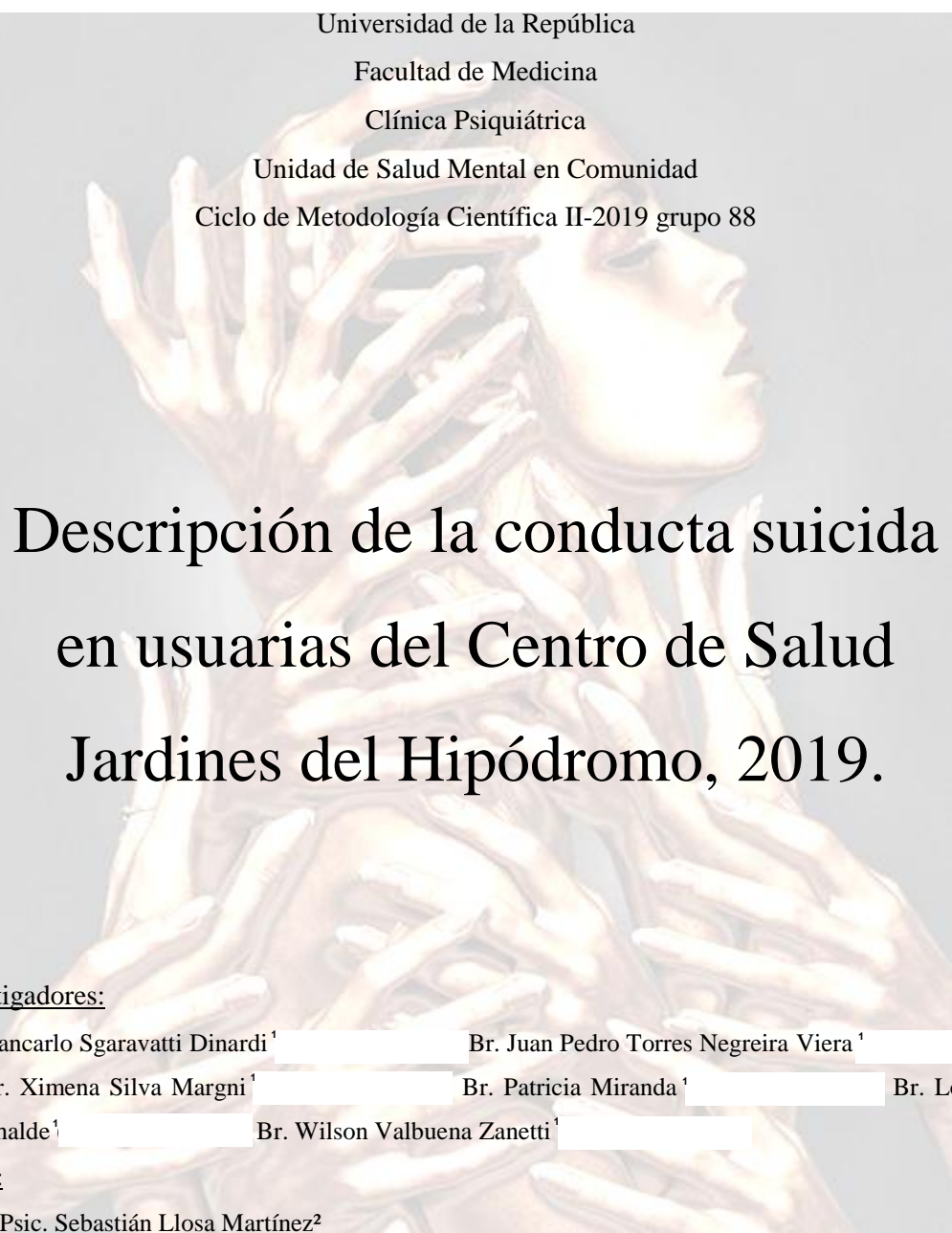


Universidad de la República
Facultad de Medicina
Clínica Psiquiátrica
Unidad de Salud Mental en Comunidad
Ciclo de Metodología Científica II-2019 grupo 88



Descripción de la conducta suicida en usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, 2019.

Investigadores:

Br. Giancarlo Sgaravatti Dinardi¹ Br. Juan Pedro Torres Negreira Viera¹
Br. Ximena Silva Margni¹ Br. Patricia Miranda¹ Br. Lourdes
Siri Uhalde¹ Br. Wilson Valbuena Zanetti¹

Tutor:

Mag. Psic. Sebastián Llosa Martínez²

Co-Tutora:

Dra. Alicia Canetti Wasser³

¹ Estudiante Facultad de Medicina, UDELAR

² Prof. Adjto. Unidad Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina UDELAR

³ Profa. Agda. Encargada de la Unidad Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina UDELAR

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 2
Introducción.....	pág. 3
Objetivos generales y específicos.....	pág. 9
Metodología.....	pág. 10
Resultados.....	pág. 14
Discusión.....	pág. 21
Conclusiones y perspectivas.....	pág. 23
Agradecimientos.....	pág. 24
Referencias Bibliográficas.....	pág. 25
Anexos:	
1. Entrevista Semiestructurada	pág. 30
2. Woman Abuse Screening Tool (WAST) corto.....	pág. 33
3. Escala de ideación suicida de Beck.....	pág. 34
4. Consentimiento informado.....	pág. 38

RESUMEN: El suicidio es un continuo de conductas que van desde pensamientos de muerte hasta el suicidio consumado. Constituye un fenómeno de relevancia para la salud pública en aumento en las últimas décadas. En Uruguay la tasa de suicidio es el doble que la mundial. Estas son mayores en hombres que en mujeres, pero en ellas es más prevalente ideación suicida e IAE, lo que permitiría mayor detección y prevención. **Objetivo:** Describir la conducta suicida de las mujeres mayores de 14 años, usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo que consultaron en los servicios de Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria, durante el periodo de Agosto-Septiembre de 2019. **Método:** Estudio epidemiológico descriptivo, observacional y transversal, con manejo cuantitativo de los datos. Se midieron frecuencias de conductas suicidas y factores de riesgo con entrevista clínica semi estructurada, WAST corto, y Escala de Ideación Suicida de Beck. **Resultados:** Con la entrevista clínica semi estructurada se detectó 28,4% de casos de riesgo suicida, constituido por 16,4% riesgo bajo, 4,5% riesgo medio y 7,5% riesgo alto. El 17,9% presentaban ideación suicida, 10,4% planificación suicida y 20,9% tenían antecedentes de IAE, predominan en métodos utilizados arma blanca y medicamentosos. **Conclusiones:** Se halló una considerable prevalencia de riesgo suicida, destacando la intención de usar el suicidio como forma para escapar de los problemas. Hubo asociación de riesgo suicida con factores de riesgo como enfermedades psiquiátricas, violencia de pareja y consumo de sustancias. **Palabras claves:** Conducta suicida. Riesgo suicida. Primer nivel de atención.

ABSTRACT: Suicide is a continuum of behaviors that go from thoughts of death until suicide proper, which consists in causing one's own death with lethal intention. It constitutes a very relevant phenomenon for public health, which has been increasing in the last few decades. Uruguay has double the suicide rate as the global average. Even though suicide rates are higher in men, women have a higher prevalence of suicidal ideation and suicide attempt, which could afford more opportunities for detection and prevention. **Objective:** describe the suicidal behavior of women aged 14 and older, who attend the Health Center Jardines del Hipodromo, and consulted in the pediatrics, gynecology, or family medicine services during the period of August-September 2019. **Methods:** it was an epidemiological, descriptive, observational and transversal study, with a quantitative analysis of the data, of a series of cases in women who attend the Centro de Salud Jardines del Hipódromo in Montevideo, Uruguay. A semi-structured clinical interview was conducted, as well as a short WAST questionnaire and Beck's Scale for Suicidal Ideation. **Results:** With the clinical interview, 28,4% of the cases presented suicidal risk, of which 16,4% were low risk, 4,5% were medium risk and 7,5% were high risk. Suicidal ideation was present in 17,9% of cases, of which 10,4% had planning, and 20,9% had attempted suicide. Among the methods used in previous attempts, there's a predominance of cutting instruments and medications. **Conclusions:** the results show a considerable prevalence of users of the Centro de Salud Jardines del Hipódromo who present a suicidal risk, with the intention being using suicide as a way to escape their problems. There was also an association with risk factors, such as psychiatric illness, Intimate Partner Violence, and substance abuse.

Keywords: Suicide behavior. Suicide risk. Primary care

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca como monografía final de grado, correspondiente a la Carrera Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Se estudiaron las conductas suicidas (CS) como un problema de salud desde un punto de vista epidemiológico, con un enfoque preventivo y de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ define al suicidio como un continuo de conductas que van desde pensamientos de muerte hasta el suicidio consumado, el cual consiste en la muerte autoinfligida con intencionalidad letal. Alrededor de 800.000 personas en el mundo se suicidan cada año, estimándose una muerte cada 40 segundos. Es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años y el número de personas que intentan hacerlo es aún mayor que quienes lo consuman.² Las lesiones autoinfligidas, los intentos de autoeliminación (IAE) y las muertes por suicidio constituyeron en 2010 el 1,5% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad, ocupando el lugar 18 de dicho indicador.³ En América Latina se encuentran cifras similares. En Uruguay en 2018⁴ la tasa de suicidio fue de 20,25/100.000 lo que representa casi el doble de la tasa mundial, que de acuerdo con datos de la OMS es de un 10.5/100.000, lo que ubica al país entre los primeros lugares de prevalencia de suicidio en las Américas.⁵ Esto vuelve al suicidio un fenómeno de relevancia para la salud pública por lo que dicho organismo lo considera una condición de prioridad en su programa de acción para superar las brechas en salud mental.

