotidiana como alistarse para ir a la escuela, cuando ya estaban adaptados a ir a la escuela.

Autoestima disminuida

Niños que no son capaces de disfrutar del juego.

Niños con ideación suicida. Siendo llamativo encontrarlo en niños de 9 a 10 años.

2.3. Definición de términos básicos

Depresión: Caracterizada por ánimo deprimido, hipobulia o abulia y anhedonia. La persona con depresión permanece afectada, durante la mayor parte del día y por un periodo prolongado que afecta el funcionamiento y calidad de vida diaria ⁽¹⁴⁾.

Episodio depresivo: Presencia de síntomas depresivos (ánimo decaído, anhedonia, hipobulia y disminución de la vitalidad), por al menos dos semanas ⁽¹⁶⁾.

Suicidio: Descrito por los griegos como muerte elegida o ejecutada por uno mismo. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado ⁽¹⁸⁾.

Conducta suicida: Es cualquier acción que podría llevar a cualquier persona a morir y suelen ser el resultado de la interacción de varios factores personales y/o ambientales ⁽¹⁸⁾.

Abuso: El abuso es el uso o interacción incorrecta hacia alguna persona para obtener algún beneficio de manera injusta e inapropiada. Se presenta de distintas formas, como: maltrato físico o verbal, lesiones, agresión, violación, prácticas injustas, delitos y otros tipos de agresión.

Violencia: Es usar la fuerza física o poder con la intención de amenazar la integridad de otra o la propia persona, incluso a un grupo o comunidad, ocasionando probablemente daño psicológico, lesiones y muerte.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

General

Existe una relación significativa entre los factores de riesgo y la conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz en el 2018 y 2019.

Específicas

VARIABLES sociodemográficas como sexo, edad y estado civil tienen relación significativa con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.

VARIABLES familiares como violencia intrafamiliar, abuso sexual en la niñez y familia disfuncional tienen relación significativa con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.

VARIABLES biológicas como enfermedad psiquiátrica en padres o padecer enfermedad en fase terminal tienen relación significativa con presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.

3.2 Variables y su definición operacional

Factores de riesgo	Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Sociodemográficos	Sexo	Condición orgánica de ser femenino o masculino.	Cualitativa	Demográfico	Nominal	Masculino =0	Historia clínica
						Femenino =1	
	Edad	Tiempo de vida del paciente	Cuantitativa	Años	Ordinal	8 a 30 años =1	Historia clínica
						31 a 40 años =2	
						41 a 50 años =3	
						>a 50 años = 4	
Estado civil	Situación matrimonial del paciente	Cualitativa	Social	Nominal	Soltero =0	Historia clínica	
					Casado =1		
					Conviviente =2		
					Viudo =3		
Familiares	Violencia intrafamiliar	Situación de abuso al que es expuesto algún miembro en el seno familiar	Cualitativa	Reporte del paciente	Nominal	No =0 Sí =1	Historia clínica
	Dinámica familiar	Forma de interacción entre los familiares	Cualitativa	Reporte del paciente	Nominal	Funcional =0 Disfuncional =1	Historia clínica
	Tipo de familia	Clasificación basada en los integrantes de la familia	Cualitativa	Reporte del paciente	Nominal	1= Extensa 2= Nuclear Reconstituída =3	Historia clínica
	Historia de Abuso en la niñez	Cualquier acción premeditada en la interacción interpersonal durante la niñez	Cualitativa	Reporte del paciente	Nominal	Físico =1 Psicológico =2 Sexual =3	Historia clínica
Biológicos	Enfermedad psiquiátrica en familiar de primer grado de consanguinidad	Antecedente de enfermedad psiquiátrica en padres o hijos	Cualitativa	Reporte del paciente	Nominal	No =0 Sí =1	Historia clínica
	Enfermedad en fase terminal	Padecimiento sin tratamiento específico curativo, esperando por ello la muerte en tiempo variable	Cualitativa	Diagnóstico en historia clínica	Nominal	No =0 Sí =1	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Según la intervención del investigador: Observacional

Según el alcance: Analítico, caso-control

Según el número de mediciones de variables de estudio: Longitudinal

Según el momento de recolección de datos: Retrospectivo

4.2 Diseño muestral

Población universo

Estará conformada por el conjunto de pacientes depresivos con conducta suicida.

