

Calidad de vida y severidad de la depresión en una muestra de pacientes con intento suicida

Quality of life and severity of depression in a sample of patients with suicidal attempt

Domínguez López, María Lourdes

 María Lourdes Domínguez López
revistaacc@academiaciencias.cu
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba, Cuba

Anales de la Academia de Ciencias de Cuba
Academia de Ciencias de Cuba, Cuba
ISSN-e: 2304-0106
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 11, núm. 3, e.1079, 2021
revistaacc@academiaciencias.cu

Recepción: 06 Junio 2021
Aprobación: 15 Agosto 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/444/4442475042/>

Resumen: **Introducción:** Los índices de suicidio son muy elevados en pacientes con trastornos depresivos que experimentan comorbilidades debido a su condición, afectando su calidad de vida y, en la mayoría de los casos, conllevan la aparición de conductas suicidas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad de vida en pacientes con depresión y conducta suicida ingresados en el servicio de psiquiatría del hospital Manuel Fajardo durante el año 2019. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de corte retrospectivo entre los meses de enero a diciembre de 2019 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia donde se registraron 50 pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida. **Resultados:** Las edades entre 21 años y 30 años tuvieron una representación de más del 30 % de la muestra. El comportamiento de la conducta suicida en los pacientes mostró un 50 % para ambos sexos. La escala de Hamilton en pacientes deprimidos con conductas suicidas mostró una representación del 62 % de las depresiones moderadas seguido de la depresión leve con un 22,5 % del total de la muestra. Como conclusiones los pacientes con depresión y conducta suicida evaluados poseen un deterioro de la calidad de vida. Un 80 % de los pacientes con depresión presentó conducta suicida, siendo más frecuente entre las edades de 21 años a 30 años. En estos pacientes, la depresión provoca cambios en la capacidad del enfermo para percibir la realidad, valorando su vida sin sentido o futuro y afectando proporcionalmente su calidad de vida.

Palabras clave: *depresión, conducta suicida, calidad de vida.*

Abstract: Introduction: Suicide rates are high in patients with depressive disorders who suffer from comorbidities because of their condition, which affects their quality of life and, in most cases, suicidal behavior appears. The objective this work was to evaluate the quality of life of patients with depression and suicidal behavior, hospitalized in the psychiatry ward of Manuel Fajardo Hospital over the year 2019. Methods: A retrospective, descriptive longitudinal study was carried out at the psychiatry ward of Manuel Fajardo Hospital, from January to December, 2019. A non-probabilistic sample was used as convenient, composed of 50 patients diagnosed with depression and suicidal behavior. Results: Over 30% of the sample included ages from 21 to 30 years. 50% of

both sexes showed a suicidal behavior. According to Hamilton scale for depressed patients with suicidal behavior, 62% of them showed moderate depression, followed by 22,5% with mild depression. As conclusions the quality of life of the patients with depression and suicidal behavior evaluated was deteriorated. 80% of patients with depression showed suicidal behavior, ages from 21 to 30 years being more frequent. Depression brings about changes in the patient's capacity to perceive reality; then, they see no meaning or future in their lives, which affects their quality of life.

Keywords: *depression, suicidal behavior, quality of life.*

INTRODUCCIÓN

La muerte, de manera general, es vista en la mayoría de las culturas como una continuación de la propia vida. El suicidio constituye la contradicción de este principio, como acontecimiento enigmático, cuya simple consideración causa malestar. ⁽¹⁾

El suicidio ha sido conceptualizado desde diferentes aristas por escritores, cineastas, sociólogos y psiquiatras.

Desde el punto de vista médico legal se define la muerte suicida, como aquella muerte resultado de una acción u omisión generada por la propia víctima, teniendo en cuenta en esta definición dos elementos fundamentales:

- existe la voluntad o intencionalidad del sujeto de provocarse su muerte,
- existe la intención de auto lesión y que la muerte sea consecuencia de esta. ⁽²⁾

El suicidio ha estado presente en la humanidad desde la Antigüedad. En Mesopotamia, según un mito, el primer hombre fue modelado con sangre del dios suicida Bel y barro, y Gilgamesh se suicidó, según la epopeya relatada en unas tablillas recientemente encontradas. El suicidio se filtró en el estrato real de la Grecia Clásica, donde fue objeto de reflexión filosófica atribuyéndosele un carácter más político y artístico que religioso o médico. ⁽³⁾ En la Edad Media surgió una mentalidad social y cultural que consideró el suicidio tabú y marcó una clara ruptura con la Antigüedad clásica. ^(3,4)

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), estiman que cada año se suicidan más de 800.000 personas en todo el mundo, encontrándose entre las tres primeras causas de muerte, en personas desde los 15 a 44 años. ⁽⁵⁾ En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60 % a nivel mundial.