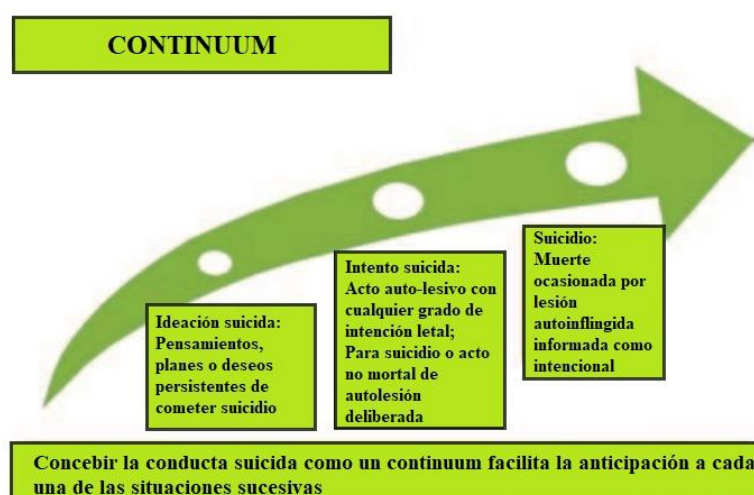
También en Uruguay, el Ministerio de Salud Pública (MSP) lo consideró uno de los objetivos sanitarios hacia el año 2020.⁶ A pesar de esto, se evidencia un aumento constante del número de suicidios en el país en las últimas décadas.⁷ Sin embargo las investigaciones locales se centran en el estudio retrospectivo de IAE o suicidio consumado y no tanto las conductas suicidas en población general que concurre a centros de salud. Considerando que la Ley de Salud Mental N°19.529 tiene como estrategia la atención primaria en salud y prioriza el primer nivel de atención estableciendo en su artículo 19 “Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.”⁸, se revisaron los estudios en este nivel identificándose sólo una investigación clínica respecto al tema, la cual mostró un alto riesgo suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja,⁹ por lo que en el presente estudio se buscó seguir la misma línea de dicha investigación, tomando como objeto de estudio una población similar.

Diferentes estudios demuestran que las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres (2.8:1), pero en las mujeres es más prevalente la ideación y el IAE, quienes además utilizan métodos menos violentos (ingesta de psicofármacos, venenos, uso de elementos corto punzantes).^{10, 11} Esto les otorga a estas últimas más oportunidades de detección y prevención.

La existencia de controversias a nivel científico ha llevado a problemas en cuanto a las definiciones de los distintos tipos de CS y cómo las mismas se ven influenciadas por factores biológicos, psicológicos y sociales característicos de cada población.¹² En este estudio se utilizará la conceptualización implementada en Uruguay en la Guía de Prevención para los Sectores Salud y Educación de Prevención de la Conducta Suicida en Adolescentes.¹³ A pesar de que dicha guía trata de la población adolescente, que no es la población que se busca estudiar en el presente estudio, se utiliza con el fin de aportar a la unificación de la nomenclatura en el país.

Este estudio se posiciona frente a la CS desde un enfoque preventivo y de riesgo, y la concibe como un continuum que abarca desde las ideas de suicidio hasta el acto mismo de suicidarse.^{14, 15,16} Las conductas presentes en el continuum son ideación de muerte, ideación suicida, amenaza suicida, gesto suicida, autolesión, plan suicida, intención suicida, intento de autoeliminación. Se entiende por ideación de muerte los pensamientos que involucran fantasías de muerte o de los que se infiere dicha fantasía pero no se acompañan de intención suicida explícita o implícita. A diferencia de la ideación suicida, en las ideas de muerte no se expresa ni se infiere la intención de producirse un daño, a veces puede directamente negarse. Sin embargo, las ideas de muerte pueden corresponderse a fantasías inconscientes del suicidio y/o se asocian o se continúan con ideación, intención o intentos suicidas. La ideación suicida es el pensamiento de provocarse la propia muerte intencionalmente y expresa el deseo o la intención de morir. Las amenazas suicidas son la expresión verbal o escrita del deseo de morir y se denomina gesto suicida cuando la amenaza se realiza utilizando el método para llevarlo a cabo pero sin intentarlo. La intención suicida es la expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte. El plan suicida consiste en la estructuración de la ideación suicida a punto tal de elegir método, lugar, hora y/o motivo concreto para llevarlo a cabo, aumentando su gravedad en función de cuánto haya estructurado estos pensamientos. La autolesión consiste en la lesión intencional autoinfligida sin intencionalidad potencialmente letal, ya que en caso de existir esta intencionalidad constituye un intento de autoeliminación.

Cuadro 1. Extraído de Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud



Factores de riesgo de la Conducta suicida

En este estudio se incluyeron distintas variables que en la literatura están descritas como factores de riesgo para CS. Varios estudios han determinado una relación entre el embarazo y la conducta suicida.¹⁷ En un análisis que incluyó publicaciones desde el 1950 hasta 2010, se encontró una prevalencia a nivel mundial entre 13% y 33% de ideación suicida en mujeres embarazadas.¹⁸ Sin embargo, el IAE o el suicidio consumado son raros durante el embarazo. Dicha revisión nombra un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos que encontró una tasa de intentos suicidas de 4/10,000 embarazos.¹⁹ En Brasil, otro estudio encontró un riesgo suicida de 5% en mujeres con embarazos de alto riesgo.¹⁷

Por otro lado se ha visto una relación entre la violencia de pareja y la CS a nivel global. En Sudáfrica un estudio publicado en el año 2018 encontró una prevalencia de ideación suicida en 30% de las mujeres víctimas de violencia de pareja.²⁰ Un estudio realizado en Suecia en el 2014 encontró una prevalencia de 21%.²¹ Una revisión sistemática hecha en EEUU, incluyó 3 estudios que encontraron una relación positiva entre la violencia de pareja y el intento suicida.²² Uruguay no es ajeno a esta tendencia. La Primer Encuesta Nacional Basada en Género y Generaciones indica que el 21,6% de las mujeres que reportaron haber vivido violencia basada en género por parte de su pareja o ex pareja, también relata tener deseos de morir o suicidarse.²³ En el ya mencionado estudio realizado en el primer nivel de atención publicado en el año 2019 se encontró una prevalencia de ideación suicida en un 20% de las mujeres víctimas de violencia de pareja.²⁴ De acuerdo con la OMS,²⁵ la violencia de pareja es un importante problema global de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. En una encuesta realizada con datos de 80 países, se encontró que un 30% de las mujeres han sufrido violencia de pareja o violencia sexual en algún momento de sus vidas.²⁶ En Uruguay, la frecuencia es aún mayor: de acuerdo con la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE)²³ en el año 2013, un 45.4% de las mujeres uruguayas han sufrido violencia de pareja en algún momento de sus vidas, y un 23.7% en los últimos 12 meses. El MSP reconoce que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública y en conjunto con la OMS y la Federación Internacional de Planificación Familiar ha creado un manual clínico para la atención en salud de mujeres víctimas de violencia.²⁷

Existen muchas definiciones de la violencia de pareja. En este trabajo se define violencia de pareja como cualquier comportamiento de parte de una pareja (actual o pasada) que cause daño. Esto incluye agresión física (como pegar o patear), violencia psicológica (como intimidación, humillación, insultos), comportamientos controladores (como aislamiento de la familia y/o amigos, monitoreo de movimientos, control financiero, restricción de acceso a servicios) y violencia sexual, incluyendo relaciones sexuales forzadas.²⁸ Pareja se define como cónyuge,

concubino/a o novio/a, actual o pasado, con quienes hayan mantenido una relación por más de 1 semana.²⁹

También se ha determinado una relación entre el consumo problemático de sustancias y el riesgo de intentos suicida, con un riesgo casi seis veces mayor en las personas que tienen un consumo abusivo de alcohol y otras sustancias. En las mujeres con consumo problemático de sustancias, la proporción de suicidios consumados es entre 6,5 y 9 veces mayor que en las mujeres que no lo tienen.³⁰ La OMS^{31,32} define como droga a toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Entre las distintas clasificaciones encontramos la clasificación según su uso en consumo social, experimental o problemático. En la VI Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas³³ el Observatorio Nacional de Drogas informó la frecuencia del consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Siete de cada diez personas encuestadas entre 15 a 65 años han consumido alcohol en los últimos doce meses, y 1/5 tiene consumo problemático. Un tercio de la población ha consumido tabaco en el último año, las mujeres consumen un estimado de 10,5 cigarrillos diarios. Sobre psicofármacos, el 27,2% de la población ha consumido alguna vez en su vida tranquilizantes, 2/10 sin prescripción médica y el 37% de los casos fue prescrito por un psiquiatra. El consumo en mujeres es mayor que en hombres (antidepresivos 15,1% vs 5,7%), (hipnóticos 8,5% vs 4,5%), (estimulantes 1,1% vs 0,5%). Cocaína consumió el 6,8% con frecuencia mayor en hombres. El 2% ha utilizado drogas anfetamínicas y la pasta base de cocaína (PBC) fue usada por el 0,7 % de los encuestados.

El síndrome de inmunodeficiencia humana (S.I.D.A.) es una enfermedad que afecta el sistema inmune, condicionando a la persona al desarrollo de cáncer y enfermedades oportunistas, además del estigma social. Esta enfermedad es debida al virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H) que es transmitido por el contacto de fluidos corporales (sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna), mediante relaciones sexuales con personas infectadas sin uso de métodos de barrera, transfusiones sanguíneas, trasplantes de órganos, uso de jeringas contaminadas, por transmisión vertical madre-hijo y por lactancia materna. Según datos del MSP³⁴ en su boletín del día mundial del SIDA 2018, se estima que existen 12.684 personas con VIH en el Uruguay, de las cuales aproximadamente 10.404 conocen su estado.

Algunas investigaciones^{35,36} concluyeron que el VIH-SIDA se relaciona con la CS pero teniendo en cuenta otras variables asociadas como edad, consumo de drogas y tener antecedentes psiquiátricos.