Población de estudio

Estará conformada por historias clínicas de pacientes depresivos con conducta suicida que fueron hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz durante los años 2018 y 2019.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Para grupo caso

Se incluirán todas las historias clínicas de pacientes depresivos con conducta suicida, de 18 a 60 años de edad, que fueron hospitalizados durante los años 2018 y 2019.

Para grupo control

Se incluirán todas las historias clínicas de pacientes depresivos sin conducta suicida, de 18 a 60 años de edad, que fueron hospitalizados durante los años 2018 y 2019.

De exclusión

Para grupo caso y control

Pacientes con conducta suicida sin diagnóstico de depresión

Pacientes con menos de 18 y más de 60 años de edad

Pacientes con historias clínicas incompletas o ilegibles

Tamaño de la muestra

En esta investigación la muestra estará distribuida en dos grupos de pacientes depresivos, un grupo de casos y un grupo control en una proporción 1;1. El grupo de casos será de 64 y el grupo control 64; ello hace un total de 128 historias clínicas, las cuales cumplirán los criterios de exclusión e inclusión preestablecidos.

Se determinó el número, empleando el software P.A.S.S 2020, se consideró un control por cada caso, $OR=2$, poder estadístico de 80% y 95% como intervalo de confianza.

Muestreo

El muestreo será no probabilístico, de forma aleatoria los controles y los casos, teniendo en cuenta criterios de exclusión e inclusión detallados en el estudio actual.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se revisarán historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión, del área de Psiquiatría del Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz; Se anotará la información estrictamente necesaria de la ficha de recolección de datos.

Además, se utilizarán diferentes códigos, para diferenciar el grupo caso del grupo control.

Luego, utilizando la tabla de codificación de variables, se creará la base de datos, donde se ingresarán variables de estudio y sus categorías con su respectivo valor, para posteriormente realizar el análisis estadístico. Los análisis serán variados y multivariados y se buscarán relaciones de variables analizadas con la presencia de conducta suicida.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Usando la ficha de recolección de datos, confeccionada en este estudio, se registrarán los datos generales, información sociodemográfica, familiar y biológica relacionada estrictamente a las variables, categorías e indicadores a ser estudiados. En la ficha, se emplearán códigos y sin recabar datos personales del paciente ni de la familia que pueda ser identificable.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Toda información, obtenida de las variables de estudio, serán procesadas haciendo uso del software estadístico SPSS versión 24. Para ello, los datos obtenidos se codificarán utilizando la tabla elaborada para este fin; indicando la variable, categorías y los códigos con números arábigos. Se construye de esta manera una base de datos de la investigación.

Con esa base de datos, se realizará el análisis de relación entre las variables cualitativas mediante la prueba de Chi-cuadrado; se evaluará la independencia entre variables y frecuencias esperadas, así como la correlación entre variables nominales y la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos, se considerará un *p value* menor a 0.05. En el caso del análisis de variables cuantitativas, se realizará con la prueba estadística de regresión, para verificar el grado de asociación de las variables. Los resultados del análisis de datos se presentarán en tablas de frecuencias y en gráficos de barras.

4.6 Aspectos éticos

No es necesario contar con el consentimiento informado de los pacientes, debido a que el estudio es retrospectivo. Para revisar y obtener los datos de las historias clínicas se dispone de la autorización de la unidad de docencia y capacitación del Complejo Hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz. Se resalta también el no registro de ninguna información personal identificable, por lo que le será asignado un código a cada historia clínica empleada en la presente investigación.