El suicidio continúa siendo un problema de salud pública de gran relevancia en las Américas, donde constituye la 21

principal causa de muerte. Cada año más de 81000 personas se quitan la vida, el 56 % de ellas en Estados Unidos y Canadá. Las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad y alcanzar cifras más altas entre las personas mayores de 75 años, dentro de cada región estas cifras pueden diferir entre los grupos raciales y étnicos, así como entre las áreas rurales y urbanas. ^(5,6)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que Cuba constituye uno de los 28 países del mundo con un Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida (PNPCS), dirigido por el Ministerio de Salud Pública desde 1987. En Cuba el suicidio ocupa la décima causa de muerte en el cuadro de mortalidad general y la tercera en el grupo de 10 años a 19 años. El programa describe todo un procedimiento

especial de atención para la población infanto-juvenil con este comportamiento con el fin de prevenir, desde las primeras etapas de la vida, la aparición de conducta suicida. ⁽⁷⁾

De todos los trastornos mentales es la depresión la mayor responsable de todos los suicidios consumados. Los trastornos psiquiátricos afectivos como la depresión son entidades que se encuentran en coexistencia con la ideación suicida, siendo parte de su sintomatología o aumentando independientemente el riesgo de suicidio. ⁽⁸⁾ La trascendencia cualitativa de la depresión viene dada por la vivencia de mortificación del enfermo depresivo y desde el punto de vista fenomenológico puede definirse como un abrazo anticipado con la muerte. La duplicación de la incidencia de la depresión en el siglo XXI ha ocurrido como un influjo de diferentes factores, algunos de ellos sociales como el estrés, la soledad y la inestabilidad, unido a cambios de vida más acelerados e ingestión de sustancias químicas depresogénas. ⁽⁹⁾

Los altos índices de morbilidad y mortalidad por depresión, conducta suicida; y la certeza de que ambas están relacionadas con la calidad de vida del paciente, representan un problema para el estado de salud de la población y una de las consultas más frecuentes en las instituciones de salud mental

Los índices de suicidio son altamente elevados en pacientes con trastornos depresivos. En el servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo ingresan de forma sistemática un gran número de pacientes en estado depresivo que experimentan comorbilidades debido a su condición, que afectan su calidad de vida y, en la mayoría de los casos, conllevan a la aparición de conducta suicida. El estudio de las condiciones que agravan la calidad de vida en personas con depresión puede conducir a nuevas alternativas de tratamiento que permitan un abordaje integral de esta patología y ayude a disminuir la incidencia de suicidios en este tipo de pacientes.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con depresión y conducta suicida ingresados en el servicio de psiquiatría del Hospital Manuel Fajardo durante el año 2019.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de corte retrospectivo entre los meses de enero a diciembre de 2019 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo, ubicado en el municipio Plaza de la Revolución (La Habana, Cuba).

Universo: todos los pacientes que ingresaron en el servicio de cuadro agudo de psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico con síntomas depresivos durante el año 2019. Los pacientes fueron elegidos utilizando los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Pacientes ingresados por síntomas depresivos mayores de 18 años.
- Criterios de exclusión: los pacientes con limitación en la comunicación verbal y escrita, pacientes que no dieron su consentimiento y pacientes que no estuviesen deprimidos.
- Muestra: un muestreo no probabilístico por conveniencia donde se registraron 50 pacientes con diagnóstico de depresión y conducta suicida

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Se realizó un consentimiento informado para todos los pacientes en el que fue explicado con detalles las características y motivos de la investigación manteniendo los principios éticos y de confidencialidad con los participantes.