Otra variable incluida es el duelo, que tiene asociación con la CS, demostrado en un estudio que encontró un 65% de pensamientos de muerte, 38% de conductas parasuicidas y un 9% de IAE en personas que lo sufren.³⁷ Se sabe que un 10-20% de las personas que experimentan un duelo, desarrollan un duelo complicado con duración mayor a 6 meses y características de depresión.³⁸ El duelo, como lo define Marcos Gómez Sancho³⁹ es “la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo... la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, cuya intensidad y duración son proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida.” El duelo complicado se define como un deseo intenso y persistente de rever la persona fallecida, rabia e incredulidad sobre la muerte, y una preocupación desmedida sobre la persona fallecida.³⁸

Asimismo se ha demostrado una relación entre enfermedades crónicas y el riesgo suicida. En un estudio realizado en Dinamarca abarcando toda su población, fueron analizados más de 27 mil casos de suicidio y se encontró un 21% de riesgo suicida en mujeres que sufrían de enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio).⁴⁰ En Estados Unidos, se evaluó el riesgo suicida en personas con enfermedades crónicas eliminando la presencia concomitante de enfermedades psiquiátricas. Se encontró una relación positiva para el riesgo suicida en pacientes con SIDA, hernias, úlceras, problemas estomacales, renales, pulmonares, infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y artritis. El riesgo fue mayor en mujeres con un 67,3%, comparado a un 48,9% en hombres.⁴¹

Según un informe de la OMS⁴² “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Entre ellas las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. “Entre las enfermedades crónicas que más asociación tienen con conducta suicida están las enfermedades psiquiátricas. En un meta-análisis realizado por Arsenault-Lapierre et al.⁴¹ en el que se evaluaron 3275 casos de suicidio consumado, casi un 90% tenían algún diagnóstico de enfermedad psiquiátrica. En este sentido también van los trabajos realizados en Uruguay de Puppo,⁴⁴ Dajas,⁴⁵ Pastorino⁴⁶ y Heuguerot,⁴⁷ quienes reafirman esta fuerte asociación entre padecer una enfermedad psiquiátrica y presentar conducta suicida o llevar a cabo el acto de autoeliminación.

La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) define al dolor como “Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.” La cronicidad del mismo está determinada por la persistencia del síntoma más allá de los 3 meses; varias

investigaciones^{48,49,50,51} concluyen que, independientemente de otros factores, el dolor crónico se relaciona con un mayor riesgo para desarrollar comportamientos suicidas.

Igualmente en el año 2002 una investigación realizada en EEUU mostró que los pacientes que sufren dolor crónico y desarrollan depresión como consecuencia colateral de su patología de base, tienen un incremento en la intención suicida que aquellos que no lo padecen.⁵² Los hallazgos más importantes fueron en pacientes terminales, en cuyo grupo la incidencia es baja (8,5%) y disminuye luego de un período de dos semanas de elaborada la ideación. En la relación dolor crónico - suicidio influyen otras variables tales como las características demográficas, la historia psiquiátrica, la intensidad del dolor y la funcionalidad física.

De esta forma el presente estudio se propuso indagar clínicamente las características de las CS, así también como la presencia y asociación de los factores de riesgo mencionados en los casos detectados de las mujeres usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo en los meses de agosto y setiembre del año 2019, de forma descriptiva, observacional y transversal con un manejo cuantitativo de los datos obtenidos.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

GENERAL:

Describir la conducta suicida de las mujeres mayores de 14 años, usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo que consultaron en los servicios de Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria, durante el periodo de Agosto-Septiembre de 2019.

ESPECÍFICOS:

1. Medir la frecuencia de las conductas suicidas, riesgo suicida, variables sociodemográficas y otros factores de riesgo, en usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo.
2. Estudiar las relaciones entre el riesgo suicida y las diferentes variables de estudio.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo, observacional y transversal, con un manejo cuantitativo de los datos obtenidos. El mismo consistió en un estudio de serie de casos y por sus características no es extrapolable a la población general ni del centro.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Mujeres usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo que se encontraban en sala de espera de los servicios de Pediatría, Ginecología o Medicina Familiar y Comunitaria.

Los criterios de inclusión fueron, ser mujer mayor de 14 años, que aceptara participar y firmar el consentimiento informado y que asista a control o consulta sin su pareja. Fueron criterio de exclusión ser analfabeta (no saber escribir o leer) o poseer limitaciones sensoriales (ceguera o sordera), dado que dificulta o impide el autollenado de los cuestionarios y/o la entrevista.

MUESTRA:

La muestra obtenida es no probabilística ya que las usuarias fueron invitadas a participar según conveniencia de los investigadores, por lo que la muestra obtenida tampoco es representativa ni extrapolable a la población general. La misma fue obtenida en horario de la mañana y tarde, de lunes a viernes en los meses de agosto y setiembre de 2019, quedando conformada por 67 mujeres de entre 15 y 79 años. De las 68 originales se excluyó una participante por no cumplir con los criterios de inclusión.

VARIABLES ESTUDIADAS:

Las variables sociodemográficas tenidas en cuenta fueron la edad, situación laboral, número de hijos, estado civil y nivel educativo. Para la edad se usaron rangos etarios según el Plan Nacional de Prevención del Suicidio de 10 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 y más de 65 años, siendo ésta una variable cualitativa ordinal. La situación laboral tomó los valores dicotómicos con trabajo o sin trabajo. El estado civil es una variable cualitativa nominal considerando soltera, separada o divorciada, viuda, casada o unión libre. El número de hijos es una variable cuantitativa discreta tomando como valor 0, 1, o 2 o más.

Otras variables fueron las distintas CS, las cuales se evaluaron cuantitativamente a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) y cualitativamente a través de una entrevista clínica semiestructurada (ECS). Para la EISB se utilizó como punto de corte un valor mayor a 0 para denominar caso y dentro de este se consideró alto riesgo los casos de valor mayor a 10. Además

se definió deseo suicida activo cuando al menos en uno de los ítems 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 se obtuvo respuesta mayor a cero, de igual forma el deseo suicida pasivo se definió cuando al menos en uno de los ítems 5, 14, 18 y 19 se obtuvo una respuesta mayor a cero. En la ECS se interrogaron las siguientes conductas suicidas: ideación de muerte, ideación suicida, amenaza suicida, gesto suicida, autolesión, plan suicida, intención suicida, intento de autoeliminación, cantidad de intentos y método empleado. Asimismo estas conductas se integraron para evaluar el riesgo suicida de forma cualitativa a través de cuatro categorías que se crearon en base al protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación del MSP y la guía Prevención de la conducta suicida en adolescentes,¹² como indica el siguiente cuadro:

Cuadro 1 - Clasificación de riesgo suicida.

<i>Riesgo</i>	<i>Ideación de muerte</i>	<i>Ideación suicida</i>	<i>Intención suicida</i>	<i>Plan suicida</i>
Sin riesgo	0	0	-	0
Bajo	1	0	-	0
Bajo	1	1	0	0
Medio	1	1	-	1 No definido
Medio	1	1	1	0
Alto	1	1	-	1 Definido

Nota: 1 indica presencia de la conducta y 0 ausencia.

También se indagó la presencia de otras variables para las cuales se encontró en la bibliografía una asociación con la CS. Las mismas son: violencia de pareja (psicológica, física, sexual y/o económica), infección por el V.I.H., situación laboral, duelo en el último año, embarazo y presencia de dolor crónico, como variables dicotómicas y el consumo de sustancias, enfermedades crónicas referidas por la usuaria, las cuales se indagaron en la entrevista semi estructurada y son variables cualitativas nominales dicotómicas. Además, para la violencia de pareja, se utilizó el cuestionario WAST tomándose como positivo un valor mayor a 3.

Se realizó revisión bibliográfica de cada una de ellas en las bases de datos PubMed y Timbó.

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó para la recolección de datos una entrevista clínica semiestructurada (ECS) (Anexo 1) sobre datos sociodemográficos, embarazo, condición VIH, pérdidas en el último año, consumo de drogas, enfermedad crónica, dolor crónico, violencia de pareja y CS. Para la variable violencia de pareja se utilizó además el test Woman Abuse Screening Tool (WAST)⁵³(Anexo 2), adaptado para la población hispanoamericana y validado en español (2008)⁵⁴ en su versión corta de dos preguntas (S.91, 4%, E.76, 2%).⁵⁵ Esta última fue la utilizada en esta investigación y se le agregó un ítem para captar los casos sobre violencia en parejas anteriores como fuera utilizada en un estudio anterior⁹.

Para la ideación suicida se usó la EISB (Anexo 3). Es una escala autoadministrada de 21 ítems graduados de 0 a 2 puntos, validada para el primer nivel de atención,⁵⁶ que valora la intensidad, duración, profundidad y características del pensamiento suicida (alpha de Cronbach 0.89).⁵⁷ No se cuentan con datos de sensibilidad y especificidad en primer nivel de atención. Indaga a su vez el deseo de vivir, de morir y el deseo suicida, y si éste está presente se evalúa sobre su conducta a través de 5 secciones. La primera sección cuenta con 5 preguntas, donde 0 indica mayor aproximación a la vida y 2 a la muerte. Si la respuesta en las preguntas 4 y 5 es 0 puntos no se aplican las secciones II, III y IV. La segunda sección, integrada por 6 preguntas donde el 0 indica nulos o transitorios pensamientos suicidas y el 2 pensamientos recurrentes, fuertes y persistentes en torno al suicidio. La tercera sección indaga las características del intento una vez pensado con 4 preguntas desde la escasa o nula reflexión hasta el pensamiento detallado. La cuarta sección sondea características de la intención suicida en el presente, compuesta por 4 preguntas donde 0 muestra que no hay preparación para el suicidio y 2 señala que se lo ha preparado y planeado en forma definitiva. La última sección con 2 preguntas explora los IAE previos y no se toman en cuenta para el puntaje final, 0 indica que nunca ha intentado suicidarse y 2 muestra varios intentos y fuerte deseo de morir.

Luego de la realización de cada cuestionario se completó la información sobre CS utilizando la ECS.

Previo al comienzo de la recolección de datos se realizó una instancia de formación de los investigadores utilizando la técnica de role playing con el fin de minimizar sesgos de encuestador al momento de recabar los datos.

PROCEDIMIENTOS:

Una dupla de investigadores seleccionó a una usuaria presente en sala de espera para informar y consultar si estaba dispuesta a participar en la investigación. En caso afirmativo, se la acompañó a un consultorio dispuesto para la entrevista, donde se le dio a leer el consentimiento informado (CI) (Anexo 4) y se evacuaron dudas. Al consentir y firmar el CI, se procedió con la recolección de datos que contiene tres partes: una entrevista semiestructurada, el cuestionario WAST y la EISB (descritos arriba).

RECAUDOS ÉTICOS:

Este estudio fue llevado a cabo siguiendo las normas éticas y legales locales; fue avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina y autorizado por la Red de Atención Primaria Metropolitana (RAP) para ser llevado a cabo en uno de sus centros de salud. Esta investigación fue avalada por la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, UdelaR. En cuanto a la detección de casos de riesgo suicida se actuó de

acuerdo al decreto 158/019⁵⁸ derivando a las mujeres sujetos de investigación al personal de salud correspondiente (personal de salud mental o médico según la situación específica).

ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos se analizaron utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 22 en su versión de prueba libre. Se cuantificó la frecuencia de cada variable y se buscó asociaciones entre estas variables con el riesgo suicida obtenido de la ECS y de los datos de la EISB (puntos de corte >0 y >10) utilizando la prueba de Chi-Cuadrado. Cuando los datos obtenidos por esta última no fueron válidos se procedió a la utilización de la Prueba exacta de Fisher. A los significativos absolutos se le realizó la prueba de Phi para medir la fuerza de asociación entre las variables independientes y la variable dependiente (Riesgo Suicida).

Se aceptó un nivel de confianza del 95% (p valor $<0,05$). Los resultados se presentan en tablas.

RESULTADOS

Confiabilidad de la entrevista clínica

Con el fin de poner a prueba la consistencia de los criterios con los que se clasificó el riesgo suicida a partir de la entrevista clínica (riesgo bajo, medio y alto), en la tabla 1 se presenta la frecuencia de casos clasificados en cada nivel de riesgo según el tipo de conducta suicida.

Tabla 1. Porcentajes de casos dentro de cada conducta suicida.

Conducta	Sin riesgo	Bajo	Medio	Alto/Extremo
<i>Ideación de muerte</i>	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Ideación suicida</i>	0,0%	36,4%	100,0%	100,0%
<i>Amenaza suicida</i>	0,0%	9,1%	75,0%	100,0%
<i>Gesto suicida</i>	0,0%	9,1%	25,0%	75,0%
<i>Autolesión</i>	6,3%	36,4%	50,0%	75,0%
<i>Intención suicida</i>	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%
<i>Plan suicida</i>	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%
<i>IAE</i>	36,4%	0,0%	50,0%	100,0%

A partir de este análisis se puede visualizar la distribución de las conductas suicidas tendiendo a aumentar la frecuencia hacia el riesgo alto/extremo, lo que indica una buena consistencia en el instrumento.

Caracterización de la muestra

Variables sociodemográficas

La muestra obtenida (Tabla 2) presentó una distribución de edades relativamente uniforme con una disminución de la frecuencia de los rangos de 35 a 44 y mayores de 65 con 7,5% y 11,9% respectivamente. Las edades se comprenden entre los 15 años y los 79 años, con una media de 44,28 y desvío standard de 17,8. De las distribuciones de nivel educativo se destaca una gran mayoría de pacientes con primaria completa como mayor nivel educativo culminado, siendo éstas un 59,7% de la muestra. De la situación laboral se observó una distribución equitativa entre las usuarias que trabajaban y las que no, con un ligero predominio de este último grupo con el 56,7%. En cuanto a estado civil poco más de un tercio de la población era soltera (35,8%) poco menos de un tercio era separada, divorciada o viuda (26,9%) y el último tercio estaba en pareja (37,3%) sea casada o en unión libre. Más de la mitad tenían 2 o más hijos (56,7%), un cuarto de la muestra no tenía hijos (25,4%) y el resto tenían un hijo.

Tabla 2. Caracterización de la muestra según variables socio demográficas y otros factores de riesgo

<i>n</i> = 67	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Edad					
<i>15-24</i>	13	19,4	VIH	0	0
<i>25-34</i>	12	17,9	Enf. Crónicas	40	59,7
<i>35-44</i>	5	7,5	Cardiovascular	24	35,8
<i>45-54</i>	14	20,9	Respiratorias	5	7,5
<i>55-64</i>	15	22,4	Endocrino-metabólicas	22	32,8
<i>65+</i>	8	11,9	Psiquiátricas	11	16,4
			Otras	18	26,9
Nivel Educativo					
			Embarazo	4	6
<i>Primaria incompleta</i>	10	14,9	Dolor Crónico	27	40,3
<i>Primaria completa</i>	40	59,7	Consumo de sustancias	21	31,3
<i>Ciclo básico</i>	10	14,9	Alcohol	5	7,5%
<i>Secundario</i>	6	9	Tabaco	19	28,4%
<i>Terciario</i>	1	1,5	Marihuana	3	4,5%
Situación Laboral					
			Cocaína	1	1,5%
<i>Trabaja</i>	29	43,3			
<i>No trabaja</i>	38	56,7	Perdida en último año	23	34,3
Estado Civil					
			WAST Positivo	53	79,1
<i>Casada</i>	10	14,9	Violencia Psicológica		
<i>Unión libre</i>	15	22,4	Alguna vez	49	73,1
<i>Soltera</i>	24	35,8	Último año	21	31,3
<i>Separada</i>	5	7,5	Violencia Física		
<i>Divorciada</i>	4	6	Alguna vez	34	50,7
<i>Viuda</i>	9	13,4	Último año	8	11,9
N de hijos					
			Violencia sexual		
<i>0</i>	17	25,4	Alguna vez	15	22,4
<i>1</i>	12	17,9	Último año	1	1,5
<i>2 o +</i>	38	56,7	Violencia Económica		
			Alguna vez	31	46,3
			Último año	9	13,4

Descripción de factores de riesgo de conducta suicida

Las variables estudiadas fueron objetivadas a partir de los datos recabados por la entrevista y los instrumentos estandarizados (Tabla 2). En la entrevista los factores de riesgo surgen de lo reportado por las participantes.

Se indagó sobre ser portadora de VIH pero no hubo casos en que la mujer supiera tener esta condición. El 59,7% refería padecer una enfermedad crónica: 35, % cardiovasculares, 7,5% respiratorias, 32,8% endocrino metabólicas, 16,4% psiquiátrica y un 26,9% otras no clasificables. Un 6% de la muestra cursaba un embarazo. También se indagó la presencia de dolor crónico, el cual estuvo presente en el 40,3% de la muestra.

El 31,3% refirió consumo de drogas en general, 7,5% eran consumidoras de alcohol, 28,4% de tabaco, 4,5% de marihuana y 1,5% de cocaína.

Otra variable indagada fue la presencia de pérdidas en el último año, fenómeno presente en más de un tercio de la muestra (34,3%).

En cuanto a los resultados obtenidos mediante el uso del cuestionario WAST (Tabla 2), se encontró que un 79,1% resultó probable "caso" de violencia de pareja actual o previa. Cuando se indagó el momento de la violencia se encontró que un 73,1% padeció violencia psicológica alguna vez y un 31,3% la padeció en el último año; la mitad habían padecido violencia física alguna vez (50,7 %) y un 11,9% en último año; 22,4% padeció alguna vez violencia sexual y 1 caso (1,5%) en el último año; cerca de la mitad (46,3%) padeció violencia económica alguna vez y 13,4% en el último año.

Caracterización de la CS:

Mediante la entrevista clínica (Tabla 3) se detectó 28,4% de casos de riesgo suicida, constituido por 16,4% de riesgo bajo, 4,5% riesgo medio y 7,5% riesgo alto. El 17,9% presentaban ideación suicida, 10,4% algún grado de planificación suicida y 20,9% tenían antecedentes de IAE. Entre los métodos utilizados en IAE previos se destaca la predominancia de arma blanca, así como también los métodos medicamentosos.

Dentro de los casos con algún riesgo suicida se encontró que 42,1% había alguna vez realizado amenaza suicida y 47,4% con autolesiones previas, predominando el método de arma blanca en dos tercios de los casos. Además, 36,8% había pensado un plan suicida y un similar porcentaje tenían intención de realizarlo. Asimismo, 52,6% había realizado IAE previo y 36,9% había realizado al menos dos intentos, destacándose dos casos con 6 IAE previos.

Tabla 3 Caracterización de la muestra según Conductas y Riesgo suicida (en frecuencia absoluta y porcentaje)

CS según entrevista (N=67)					
	n	%		n	%
Ideación de muerte	19	28,4	IAE	14	20,9
Ideación suicida	12	17,9	1 IAE	5	7,5
Amenaza suicida	8	11,9	2 IAE	3	4,5
Gesto suicida	5	7,5	3 IAE	3	4,5
Autolesión	11	17,9	4 IAE	1	1,5
Plan suicida	7	10,4	6 IAE	2	3
Intención suicida	7	10,4	Método IAE		
			Arma blanca	10	14,9
			Precipitación	1	1,5
			Medicamentoso	7	10,4

Riesgo suicida					
según	ECS		según EISB (N=66)		
	n	%		n	%
<i>Sin riesgo</i>	48	71,6	Beck \geq 1	18	27,3
<i>Bajo</i>	11	16,4	Beck >10	8	12,1
<i>Medio</i>	4	4,5			
<i>Alto</i>	4	7,5			

Por otro lado, en la EISB (Tabla 4) se encontró 26,9% de casos con IS utilizando un punto de corte valor 1 y 11,9% de alto riesgo tomando como punto de corte valor 10 en la escala. Para caracterizar las CS se tomaron en cuenta los casos con un punto de corte valor 1 (18 casos). De éstos, 77,8% de los casos presentaron deseo suicida activo y 55,6% presentaron deseo suicida pasivo. De la primera sección del instrumento se halló 50% que presentó deseo de vivir débil, así como un porcentaje similar que presentó deseo de morir débil. Asimismo, 55,6% afirmó que sus razones para vivir no le pesan más que las de morir, 38,9% indicó tener algún grado de deseo de morir y 61,1% no intentaría salvarse si estuviese en una situación de riesgo de vida. A partir de la segunda sección se analizarán solamente los casos que respondieron 1 o 2 en los ítems 4 y 5 referente al deseo de suicidio (11 casos, 16% del total de la muestra), de los que se excluye uno dado que no quiso continuar con las respuestas. De ésta sección se destaca un 70% con ideas de suicidio constantes o frecuentes, similar porcentaje con periodos largos o continuos de estas ideas y un 50% aceptan la idea. Además, 60% afirmó no estar segura o no poder controlarse en relación a intentar suicidarse y el 80% tienen motivos que la detienen al menos un poco de hacerlo; 80% indicó que su intención es escaparse de los problemas y no otra causa indagada por el cuestionario (influnciar a otros, vengarse, hacer felices a los demás, buscar atención, etc.), coincidiendo en esas situaciones la totalidad de los casos de alto riesgo. En la tercera sección se observa que 70% de los casos ha pensado en algún plan para matarse, pero 60% no ha elaborado detalles aunque 70% ya ha pensado un método específico y el 40% tiene la oportunidad para usarlo. Además, el 60% no espera o no está segura de hacer un intento de suicidio. En la cuarta sección el 70% ya ha hecho preparativos y dentro de ellas el 20% ha

completado los mismos, habiendo un 70% que ha pensado o comenzado a escribir una carta y en ellas un 40% ya la tiene terminada. El 60% ha pensado las consecuencias en relación a lo que pasará si se suicida pero sólo el 10% ha pensado en consecuencias específicas y el 50% ha revelado a las personas su voluntad de intentar suicidarse. En la quinta sección se registró un 50% con IAE previos y, excluyendo a un caso que no quiso responder específicamente la pregunta 21, un 55,6% tenía un débil deseo de morir en el intento.