CRONOGRAMA

Pasos	2021-2022											
	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Redacción final del proyecto de investigación	X	X										
Aprobación del proyecto de investigación			X									
Recolección de datos				X	X	X						
Procesamiento y análisis de datos							X					
Elaboración del informe								X				
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Para realizar el presente trabajo de investigación, se necesitará la obtención de los recursos siguientes:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	900.00
Adquisición de software	900.00
Internet	300.00
Impresiones	400.00
Logística	300.00
Traslado o movilidad	700.00
TOTAL	3500.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OPS (Organización Panamericana de la Salud) Oficina Regional para las Américas de la OMS (Organización Mundial de la Salud). MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS. Informe regional. Oficina del Subdirector (AD) Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH). Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) Washington D.C. 2014.
2. INSM (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL) Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en el instituto nacional de salud mental “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”. Boletín Epidemiológico. 2014.
3. Miralles Muñoz Fernando, Cano Vindel Antonio. Suicidios en Soldados de las Fuerzas Armadas de España en la Última Década del Servicio Militar Obligatorio (1991-2001). Clínica y Salud [Internet]. 2009 [citado 2021 Ago 18]; 20(2): 189-196. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200007&lng=es.
4. Morales S. et. Al. Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. PSYKHE. 2017.
5. Martínez Gómez, Robles Suárez. Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: análisis de contenido a través de grupos focales. Informes psicológicos. 2016.
6. Morales S. et. Al. Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2016.
7. Aguilera Mediana, García Jiménez, Cáceda Ñazco. La familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes: una mirada desde la complejidad. Ciencia y Tecnología. 2016.
8. Inostroza R., Cova S., Bustos N., Quijada I. Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental. Revista Chilena

- Neuro-Psiquiatría. 2015.
9. Kokoulina E., Fernández R. Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2014.
 10. Baca García, Fuensanta Aroca. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud Mental. 2014.
 11. Leandro T. et. Al. Pacientes hospitalizados por ideación e intento de suicidio en un hospital de salud mental: características clínico-demográficas y seguimiento a seis meses. Revista Argentina de Psiquiatría. 2014.
 12. Coronado Molina. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. Revista Neuropsiquiatría. 2014.
 13. Rodríguez E., Medina P., Rozo D., Sánchez G. Ideación suicida y factores asociados en un grupo de policías de Pereira-Colombia. AGO.USB. 2013.
 14. Mingote Adán José Carlos, Gálvez Herrer Macarena, Pino Cuadrado Pablo del, Gutiérrez García M^a Dolores. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Med. segur. trab. [Internet]. 2009 Mar [citado 2021 Ago 18]; 55(214): 41-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es
 15. MINSA (Ministerio de Salud, PE) Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud. 2005.
 16. Organización Mundial para la Salud, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico CIE-10. 1992.
 17. MINSA (MINISTERIO DE SALUD, PE). Guía de PRÁCTICA Clínica en Depresión Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida 2008. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>
 18. Barrionuevo, José. SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Psicología Evolutiva Adolescencia. 2009. Disponible en

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio_e_intentos.pdf.