Posteriormente se recogieron todos los datos necesarios a partir de:

- Entrevista médica: Exhaustiva exploración de las funciones de síntesis o integración, capacidad intelectual, así como los fenómenos cognitivo, afectivos y conativos. ⁽¹⁰⁾ (ANEXO 1)
- Cuestionario de Calidad de Vida Mezzich, Chen y Ruipérez, ⁽¹¹⁾ es una escala termómetro con diferentes categorías donde el número 10 es el máximo, se suman los puntos obtenidos en cada ítem y se calcula una puntuación media, según la cual se clasifica en: deficiente de 1 a 3 puntos; aceptable de 4 a 6 puntos; buena de 7 a 8 puntos, y excelente de 9 a 10 puntos (Anexo 2).
- Escala de Hamilton. Instrumento que consta de 21 Ítems. Requiere de profesional entrenado en su aplicación para lo cual se dispuso de la ayuda del tutor. Es heteroaplicable e incluye muchos elementos clínicos. Para su calificación se suman los puntos obtenidos en cada Ítem y según el resultado. ⁽¹²⁾ Se clasifica de la siguiente forma: menor o igual a 4: no depresión; entre 5 y 14: depresión ligera; entre 15 y 24: depresión moderada; más de 25: depresión severa.
- El Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la depresión, de Alonso Fernández, modelo semiológico para evaluar la depresión, en el que la sintomatología queda distribuida en cuatro dimensiones fundamentales: el estado de ánimo depresivo, la anergia o vaciamiento de impulsos, la discomunicación o bloqueo de la sintonización y la ritmopatía o desincronización de los ritmos. También podría hablarse más ambigüamente de sufrimiento emocional, apagamiento energético, aislamiento social y disregulación funcional, en el orden respectivo. Cada una de las cuatro dimensiones o parámetros semiológicos de la depresión está integrada por una combinación de datos psíquicos y corporales y de síntomas objetivos y subjetivos. ⁽¹³⁾ Estas cuatro dimensiones engloban los siguientes elementos:

Humor depresivo: Es un estado de ánimo cualitativamente distinto de la tristeza, si bien la tristeza puede formar parte de la constelación afectiva, está formado por dolor moral o el dolor de vivir, acompañado con frecuencia de desesperanza, anhedonia y disminución de la autoestima. Existen elementos corporales implicados en esta dimensión (opresión precordial, sensación de hormigueo, pesadez en la cabeza) que no deben interpretarse como somatizaciones, ni tampoco como equivalentes depresivos, sino como auténticas manifestaciones depresivas primarias.

Anergia o vaciamiento impulsivo: Incluye no solo los datos objetivos propios de la inhibición psicomotora, sino el modo de vivir y vivir la misma, lo que corresponde a experiencias identificadas como aburrimiento, desinterés, apatía y vaciamiento mental; este vaciamiento impulsivo se manifiesta mediante datos subjetivos, y en el plano corporal mediante trastornos que van desde los datos subjetivos propios de la astenia (fatigabilidad precoz) y adinamia, hasta el empobrecimiento (objetivo) motor y vegetativo.

Discomunicación depresiva: Es un término casi sinónimo de falta de sociabilidad, se refleja en forma de un empobrecimiento de la comunicación y la meta comunicación, acompañado de trastornos cualitativos entre los que se destacan la abundancia de mensajes paradójicos o contradictorios, su clave general reside en la introversión, originada por la pérdida de la capacidad de sintonización, en complicidad con la rotura de la lógica comunicacional y la asociación de sentimientos de desconfianza e irritabilidad y un comportamiento proxémico inadecuado precedido por la tendencia a alejarse excesivamente de los demás.

Ritmopatía: Se extiende por los ritmos biológicos y los psicológicos, los ritmos de regulación individual y los de regulación psicosocial.

Escala de ideación suicida de A. Beck. Diseñada con el objetivo de evaluar pensamientos suicidas, su formato es semiestructurado y se compone de 19 ítems valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2), ⁽¹⁴⁾ distribuidos de la siguiente forma:

- I: Características de la actitud ante la vida/muerte.
- II: Características de la ideación/deseo suicida.
- III: Características del intento planeado
- IV: Realización del intento.
- V: Antecedentes

En la recogida de los datos sociodemográficos de los participantes, diseñado con respuestas cerradas, se preguntó sobre su edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, vínculo laboral e intentos suicidas anteriores. La edad fue categorizada en 5 escalas (menos de 20 años, de 21 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y más de 51 años). El estado civil se categorizó como soltero, casado o unión consensual y el nivel de escolaridad en primaria, secundaria, nivel medio y nivel superior. En relación al vínculo laboral, la interrogación formulada fue dicotómica, preguntando si presentaban o no en la actualidad. Por último, se categorizó el número de intentos suicidas anteriores en ninguno, uno o más de uno