Tabla 4 - Distribución de frecuencias de respuestas según ítem de la EISB

	Respuesta	n	%		Respuesta	n	%		Respuesta	n	%
Ítem 1 - Deseo de vivir	0	53	79,1	Ítem 8 - Aceptación de la idea	0	3	30	Ítem 15 - Espera hacerlo	0	3	30
	1	9	13,4		1	2	20		1	3	30
	2	5	7,5		2	5	50		2	4	40
	Total	67	100		Total	10	100		Total	10	100
Ítem 2 - Deseo de morir	0	54	80,6	Ítem 9 - Control en relación a intentarlo	0	4	40	Ítem 16 - Preparativos	0	3	30
	1	9	13,4		1	4	40		1	5	50
	2	4	6		2	2	20		2	2	20
	Total	67	100		Total	10	100		Total	10	100
Ítem 3 - Razones para vivir/morir	0	57	85,1	Ítem 10 - Razones que la detienen	0	5	50	Ítem 17 - Carta	0	3	30
	1	5	7,5		1	3	30		1	3	30
	2	5	7,5		2	2	20		2	4	40
	Total	67	100		Total	10	100		Total	10	100
Ítem 4 - Deseo de suicidarse	0	60	89,6	Ítem 11 - Razones para hacerlo	0	2	20	Ítem 18 - Consecuencias de hacerlo	0	4	40
	1	4	6		1	0	0		1	5	50
	2	3	4,5		2	8	80		2	1	10
	Total	67	100		Total	10	100		Total	10	100
Ítem 5 - Si estuviese en una situación de riesgo	0	56	84,8	Ítem 12 - Plan	0	3	30	Ítem 19 - Contar/revelar a alguien	0	5	50
	1	5	7,5		1	6	60		1	1	10
	2	6	9		2	1	10		2	4	40
	Total	67	100		Total	10	100		Total	10	100
Ítem 6 - Duración de ideas	0	3	30	Ítem 13 - Oportunidad	0	3	30	Ítem 20 - IAE previo	0	5	50
	1	4	40		1	3	30		1	0	0
	2	3	30		2	4	40		2	5	50
	Total	10	100		Total	10	100		Total	10	100
Ítem 7 - Frecuencia de ideas	0	3	30	Ítem 14 - Coraje	0	3	30	Ítem 21 - Deseo en IAE previo	0	5	55,6
	1	4	40		1	2	20		1	2	22,2
	2	3	30		2	5	50		2	2	22,2
	Total	10	100		Total	10	100		Total	9	100

Nota: a partir de pregunta 5 se considera n Total a los casos que respondieron >0 en los ítems 4 o 5

Relación entre conducta suicida y variables estudiadas.

Para la búsqueda de asociaciones entre riesgo suicida y las variables, tanto sociodemográficas como las que, según la bibliografía, suponen un riesgo para la CS se utilizó prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher según corresponda, comparando el nivel de riesgo suicida según el comportamiento de las variables estudiadas (Tabla 5). Los niveles de riesgo fueron definidos en base a: a) criterios clínicos, b) los resultados de EISB con punto de corte > 0 o c) los resultados de EISB con punto de corte > 10 (EISB Alto Riesgo).

a) En la comparación entre las variables estudiadas y el riesgo suicida según criterios clínicos se encontró relación estadísticamente significativa entre el riesgo suicida y: WAST positivo (prueba exacta de Fisher 0,007-0,005), violencia física alguna vez (p: 0,018) y violencia económica alguna vez (p: 0,005). Se encontraron asociaciones que no alcanzaron a ser significativas con las variables: enfermedades psiquiátricas (prueba exacta de Fisher 0,062-0,045), enfermedades respiratorias (p: 0,103), consumo de tabaco (p: 0,116), consumo de cocaína (p: 0,109) (hubo sólo 1 caso), violencia psicológica alguna vez (p: 0,058), violencia psicológica ahora (p: 0,084) y con violencia sexual alguna vez (p: 0,074).

b) Comparando riesgo suicida según escala de Beck > 0 según las distintas variables mediante prueba de chi-cuadrado, se encontró relación estadísticamente significativa entre el riesgo suicida y: enfermedades psiquiátricas (prueba exacta de Fisher 0,003-0,003), consumo de drogas (prueba exacta de Fisher 0,017-0,014), tabaco (prueba exacta de Fisher 0,006-0,005) y WAST positivo (prueba exacta de Fisher 0,007-0,006). Se encontraron asociaciones que no alcanzaron a ser significativas con las variables: violencia económica alguna vez (prueba exacta de Fisher 0,059-0,046) consumo de cocaína (p: 0,100) y violencia física alguna vez (p: 0,131).

c) Comparando riesgo suicida según escala de Beck > 10 y las distintas variables mediante prueba de chi-cuadrado, se encontró relación estadísticamente significativa entre el riesgo suicida y: tabaco (prueba exacta de Fisher 0,038-0,038), violencia económica alguna vez (p: 0,014) y WAST positivo (p: 0,010). Se encontraron asociaciones que no alcanzaron a ser significativas con las variables: consumo de drogas (prueba exacta de Fisher 0,098-0,061), alcohol (prueba exacta de Fisher 0,107-0,107), cocaína (prueba exacta de Fisher 0,121-0,121), número de hijos (p: 0,169), grupo de otras enfermedades (p: 0,094), pérdidas en el último año (p: 0,080), WAST positivo (p: 0,117) y violencia física alguna vez (p: 0,156)

Tabla 5. Asociación del Riesgo suicida (por ECS y EISB) con factores de riesgo de CS

	Riesgo suicida		EISB ≥ 1		EISB Alto Riesgo	
	P	Phi	P	Phi	P	Phi
Edad	0,754 ^a		0,720a		0,783a,b	
Nivel educativo	0,503a,b		0,908		0,946	
Situación Laboral	0,671		0,613a		0,695a	
Estado Civil	0,228 ^a		0,946a,b		0,717a,b	
N° Hijos	0,434 ^a		0,627a		0,169a	
Enfermedad Crónica	0,36		0,443a		0,329a	
Cardiovascular	0,649		0,754a		0,943a	
Respiratorias	0,103 ^a		0,704a		0,574a,b	
Endocrino-metabólico	0,89		0,558a		0,286a	
Hipotiroidismo	0,525 ^a		0,575a		0,823a	
Psiquiátricas	0,062-0,045c		0,003-0,003c,*	0,405	0,407a	
Otras	0,584		0,389a		0,094a	
Embarazada	0,878		0,916a		0,415a,b	
Dolor crónico	0,458		0,443a		0,577a	
Consumo de drogas	0,542		0,017-0,014c*	0,312	0,098-0,061c	
Alcohol	0,548 ^a		0,506a		0,107-0,107c	
Tabaco	0,116		0,006-0,005c*	0,362	0,038-0,038*	0,277
Marihuana	0,265a,b		0,278a,b		0,510a,b	
Cocaína	0,109a,b		0,100a,b		0,121-0,121c*	
Perdidas en el último año	0,399		0,316a		0,080a	
WAST Positivo	0,007-0,005c*		0,007-0,006c*	0,318	0,117a	0,193
VP alguna vez	0,058		0,236a		0,878a	
VP ahora	0,084		0,666a		0,211a	
VF alguna vez	0,018*	0,289	0,131a		0,156a	
VF ahora	0,822a		0,317a		0,972a,b	
VS alguna vez	,074a		0,902a		0,229a	
VS ahora	0,526a,b		0,537a,b		0,708a,b	
VE alguna vez	0,005*	0,346	0,059-0,046c		0,014a,*	0,302
VE ahora	0,722a		0,660a		0,920a	

Nota. El valor de P corresponde a la prueba de chi cuadrado. El valor de phi sólo se estimó en los casos de significación estadística según chi cuadrado

* El estadístico es significativo en el nivel ,05. **a** Más del 20% de las casillas de la subtabla han esperado recuentos de casilla menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos. **b** El recuento de casilla mínimo esperado en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos. **c** El resultado tuvo p significativo pero aplicaba a y/o b. Se realizó prueba exacta de Fisher para una y dos colas

DISCUSIÓN

Los resultados en relación a la IS son levemente más elevados que los reportados en población similar en el mismo Centro, el cual fue 20%.⁹ En cuanto a la amenaza suicida, los porcentajes obtenidos fueron similares a los que se encontraron en un estudio de 1981 donde se describió la cantidad de personas que habían comunicado su idea antes de llevarla a cabo,⁴⁴ pero difiere del expuesto en un estudio realizado mediante autopsia psicológica en 2003 donde se encontró un porcentaje más alto de personas que habían comunicado la intención.⁵⁹ En cuanto a la alta frecuencia en que la intención es escapar de los problemas coincide con un estudio realizado en población similar en el mismo centro.⁹ Desde el interés preventivo, estos datos sugieren la pregunta acerca de cuáles son los problemas que no han encontrado solución y que llevan a las mujeres al punto de vivir la situación de pensar en el suicidio. En relación a tener antecedentes de IAE, dentro de los casos de riesgo los datos coinciden con lo expuesto en investigaciones en Uruguay en casos de suicidio,^{44,59,46} pero otro estudio realizado en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas describió el doble de este antecedente.⁶⁰ En cuanto al método empleado en IAE previo, las publicaciones sobre población uruguaya discrepan, mientras los que coinciden con los presentes resultados afirman la predominancia de métodos medicamentosos,^{59,60} por otro lado, otro estudio alude al mayor uso de métodos violentos en mujeres.⁴⁶

Con respecto a la violencia física y/o sexual, se encontró un porcentaje mayor que el informado por la OMS,²⁵ destacándose que más de la mitad de las usuarias refirió haber sufrido violencia física alguna vez. Esta gran diferencia puede ser explicada por el tamaño de la muestra, el hecho de que sean captadas en un centro de salud o puede significar un aumento en las cifras de violencia que se manejaban con anterioridad pero las características de este estudio no permiten aseverarlo. En cuanto a violencia psicológica, el resultado fue aún más alarmante: más de 7 de cada 10 mujeres del total de entrevistadas dicen haber sufrido violencia psicológica por parte de su pareja actual o pasada.