19. Quintanilla. Factores asociados a la conducta suicida en pacientes depresivos del servicio de observación del hospital nacional psiquiátrico de enero-junio 2010. Aprenderly [Internet]. Disponible en: <https://aprenderly.com/doc/429335/factores-asociados-a-la-conducta-suicida-en-pacientes-depresivos>.
20. Hernández Soto Pedro Antonio, Villarreal Casate Reinaldo Enrique. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2015 Ago [citado 2021 Ago 18]; 19(8): 1051-1058. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=es.
21. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. Cuad. med. forense [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Ago 18]; 22(3-4): 73-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000200003&lng=es.
22. Fernández. Consecuencias del maltrato emocional y/o psicológico en la niñez e infancia. Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infantojuvenil. 2012. Disponible en: <http://www.aspmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=138>.
23. Goldsmith S.K. et al. Reducir el suicidio: un imperativo nacional. Comité de fisiopatología y prevención del suicidio de adolescentes y adultos. Junta de Neurociencia y salud del comportamiento. Instituto de medicina de Estados Unidos. 2002
24. Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. Subdirección General de Salud Mental de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias de la ciudad de Murcia. España. 2005 <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo asociados a conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP Luis Sáenz 2018-2019	¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y la conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP LNS en el 2018 y 2019?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre los factores de riesgo y la conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP LNS en el 2018 y 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Relacionar las variables sociodemográficas como sexo, edad y estado civil con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.</p> <p>Determinar la relación existente entre variables familiares como violencia intrafamiliar, dinámica familiar, e historia de abuso en la niñez con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.</p> <p>Determinar la relación existente entre variables biológicas como enfermedad psiquiátrica en familiar de primer grado de consanguinidad y enfermedad en fase terminal con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe una relación significativa entre los factores de riesgo y la conducta suicida en pacientes depresivos del Complejo Hospitalario PNP LNS en el 2018 y 2019.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Variables sociodemográficas como sexo, edad y estado civil tienen relación significativa con la presencia de conducta suicida en pacientes depresivos.</p> <p>Variables familiares como violencia intrafamiliar, abuso sexual en la niñez y familia disfuncional tienen relación significativa con la conducta suicida en pacientes depresivos.</p> <p>Variables biológicas como enfermedad psiquiátrica en padres o padecer enfermedad en fase terminal tienen relación significativa con la conducta suicida en pacientes depresivos.</p>	El estudio es observacional, analítico de tipo casos y control, de corte transversal, retrospectivo empleando un diseño correlacional	<p>Población de estudio</p> <p>Pacientes depresivos hospitalizados en el Complejo Hospitalario PNP LNS en el 2018 y 2019</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Programa estadístico SPSS versión 24.</p> <p>El análisis de datos se efectuará con la prueba de Chi-cuadrado y regresión para determinar las asociaciones de las variables a probabilidades de un p value menor a 0.05.</p>	Ficha de recolección de datos

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. DATOS GENERALES

1. Código:
2. Número de historia clínica:
3. Revisión de historia clínica (fecha):
4. Situación laboral:.....
5. Parentesco:.....

6. Conducta suicida (tipos):
7. Método utilizado:
8. Antecedente de conducta suicida:
(0) NO
(1) SÍ
9. Antecedente familiar de conducta suicida:
(0) NO
(1) SÍ

B. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

10. Edad (años).....
11. Sexo:
(0) Masculino (1) Femenino

12. Estado civil:.....
13. Escolaridad:.....

C. INFORMACIÓN FAMILIAR

14. Presencia de violencia intrafamiliar:
(0) NO
(1) SÍ

15. Dinámica familiar:
(0) Funcional
(1) Disfuncional

16. Tipo de familia:
(1) Extensa
(2) Nuclear
(3) Reconstituida

17. En la niñez, presentó algún abuso: (0) NO (1) SÍ

(1) Físico
(2) Psicológico
(3) Sexual

D. INFORMACIÓN BIOLÓGICA

18. Enfermedades psiquiátricas en algún familiar de primer grado de consanguinidad:

(0) NO

(1) SÍ Quién:.....

19. Enfermedad en fase terminal

(0) NO

(1) SÍ

20. Otras enfermedades (vasculares, sida, neoplasias, trastorno metabólico):

(0) NO

(1) SÍ Cuáles:.....

TABLA DE CODIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CATEGORÍAS	CÓDIGOS
Sexo del paciente	Masculino	0
	Femenino	1
Estado civil del paciente	Soltera(o)	0
	Casada(o)	1
	Conviviente	2
	Viudo	3
Edad	18 – 30	1
	31 – 40	2
	41 – 50	3
	Mayor de 50	4
Violencia intrafamiliar	No	0
	Sí	1
Dinámica familiar	Funcional	0
	Disfuncional	1
Tipo de familia	Extensa	1
	Nuclear	2
	Reconstituida	3
Historia de abuso en la niñez	No	0
	Sí	1
	Físico	1
	Psicológico	2
	Sexual	3
Enfermedad psiquiátrica en familiar de primer grado de consanguinidad	No	0
	Sí	1
Enfermedad en fase terminal	No	0
	Sí	1