Procesamiento y análisis de datos

Los cuestionarios se llevaron a una base de datos en el sistema Excel de Microsoft Office y se almacenaron en copias de seguridad. Los datos se procesaron por microcomputadoras utilizando el sistema Excel y los paquetes estadísticos INSTAT y STATISTICA. Se realizó un análisis estadístico con

el cálculo de distribuciones de frecuencia y porcentajes en las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión en las variables cuantitativas. Para comparar dos variables se utilizó un análisis prueba de T para medidas aritméticas y prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas. La investigación se diseñó y ejecutó según los principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos, establecidos en la actualización de la Declaración de Helsinki en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. La información y resultados de esta investigación fueron obtenidos con fines científicos y docentes, garantizando la confidencialidad de los datos individuales de los sujetos participantes y cumpliendo con los principios básicos de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia. Este estudio fue aprobado por la comisión de bioética del Hospital Comandante Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo.

RESULTADOS

Se analizaron 362 fichas de pacientes durante el periodo que abarcaba la investigación, de los cuales se encontraron 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para participar de la investigación. Los intentos suicidas en las edades entre 21 y 30 años tuvieron una representación de más del 30 % de la muestra. El comportamiento de la conducta suicida en los pacientes resultó similar en ambos sexos, mientras que el nivel de escolaridad medio obtuvo una representación del 48 % de la muestra estudiada.

La tabla 1 muestra los antecedentes o intentos suicidas anteriores de los pacientes estudiados, con una representación del 60 % de aquellos pacientes que presentaron 1 intento suicida.

La tabla 2 muestra las manifestaciones depresivas más frecuentes en los pacientes estudiados. Los ítems 38, 20 y 21 fueron respondidos de forma positiva por el 90 % de los pacientes seguidos por el ítem 52 en el 86 %.

La tabla 3 muestra el tipo de depresión según los resultados de la escala de Hamilton en los pacientes estudiados, con una representación del 62 % de las depresiones moderadas seguido de la depresión leve con un 22,5 % del total de la muestra.

La tabla 4 muestra la frecuencia y porcentajes de la relación entre el índice de calidad de vida y la escala de Hamilton en los pacientes estudiados.

TABLA 1.
Comportamiento de los antecedentes suicidas en los pacientes estudiados

Número de intentos	Total	%
Ninguno	10	20 %
Uno	30	60 %
Más de uno	10	20 %

TABLA 2.
Manifestaciones depresivas más frecuentes según resultados del Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico de depresión

Ítems del CET-DE	Número	%
38 Más sensible que antes	45	90 %
50 Tarda mucho en quedarse dormido	43	86 %
51 Despertarse con frecuencia durante la noche	38	68 %
52 Despertarse antes de lo habitual	34	68 %
3 Falta de alegría	33	66 %
16 Preocupación de haber hecho algo malo	31	62 %
1 Sensación de amargura	28	56 %
17 Responsable de sus trastornos actuales	26	52 %
20 No vale la pena vivir	45	90 %
41 Sentimiento de soledad	34	68 %
62 Piensa más en el pasado que el presente	18	56 %
59 Pérdida de apetito o de peso	23	46 %
49 Dejar de vestirse como habitualmente	23	46 %
37 No alegrarse con la compañía de seres queridos	21	42 %
57 Cambio de los estados de ánimo a lo largo del día	21	42 %
14 Preocupación por pequeñas cosas	20	40 %
21 Pensar en quitarse la vida	45	90 %
53 Empeoramiento matutino	17	34 %
27 Disminución de la habilidad habitual	17	34 %
48 Ver menos la TV	16	32 %

TABLA 3.
Escala de Hamilton en pacientes deprimidos con conductas suicidas

	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
Masculino	6,0 %-15 %	12,0 %-30 %	3,0 %-7,5 %
Femenino	3,0 %-7,5 %	13,0 %-32,5 %	3,0 %-7,5 %
Total	9,0 %-22,5 %	25,0 %-62,5 %	6,0 %-15,0 %

TABLA 4.
Relación entre índice de calidad de vida y la escala de Hamilton en pacientes deprimidos