También se sabe que la violencia económica juega un rol importante en la ideación suicida e intentos de autoeliminación. De acuerdo con un estudio realizado en Sudáfrica²⁰ es uno de los principales factores que llevan a la ideación suicida. En este estudio coincide en los valores de éste tipo de violencia y encontró una alta relación entre ella y el riesgo suicida.

Los datos de este estudio coinciden con los hallazgos la literatura internacional⁴³ y local,^{44, 45, 46,47} que encuentra una relación estrecha entre enfermedades psiquiátricas y suicidio, siendo esta la variable que más fuerte relación tuvo.

Tanto en el trabajo de Dragisic³⁰ como en el de Larrobla,⁶⁰ también se encontró una relación significativa entre el consumo de sustancias y el riesgo suicida. La asociación entre el

tabaquismo y el riesgo suicida ha sido estudiada por varios autores. Algunos sugieren que el aumento de los niveles de agresividad, impulsividad y baja calidad de sueño en el tabaquista, podrían explicar la relación entre el tabaquismo y la conducta suicida.⁶¹ Otros sugieren que ese fenómeno puede ser explicado por otros factores y circunstancias de la vida que se asocian con ambos, el tabaquismo y la conducta suicida.⁶² La alta prevalencia del tabaquismo entre mujeres en el Uruguay (28.1%)³³ también es un factor importante para explicar los resultados. Los datos disponibles en el presente estudio no permiten dar cuenta de los mecanismos que podrían subyacer a esta asociación.

Si bien no se encontró una relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida por ECS con algunas de las variables, como por ejemplo, el mayor número de hijos, padecer el grupo de enfermedades crónicas detectadas que no son, las cardiovasculares, respiratorias, endocrinometabólicas y psiquiátricas, el consumo de alcohol y cocaína, o pérdidas en el último año, se vio que hay una tendencia de aumento de riesgo suicida con cada una de ellas. La falta de significancia se puede deber al tamaño de la muestra.

Con respecto al riesgo suicida encontrado, hubo discrepancias entre los hallazgos del EISB y de la entrevista semi-estructurada: 5 mujeres tuvieron un EISB de 0 pero riesgo positivo según ECS, y otras 5 mujeres tuvieron un EISB > 0 pero sin riesgo en la ECS. Si definimos presencia de riesgo suicida como mujeres que presentaron riesgo positivo en uno u otro instrumento, el porcentaje total de mujeres entrevistadas que presentan riesgo fue de 36% (24/67). Esto se puede explicar porque las personas difieren en su manera de comunicar y exteriorizar sus experiencias y emociones. Mientras para algunas resulta más fácil hablar con los entrevistadores, para otras es más cómodo y facilitador responder a un cuestionario, pero se inhiben al hablar. Por otra parte, es posible que la entrevista clínica no haya sido suficientemente exhaustiva como para obtener datos no reportados de manera espontánea por las participantes, además de la posible existencia de falsos positivos y negativos de los instrumentos así como la falta de experiencia de los investigadores en ésta temática. A pesar de esto último, no se identificó ningún sesgo entre los mismos, ya que ninguna dupla se destaca en uno u otro grupo en particular.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El suicidio es un fenómeno de relevancia en salud pública que viene en aumento constante en los últimos años, por lo que es relevante estudiar y conocer las características de las distintas poblaciones de forma de poder prevenir la muerte autoinflingida. En Uruguay los estudios existentes son múltiples y se centran en el estudio retrospectivo de poblaciones específicas, existiendo escasa evidencia de estudios de carácter clínico en población general que asiste a los servicios de salud del primer nivel. De ésta forma el presente estudio a través de una serie de casos pretendió caracterizar el perfil sociodemográfico y factores de riesgo para CS de usuarias mayores de 14 años del Centro de Salud Jardines del Hipódromo asociándolos con el riesgo suicida detectado.

Se encontró una considerable prevalencia de usuarias del centro de salud Jardines del Hipódromo con riesgo suicida (cerca de 3 cada 10 mujeres). La mayoría de los datos coinciden con literatura local, aunque en algunos podrían verse controversias, por ejemplo con respecto al método utilizado por las mujeres. Una de las coincidencias a destacar es la intención de las mujeres con alto riesgo de utilizar al suicidio como forma de escaparse de los problemas, aspecto que debería ser indagado con más profundidad para conocer las distintas problemáticas de la población y darle herramientas alternativas a las distintas situaciones. Se trata de una cuestión relevante al considerar las funciones del primer nivel de atención en la salud de la población.

Además se detectó una estrecha relación de la CS con enfermedades psiquiátricas, así como con el test de screening WAST, haber sufrido violencia física o violencia económica en algún momento de la vida y el consumo de drogas en general, particularmente de tabaco. Estas asociaciones coinciden con literatura nacional e internacional, a excepción del tabaco, esta asociación podría explicarse por causas externas a las que incluyen la presente investigación. Se considera recomendable en caso de encontrar alguna de estas variables durante la atención en el Centro de Salud, interrogar acerca del riesgo suicida.

A partir de este estudio y sus hallazgos surgen interrogantes sobre el papel que podrían jugar en la CS otras variables como religiosidad, tener nietos, la presencia de maltrato en la infancia y bullying escolar con el riesgo suicida así como la diferenciación entre embarazo deseado o no y duelo esperado del no esperado. Sería conveniente su estudio en posteriores investigaciones de estas características. También sería importante indagar la diferencia entre las respuestas a los diferentes instrumentos y estudiar qué vinculación tiene con otras variables.

AGRADECIMIENTOS

Este grupo de investigadores quiere agradecer, en primer lugar, a todas las usuarias participantes de la investigación que ofrecieron su tiempo y disposición, al abrirse con nosotros a contar sus historias y realidades.

También queremos agradecer a todo el equipo médico y al personal del Centro de Salud Jardines del Hipódromo que, en el proceso de recolección de datos brindaron su apoyo y carisma. Especialmente a aquellos profesionales a quienes derivamos a pacientes (Dra., Valle Lisboa, Dra. Fernández, Dra. López, Dra. Di Chiara, Dr. Ramón, Dra. Viña, Dr. Carrieri. Lic. Verónica Coscia y Lic. Silvana Santurión). Así como a las instituciones que nos abrieron su espacio para poder realizar la presente investigación: Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina y RAP Metropolitana.

Por último, y no menos importante, queremos dar nuestro mayor agradecimiento a nuestros tutores que, en todo momento de la investigación alentaron nuestro trabajo, ayudándonos y enseñando a cada paso de la misma, y alentándonos en los momentos críticos por los que se pasa al llevar a cabo un trabajo de esta envergadura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003 [Consultado el 27/5/2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Suicidio [Internet]. World Health Organization. 2018 [Consultado el: 27 de mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington DC: OPS, 2014. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
4. Prevención. Índice de suicidios se mantuvo estable en 2018, 20,25 por cada 100.000 habitantes [Internet]. MSP. 2019 [Consultado el: 25 de octubre 2019]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/indice-suicidios-se-mantuvo-estable-2018-2025-cada-100000-habitantes>
5. Suicide rates (per 100 000 population) [Internet]. World Health Organization. 2016 [consultado 2019]. Disponible en: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
6. Pain | MedlinePlus [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 [cited 27 May 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/pain.html>
7. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington DC: OPS, 2014. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
8. Ley de Salud Mental N° 19.529 de 19/09/2017; reglamentada por decreto N° 226/018 de 16/07/2018. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
9. Llosa S, Canetti A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja [Maestría]. Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2019.
10. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y Riesgo de Suicidio. Anales Sis San Navarra [internet] 2002 [consultado en octubre 2019]; 25(3):p.87-96. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5570>
11. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, et al. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet].2013 Mar[citado 2019 Oct 30];51(1):38-45. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100006&Ing=es.
12. Burzstein C, Apter A. Adolescent suicide. Curr Opin Psychiatry. [internet]2009[citado en junio 2019] 22(1):1–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19122527>
13. Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Durán M.

Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. Montevideo. 2012

14. Beck AT, Steer RA, Grisham JA. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*[internet]2000[citado en Junio 2019]; 68(3): 371-377. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2000-15699-001>

15. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener MD. Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health*[internet]2000[citado julio 2019];48(5):229-33. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448480009599309>

16. Flechner S, Psicoanálisis y Cultura: La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo. Un nuevo desafío? *Rev.Urug.Psicol* [internet]2000[citado en junio 2019]; 4:467-482, Disponible en: <https://www.apuruguay.org/apuruguay/revista/2000/1688724720009210.pdf>

17. Benute et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Rev Assoc Med Bras*[internet] 2011[citado octubre 2019]; 57(5):583-587. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-42302011000500019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

18. Gentile S. Suicidal mothers. *J Inj Violence Res*. 2011 Jul; 3(2): 90–97.

19. Gandhi SG, Gilbert WM, McElvy SS, El Kady D, DANielson B, Xing G, et al. Maternal and neonatal outcome after attempted suicide. *Obstet Gynecol*. 2006 May, 107(5):984-990.

20. Gibbs A, Dunkle K, Jewkes R. Emotional and economic intimate partner violence as key drivers of depression and suicidal ideation: A cross-sectional study among young women in informal settlements in South Africa. *PLoS One* 2008;13(4).

21. Durfort M, Stenbacka M, Gumpert C. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *Eur J Public Health* [internet]2015[citado 2019] 25(3): 413–418.