Calidad de vida	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Total
Deficiente	9/18 %	30/60 %	2/4 %	41/82 %
Aceptable	4/ 8 %	4/8 %	0/0 %	8/16 %
Buena	1/2 %	0/0 %	0/0 %	1/2 %
Excelente	0/0 %	0/0 %	0/0 %	0/0 %

DISCUSIÓN

En el estudio hubo un predominio de intentos suicidas en edades comprendidas entre 21 años y 30 años. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otras investigaciones.^(15, 16, 17) La población mayoritaria que acude al servicio de urgencias es una población de adultos jóvenes, siendo justamente los pacientes deprimidos de estas edades los que, con mayor

frecuencia, realizan intentos suicidas. Se hace necesario fortalecer las labores de promoción y prevención en estos grupos etarios, donde se incluyan acercamientos a los pacientes como charlas educativas y se mantenga un adecuado seguimiento de la población de riesgo de conducta suicida desde Atención Primaria de Salud.

La relación del intento suicida con la edad presenta diferencias apreciables entre países. En lo referente a las tentativas del suicidio, debido a que los datos disponibles provienen de estudios específicos cuyas fuentes de información son los registros de los servicios de urgencias de los hospitales u otros centros médicos, las discrepancias metodológicas de los diferentes estudios dificultan las comparaciones entre diferentes países.⁽¹⁸⁾

Al analizar el comportamiento de la conducta suicida por sexos observamos que esta se comporta igual en hombres y mujeres. Este dato no coincide con lo revisado en la literatura internacional, mundialmente predomina en el sexo femenino este tipo de trastorno.⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ Este hecho puede estar relacionado con el aumento de la llegada a consulta y servicios de psiquiatría de pacientes masculinos por síntomas psiquiátricos, lo que anteriormente estaba estereotipado por una sociedad machista.

Al analizar la conducta suicida según el estado civil encontramos que la incidencia de intento suicida es más alta entre personas solteras lo cual corresponde con los resultados obtenidos por un estudio realizado en Camagüey que encontró una mayor tendencia a la conducta suicida en hombres adolescentes solteros.⁽¹⁹⁾ Estos resultados pueden estar relacionados con el hecho de que la depresión conduce a un estado de aislamiento social, que trae consigo dificultades en la comunicación de pareja, dificultades en las relaciones sexuales, por la pérdida del deseo sexual que, en muchos de los casos impiden la capacidad de una pareja de ser estable y duradera.

Los resultados de investigaciones anteriores plantean que los niveles de escolaridad primaria y secundaria básica son los más frecuentes entre la población suicida.⁽¹⁷⁾ Esto no coincide con los hallazgos de esta investigación donde hubo un predominio del nivel medio escolar. Tales diferencias están relacionadas con el tipo de población que acude al centro, con edades por encima de los 19 años. Las características de la población que atiende el Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo hacen que sea poco representativo el número de personas con este rango de edades cuyo nivel de escolaridad se encuentre por debajo del nivel medio.

Los resultados de los estudios llevados a cabo para determinar la influencia de este parámetro son poco concluyentes al tratarse de una variable sociológica estrechamente relacionada con otros factores como el empleo y la cultura.

En concordancia con otros autores se encontraron hallazgos de la influencia del antecedente de intentos suicida con el riesgo de presentar un nuevo intento por estos pacientes. El antecedente de un intento suicida,

aumenta el riesgo de una posible reincidencia en estos pacientes, portadores de un trastorno depresivo que lo predispone a dicha conducta, se tornan más vulnerables una vez seleccionado el suicidio como una conducta de respuesta ante determinadas condiciones tanto biológicas como psicológicas y sociales. ⁽²³⁾

La investigación mostró que un 80 % de los pacientes con depresión presentó conducta suicida. Esto concuerda con los resultados obtenidos en otros estudios internacionales. ^(9,20,21) La complicación más grave de la depresión es el suicidio, el 80 % de los pacientes deprimidos tienen intento de suicidio, los pacientes deprimidos experimentan desesperanza, pesimismo, creen que la vida no tiene sentido y esto puede llevarlos a la decisión de suicidarse. ⁽²²⁾ Ante un paciente que padece depresión nunca hay que descartar la posibilidad de que exista un intento suicida.

Sentirse más sensible que antes, considerar que no vale la pena vivir, pensar en quitarse la vida y despertar antes de lo habitual son síntomas frecuentes encontrados en pacientes deprimidos con conducta suicida. ⁽²⁴⁾

Los resultados mostraron un predominio de pacientes con depresión moderada (62,5 %) en la escala de Hamilton para la depresión sin diferencias significativas entre ambos sexos.