22. Devries K, Mak J, Bacchus L, Child J, Falder G, Petzold M, Watts C. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med* [internet]2013[consultado en junio 2019] 10(5): 22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/>

23. Primera Encuesta Nacional en Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones [Internet]. www3.ine.gub.uy. 2016 [consultado 2019]. Disponible en: http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/362/498_informe_2013_resultados_penpvbgg.pdf?sequence=1&isAllowed=ya. BrookingtonI.Suicideinwomen.IntClinPsychopharmacol

24. Llosa S, Canetti A. Psicología, Conocimiento y Sociedad –Preprint, 1-27 (marzo 2019).

25. Violence against women [Internet]. *Who.int*. 2017 [cited 27 May 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact->

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku198>

22. Devries K, Mak J, Bacchus L, Child J, Falder G, Petzold M, Watts C. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med* [internet]2013[consultado en junio 2019] 10(5): 22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/>

23. Primera Encuesta Nacional en Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones [Internet]. www3.ine.gub.uy. 2016 [consultado 2019]. Disponible en: http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/362/498_informe_2013_resultados_penpvbgg.pdf?sequence=1&isAllowed=ya. BrookingtonI.Suicideinwomen.IntClinPsychopharmacol

24. Llosa S, Canetti A. Psicología, Conocimiento y Sociedad –Preprint, 1-27 (marzo 2019).

25. Violence against women [Internet]. *Who.int*. 2017 [cited 27 May 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact->

- sheets/detail/violence-against-women
- 26.** Global and Regional estimates of violence against women: the prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2013.
- 27.** Atención a mujeres víctimas de violencia [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 2018 [consultado 2019]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/atencion-mujeres-victimas-de-violencia>
- 28.** Feder G, Macmillan H. Intimate Partner Violence. En: Goldman L, Schafer A, Saunders WB. Goldman's Cecil Medicine. 24a ed. Saunders; 2012. p. 1571-1574.
- 29.** Thompson R, et al. Intimate Partner Violence Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. *Am J Prev Med.* 2006 Jun;30(6):447-57.
- 30.** Dragisic T, Dickov A, Dickov V, Mijatovic V. Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts. *Mater Sociomed.* 2015 Jun; 27(3):188–191.31. OEA-OPS-OMS. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas [internet]. 2004 [consultado 2019] Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- 31.** Lizarbe V, Librada M, Astorga M. Glosario de términos de alcohol y drogas [internet].1994.Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado 26/05/2019]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- 32.** OEA-OPS-OMS. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas [internet]. 2004 [consultado 2019] Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- 33.** Olivera D. VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo Drogas [Internet] 2016 [consultado 2019] Disponible en: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf
- 34.** Día mundial del VIH/SIDA [Internet]. MSP; 2018 [consultado 2019]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Bolet%C3%ADn%20Mundial%20VIH%202018.pdf>
- 35.** Mandell I, Rodriguez V, De La Rosa, A, et al. Suicidal Ideation Among Adults Re-engaging in HIV Care in Argentina. *Aids and behavior* [internet] 2019 [consultado junio de 2019];23(8). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-019-02526-4>
- 36.** Fortúnez P, Chinae Cabello E, Alemán Valls MR, et al. Ideación suicida y depresión en pacientes VIH +: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. *Revista Multidisciplinar del Sida* [internet] 2019 [consultado octubre 2019] 7(16):20-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000812>
- 37.** Szanto K, Shear MK, Houck PR, Reynolds CF, Frank E, Caroff K, et al. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *J. Clin. Psychiatry.* 2006; 67(2):233-239.

- 38.** Friedman R. Grief, Depression, and the DSM-5. *N Eng J Med.* 2012; 366(20), 1855–1857.
- 39.** Gómez-Sancho, M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones; 2004.
- 40.** Qin P, Webb R, Kapur N, Sørensen HT. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J Intern Med.* 2013; 273(1): 48-58.
- 41.** Goodwin R, Marusic A, Hoven C. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Soc Sci Med.* 2003; 56(8), 1783–1788.
- 42.** OMS, Temas de Salud; Enfermedades crónicas. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- 43.** Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004; 4(37). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC534107/pdf/1471-244X-4-37.pdf>
- 44.** Puppo Bosch D. Autopsia psicológica en 50 suicidios. 1981;46(273):111-118.
- 45.** Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico *Rev Med Urug* 1990; 6: 203-215.
- 46.** Pasturino B, Vallarino V, Lima M. (Diciembre, 2004). Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay,* 6(2), 147.
- 47.** Heuguerot MC, Lucero R, Porto V, Díaz E, París MA. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciência & Saúde Coletiva,* 20(6), 1693-1702.
- 48.** Pianowsky G, Souza de Oliveira E, Nunes M. Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológica *Psicol. caribe,* [internet]2015[consultado2019], 32(1):81-120. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v32n1/v32n1a04.pdf>
- 49.** Hooley J, Franklin JC, Nock MK. Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. *Curr Pain Headache Rep* [internet].2014[consultado 2019]; 435:1-6. Disponible en: <https://link-springer-com.proxy.timbo.org.uy/article/10.1007%2Fs11916-014-0435-2#Abs1>
- 50.** Louis Jacob, Josep Maria Haro, Ai Koyanagi. The association between pain and suicidal behavior in an English national sample: The role of psychopathology. *J Psychiatr Res.* [internet] 2017 [consultado 2019];98, 39-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.12.007>
- 51.** Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*[internet]. 2018,[consultado en 2019] 87,269-280. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
- 52.** Fisher B, Haythornthwaite J, Heinberg I, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. [internet] Elsevier Science B. V. *Rev. Soc. Española del dolor,* 2002.
- 53.** Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Practice.* 2002;(15), 101-111. Disponible en: <http://www.jabfm.org/content/15/2/101.full.pdf+html>
- 54.** Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en

- atención primaria en España. *Gac Sanit.* 2008; 22(5):415-20.
- 55.** Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *MedClin (Barc)*; 2004; 122(12):461-7. Disponible en: http://www.catunescomujer.org/catunesco_mujer/documents/Art_Foro_Ruiz.pdf
- 56.** Rangel-Garzón C, Suárez-Beltrán M, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria [Internet]. *Revistas.unal.edu.co.* 2019 [cited 27 May 2019]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849/54062>
- 57.** Beck A, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979; 47(2); 343-352.
- 58.** Decreto de ley N° 158/019, Aprobación del proyecto elaborado por la Comisión Ética en Investigación General de la Salud, referida a la investigación en seres humanos. [Internet] 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/158-2019>
- 59.** Lucero R, Díaz N, Villalba L. Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay,* 2003 67(1): 5.
- 60.** Larrobla C, Pouy A. Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. 2007. *Rev Med Urug,* 23: 221-232.
- 61.** Chang H, Munroe S, Gray K, Porta G, Douaihy A, Marsland A, et al. The role of substance use, smoking, and inflammation in risk for suicidal behavior. *J Affect Disord.* 2019; 243 33-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.005>
- 62.** Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and suicidal behaviour: results from a 25-year longitudinal study. *Psychol Med.* 2008; 38(3). Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/cigarette-smoking-and-suicidal-behaviour-results-from-a-25year-longitudinal-study/EA10B31BFDAC683328BF99730DD2D13B>

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista Semiestructurada

Encuadre: Se comienza brindándole a la usuaria la información correspondiente a la investigación. Se procede a la firma del consentimiento informado. Para empezar se preguntaran los criterios de inclusión y exclusión con el fin de incluir o descartar a la voluntaria para el estudio. En el caso de que sea un sujeto válido se procederá a la entrevista. Se inicia la entrevista indagando sobre las variables más generales con el fin de crear un vínculo de confianza con la paciente para luego indagar en temas más delicados (como la conducta suicida), tal como lo recomienda el programa SUPRE de OMS.

Sobre los datos sociodemográficos se indaga sobre las siguientes variables:

- Edad:
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Ciclo básico completo o equivalente (UTU- -Universidad del Trabajo del Uruguay)
 - Más que ciclo básico completo o equivalentes
- Estado civil:
 - Soltera
 - Separada o divorciada
 - Viuda
 - Casada
 - Unión libre, unión concubinaria
- Situación laboral:
 - Desempleada
 - Empleada (empleo formal, ocupación informal o sub ocupación de al menos dos días por semana)
- Número de hijos:
 - 0
 - 1
 - 2 o más

Variables de estudio independientes:

- ¿Está embarazada?
- ¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál?
- ¿Sufre de algún tipo de dolor crónico/o inhabilitante? ¿Desde hace cuánto tiempo?
- ¿Se ha realizado un test de VIH? ¿Cómo fue el resultado?
- ¿Consume algún tipo de droga habitualmente? ¿Cuál?
- ¿En el último año ha fallecido algún ser querido?

Luego se procede a la entrega del cuestionario WAST corto como un primer screening de violencia que nos sea útil para guiarnos en la posterior entrevista semi estructurada. En base a esto se le ofrece a la entrevistada la oportunidad de definir su situación de pareja de manera libre y se la consultara especialmente por los ítems en los que refieren conflictos de pareja. Para realizar esta entrevista se utilizó como referencia la utilizada en la tesis de Sebastián Llosa “Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja”. Se buscarán situaciones de conflicto por medio de ejemplos que faciliten la comprensión de la entrevistada y den luz a situaciones que puedan pasar desapercibidas. La misma se hará dividiendo los tipos de violencia de pareja con el fin de identificar si alguna predomina sobre las otras.

Se le dirá, por ejemplo: “Algunas mujeres dicen que les pasa una de las siguientes cosas con su pareja, dígame si alguna le pasó en los últimos 12 meses o le ha pasado antes”:

Violencia Psicológica: ¿La insultó o le dijo cosas ofensivas o hirientes?, ¿le dijo algo con el objetivo de hacer que usted se sienta mal? ¿Le dice cosas degradantes como “sos una inútil, no servís para nada, todo te sale mal, quién te va a querer a vos” o cosas similares? ¿La hace sentirse mal de alguna manera frente a otras personas? ¿La siguió, le controló sus salidas, le revisó sus cosas, sus redes sociales o su teléfono celular? ¿Se enoja por si trabaja o estudia fuera de su casa o le impide que lo haga? ¿Le prohibió relacionarse con amigos/as y/o familiares o le molesta que lo haga? ¿Controla las veces o el tiempo que usted visita a otras personas? ¿La encerró? ¿Le prohíbe usar determinada ropa o salir de su casa con determinadas vestimentas?

Violencia Física: ¿La pellizcó? ¿La empujó? ¿La sacudió? ¿Le tiró del pelo? ¿Le dio una cachetada? ¿Le pegó con algún objeto? ¿Amenazó con pegarle o con matarla si usted hacía o no hacía algo que él quisiera? ¿La agredió de alguna otra forma?