Estos hallazgos se corresponden con lo descrito en la literatura, ⁽²⁵⁾ y pueden asociarse al hecho de que en las depresiones moderadas los pacientes muestran menos afectaciones de la conducta volitiva que permite la elaboración y comisión en muchos casos de la conducta suicida. A diferencia de las depresiones graves donde la anergia es profunda y aunque exista la ideación suicida la incapacidad para concretar el suicidio está presente en la mayoría de los casos.

El mayor porcentaje de pacientes reportó una calidad de vida deficiente, de ellos el 60 % tenía una depresión moderada. Estos resultados se vinculan a los efectos producidos por la depresión y sus consecuencias, no solo referidas al bienestar psicosocial espiritual del individuo sino al estado físico. La depresión provoca cambios en la capacidad del enfermo para percibir la realidad, valorando su vida sin sentido o futuro y afectando proporcionalmente su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los pacientes con depresión y conducta suicida evaluados poseen un deterioro de la calidad de vida. La investigación mostró que un 80 % de los pacientes con depresión presentó conducta suicida, siendo más frecuente entre las edades de

21 años y 30 años, en personas solteras y en individuos con un nivel de escolaridad medio o inferior. En estos pacientes la depresión provoca cambios en la capacidad del enfermo para percibir la realidad, valorando su vida sin sentido o futuro y afectando proporcionalmente su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jer SB. La naturaleza del suicidio. *Jurídicas*. 2017;14(1):131-44. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7537607>
2. Artieda Urrutia P. Características sociodemográficas, clínicas y psicométricas de una población de individuos que intentan el suicidio [Internet] [Tesis doctoral]. [España]: Universidad Autónoma de Madrid; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/680469>
3. Sabio CR. El suicidio en la literatura y la iconografía. 2016 Disponible en: https://www.academia.edu/32872599/El_suicidio_en_la_literatura_y_la_iconograf%C3%ADa
4. Vicente M, Mangado O. Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://psiquiatria.com/article.php?ar=todas&wurl=consideraciones-so-bre-el-suicidio-una-perspectiva-historica>

5. Barrera Ortiz YZ, Valois Montaña VD. Factores influyentes en la presencia de la conducta suicida. [Internet]. Factores influyentes en la presencia de la conducta suicida [Tesis de pregrado. Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC; 2020. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/32533/1/2020_factores_conducta_suicida.pdf
6. Mitchell C, OPS/OMS Suicidio: una persona muere cada 40 segundos [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15408:suicide-one-person-dies-every-40-seconds&Itemid=1926&lang=es
7. Martín González R, Ferrer Lozano DM, Machado Rivero MO, Martín González R, Ferrer Lozano DM, Machado Rivero MO. Revisión sistemática sobre conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 2020;36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252020000200011&lng=es&nr-m=iso&tlng=en
8. Chávez CG, García PR. Factores asociados a ideación suicida en pacientes con depresión. Hampiruna. 6 de septiembre de 2019;18(2):119-26. Disponible en <http://journal.upao.edu.pe/HAMPIRUNA/article/view/1186>
9. Ramírez RH. Conducta suicida en población general adulta española. Inf Psiquiátricas: Publ Científica Los Cent Congregac Hermanas Hosp Sagrado Coraz Jesús. 2017;(227):25-42. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6977334>
10. López GB, Ronquillo MJ, Concepción JFT. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. Rev Cub Med Mil. 2019;48(S1):16. Disponible en <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/401/336>
11. Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. 2002 [Internet]. MedWorks Media. Disponible en: <https://medworksmidia.com/product/importar-imagen-dice-de-calidad-de-vida-estandarizacion-y-caracteristicas-psicomtricas-en-una-muestra-espanola/>
12. Vera Balarezo SR, González Jiménez CA. Aplicación de la escala de Hamilton en la evaluación del estado de ansiedad preoperatoria en dos Hospitales de Quito, octubre-noviembre. 2016. [Internet] [informe final de Investigación presentado como requisito para la obtención del Título de Especialista en Anestesiología]. [Quito, Ecuador]: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2017 [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11612>
13. Alonso-Fernández F. Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión [Internet]. 6.a ed. Madrid; 2011. (152). Disponible en: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CET-DE%20_extracto%20web.pdf
14. Beck AT. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1979;47(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/469082/>
15. Aparicio Castillo YA, Blandón Rodríguez AM, Chaves Torres N-M. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. Rev Colomb Psiquiatr. 1 de abril de 2020;49(2):96-101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-alta-prevalencia-dos-o-mas-S0034745018300714>
16. Martínez Orozco D, Collejo Rosabal YM, Fonseca González Z, Quezada Font AJ, Verdecia Pacheco Y, Martínez Orozco D, et al. Comportamiento y estratificación espacial de la conducta suicida. Provincia Granma. Año 2017. Multimed [Internet]. febrero de 2021;25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182021000100001&lng=es&nr-m=iso&tlng=es
17. Aguilera Arzuaga Carmen Rosa. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. ccm [Internet]. 2018 Sep;22(3):374-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_text&pid=S1560-43812018000300003&lng=es.
18. Cárdenas R. La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. Rev Latinoam Poblac. 17 de febrero de 2021;15(29):5-58. Disponible en: <https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/286>

19. Grey Chávez Yamarilis, Claro Toledo Yazmín. Adolescentes con ideación suicida en Camagüey. Rev Hum Med [Internet]. 2018 Ago;18(2):273-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200273&lng=es.
20. Granados Cosme JA, Gómez Landeros O, Islas Ramírez MI, Maldonado Pérez G, Martínez Mendoza HF, Pineda Torres AM, et al. Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. Investig En Educ Médica. septiem- bre de 2020;9(35):65-74. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95036>
21. Siabato Macías EF, Forero Mendoza IX, Salamanca Camargo Y. Associação entre depressão e ideação suicida num grupo de adolescentes colombianos. Pensam Psicológico. junio de 2017;15(1):51-61. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-895181>
22. Sánchez VP, Santos PM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. Med -Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de octubre de 2019;12(86):5070-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7054139>
23. Salvo Lilian, Ramírez Jordana, Castro Andrea. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2019 Feb;147(2):181-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000200181&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>.
24. Álvarez-Mon MA, Vidal C, Llaverro-Valero M, Ortuño F. Actualización clínica de los trastornos depresivos. Med - Pro- grama Form Médica Contin Acreditado. 1 de octubre de 2019;12(86):5041-51. Disponible en : <https://www.medicineonline.es/es-actualizacion-clinica-trastornos-depresivos-articulo-S0304541219302288>
25. Gómez A, Núñez C, Osorio M, Grisales A. Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. 1 de enero de 2020;54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7235283>

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista semiestructurada

Población: _____ Entrevistador: _____ Nombre Edad _____
Nivel de escolaridad: primaria_ secundaria_ medio_ superior_ Sexo: masculino_ femenino_
Estado civil: soltero_ casado_ unión consensual Vínculo laboral: sí_ no_
Antecedentes patológicos personales y antecedentes patológicos familiares:
Características de la vivienda:
Relaciones entre los componentes de la vivienda:
Funcionamiento familiar según el cumplimiento de las funcio- nes básicas de la familia:
¿Cómo usted clasifica su vida?: buena_ normal_ deficiente_
¿Por qué la clasifica de esta forma?
¿Cree que pueda cambiar esta clasificación?
¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?
¿Qué siente que está mal, qué le hace pensar en quitarse la vida?

Anexo 2: Cuestionario de Calidad de Vida Mezzich, Chen y Ruipérez

Versión del sujeto-Puntuación media

Nombre del sujeto: Código del sujeto: Edad: años Sexo: mujer hombre Entrevistador:

Instrucciones: Por favor indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de “mala” a “excelente”

marca con una X uno de los 10 puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

Bienestar físico: (sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

2. Bienestar psicológico/emocional (sentirse bien consigo mismo)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

3. Autocuidado y funcionamiento independiente (desempeñar sus actividades cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

4. Funcionamiento ocupacional (desempeñar su trabajo, tareas sociales y tareas domésticas)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

5. Funcionamiento interpersonal (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

6. Apoyo social-emocional (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

7. Apoyo comunitario y de servicios (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

8. Plenitud personal (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad; disfrute sexual, de las artes, etc.)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

9. plenitud espiritual (sentimiento de fe, religiosa y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_

10. Percepción global de calidad de vida (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida)

Malo Excelente

1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10_