Violencia Sexual: ¿Le obligó o le forzó a tener relaciones sexuales? En las relaciones sexuales, ¿le exige hacer cosas que a usted no le gustan, que le incomodan o que no tiene ganas de hacer? ¿La obligó a participar de alguna forma en actividades sexuales con otras personas o a presenciarlas contra su voluntad?

Violencia Económica: ¿Le impide usar dinero de ustedes para cosas personales que usted quiera, por ejemplo, comprarse ropa, accesorios, regalos o algo que usted quiera? ¿La crítica por el uso que hace del dinero? ¿Él puede gastar dinero en cosas que usted tiene prohibidas? ¿Le rompió o quitó objetos personales como ropa, fotos, o cualquier objeto de uso personal o con valor afectivo para usted?

A continuación se procede a la aplicación del cuestionario correspondiente a la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB), para luego continuar indagando en una entrevista clínica de forma progresiva, desde ideación suicida hacia IAE, las distintas conductas suicidas a partir de las respuestas del EISB a modo de establecer una relación empática. Por ejemplo: Usted indicó que tiene deseos de morir, ¿Siente esto sólo en la última semana o ya viene hace un tiempo así?

Conducta Suicida

Ideas de muerte: ¿Ha pensado en morir?

Ideación suicida: ¿Ha pensado en suicidarse?

Amenaza suicida: ¿Alguna vez le ha dicho a alguien que quiere lastimarse/matarse? ¿Cómo lo ha hecho? ¿Fue sólo esa vez? ¿Hace cuánto tiempo lo realizó?

Gesto suicida: Cuando le dijo, ¿Utilizó el arma para hacerlo?

Autolesión: ¿Alguna vez se ha intentado lastimar intencionalmente? ¿Cómo lo intentó? ¿Cuál era su intención con lo que hizo? ¿Logró hacerlo? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuántas veces lo hizo? ¿Cómo lo realizó? ¿Siente deseos de volver a realizarlo?

Intención suicida: ¿Quiere lastimarse/matarse?

Plan suicida: ¿Sabe de qué forma va a lastimarse/matarse? ¿Tiene el plan armado? ¿Tiene el medio para realizarlo? ¿Cuándo lo realizará?

IAE: ¿Alguna vez intentó suicidarse? ¿Fue solo esa vez? ¿Cómo lo ha hecho? ¿Hace cuánto tiempo lo realizó?

Luego se realiza el cierre de la entrevista aclarando dudas o preguntas que la entrevistada pueda tener acerca de lo tratado en la entrevista y en caso de existir un problema clínico, se orientará a la paciente para la atención del mismo, bajo supervisión de uno de los tutores del trabajo.

Anexo 2

Woman Abuse Screening Tool (WAST) corto

En general, ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja?

1. Sin tensión.
2. Alguna tensión.
3. Mucha tensión.

Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

1. Sin dificultad.
2. Alguna dificultad.
3. Mucha dificultad.

¿Alguna otra pareja en el pasado la ha maltratado de alguna forma?

1. Nunca
2. Tal vez.
3. Si.

Anexo 3

Escala de ideación suicida de Beck

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada grupo de afirmaciones que se encuentran abajo. Haga un círculo en la afirmación que en cada grupo describe mejor cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy.

Por favor, lea todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir

1. **0** Tengo deseo de vivir que es de moderado a fuerte
 1 Tengo un deseo de vivir débil
 2 No tengo ningún deseo de vivir

2. **0** No tengo ningún deseo de morir
 1 Tengo un deseo de morir débil
 2 Tengo un deseo de morir que es de moderado a fuerte

3. **0** Mis razones para vivir pesan más que mis razones para morir
 1 Mis razones para vivir o morir son aproximadamente iguales
 2 Mis razones para morir pesan más que mis razones para vivir

4. **0** No tengo ningún deseo de intentar suicidarme
 1 Mi deseo de intentar suicidarme es débil
 2 Mi deseo de intentar suicidarme es de moderado a fuerte

5. **0** Si estuviese en una situación de riesgo de vida, intentaría salvarme
 1 Si estuviese en una situación de riesgo de vida, dejaría la vida o la muerte librada al azar
 2 Si estuviese en una situación de riesgo de vida, no tomaría las medidas necesarias para evitar la muerte

Si hizo un círculo en la afirmación “0”, en los grupos 4 y 5, pase para el grupo 20.

Si marcó “1” o “2” en el grupo 4 o 5, entonces continúe con el grupo 6.

6. **0** Tengo ideas de matarme por breves períodos que pasan rápidamente
 1 Tengo períodos largos con ideas de matarme que duran algún tiempo
 2 Tengo períodos continuos o casi continuos con ideas de matarme

7. **0** Raramente u ocasionalmente pienso en matarme
 1 Tengo ideas frecuentes de matarme
 2 Pienso constantemente en matarme

8. **0** No acepto la idea de matarme
1 No acepto ni rechazo la idea de matarme
2 Acepto la idea de matarme
9. **0** Puedo controlarme en relación a intentar suicidarme
1 No estoy segura de poder controlarme en relación a intentar suicidarme
2 No puedo controlarme en relación a intentar suicidarme
10. **0** No intentaría suicidarme porque hay razones que me detienen, por ejemplo: mi familia, mis amigos, mi religión, la posibilidad de quedar con un daño si fracaso en el intento, no poder dar marcha atrás, etc.
1 Hay razones que me detienen un poco para intentar suicidarme, por ejemplo mi familia, mis amigos, mi religión, la posibilidad de quedar con un daño si fracaso en el intento, no poder dar marcha atrás, etc.
2 Las razones que me detienen para intentar suicidarme, por ejemplo mi familia, mis amigos, mi religión, la posibilidad de quedar con un daño si fracaso en el intento, no poder dar marcha atrás, etc., me preocupan mínimamente o nada.
11. **0** Mis razones para querer intentar suicidarme tienen como finalidad principal influenciar a los otros, vengarme de las personas, hacerlas más felices, hacer que me presten más atención, etc.
1 Mis razones para querer intentar suicidarme tienen como finalidad no solamente influenciar a los otros, sino que también significan una forma de solucionar los problemas
2 Mis razones para intentar suicidarme se basan principalmente en escapar, terminar con mis problemas.
12. **0** No tengo un plan específico de cómo intentar suicidarme
1 He considerado maneras de intentar suicidarme pero no elaboré detalles
2 Tengo un plan específico para intentar suicidarme
13. **0** No tengo acceso a un método ni una oportunidad de intentar suicidarme
1 El método que usaría para intentar suicidarme lleva tiempo y realmente no tengo una buena oportunidad para usarlo
2 Tengo o espero tener acceso a un método para intentar suicidarme y también tengo o tendría oportunidad de usarlo
14. **0** No tengo el coraje o la capacidad de intentar suicidarme
1 No estoy segura si tengo el coraje o la capacidad de intentar suicidarme
2 Tengo el coraje y la capacidad de intentar suicidarme

15. **0** No espero hacer un intento de suicidio
1 No estoy segura de que haré un intento de suicidio
2 Estoy segura de que haré un intento de suicidio
16. **0** No hice ningún preparativo para intentar suicidarme
1 He hecho algunos preparativos para intentar suicidarme
2 Mis preparativos para intentar suicidarme ya están casi prontos o completos
17. **0** No escribí una carta suicida
1 Tengo pensado escribir una carta suicida, o empecé a escribir pero no terminé
2 Tengo una carta suicida escrita
18. **0** No medí las consecuencias en relación a lo que ocurrirá después de que haya intentado suicidarme.
1 He pensado en algunas consecuencias en relación a lo que ocurrirá después de que haya intentado suicidarme
2 Pensé en consecuencias específicas en relación a lo que ocurrirá después de que haya intentado suicidarme.
19. **0** He revelado a las personas mi voluntad de intentar suicidarme.
1 He evitado revelar a las personas mi voluntad de intentar suicidarme
2 He intentado ocultar, esconder o mentir sobre mi voluntad de intentar suicidarme
20. **0** Nunca intenté suicidarme
1 Intenté suicidarme una vez
2 Intenté suicidarme dos o más veces

Si intentó suicidarse, por favor continúe con el próximo grupo de afirmaciones.

21. **0** Durante mi último intento de suicidio mi deseo de morir era débil
1 Durante mi último intento de suicidio mi deseo de morir era moderado
2 Durante mi último intento de suicidio mi deseo de morir era fuerte

Anexo 4

Consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Descripción de la conducta suicida en usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo 2019.

Estimada usuaria del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, la invitamos a participar de la investigación que estamos realizando un grupo de estudiantes de sexto año de la carrera Doctor en Medicina. La misma busca describir la conducta suicida de las mujeres usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Se pretende conocer características de la conducta suicida con el fin de poder mejorar la detección y la atención clínica. Para ello se recolectarán diversos datos a través de una entrevista personal con los investigadores, en la cual se le solicitará que realice un conjunto de cuestionarios de respuesta rápida. El tiempo estimado de duración es de 20 a 40 minutos aproximadamente.

La participación en este estudio es voluntaria y en caso de no querer participar no afectará, en ninguna manera, a su atención en el centro de salud. Asimismo, y en caso de aceptar participar, podrá retirarse en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención en el centro de salud.

Por participar en este estudio usted no perderá su hora en el servicio. Los datos obtenidos de esta investigación serán totalmente confidenciales, su nombre no estará relacionado en ningún momento con sus respuestas. Asimismo en ningún momento de la investigación y/o publicación de esta investigación se dará a conocer su identidad.

Por su participación en este estudio no obtendrá beneficios concretos inmediatos, pero los datos que se pueden adquirir con la participación de pacientes como usted puede generar nuevos conocimientos y posibles mejoras en los tratamientos a futuro. Esta investigación no tiene riesgos manifiestos a los que pueda estar expuesta al participar, pero algunas de las preguntas pueden hacer que usted se angustie. Si este fuere el caso, los investigadores le facilitarán el acceso inmediato al apoyo psicológico que necesite y/o al personal de Salud necesario. No se ofrecerá ninguna compensación económica por participar en el estudio, pero su participación tampoco le supondrá a usted ningún coste añadido. Al tratarse de un estudio observacional y no de intervención no se precisa ningún tipo de póliza de seguros para cubrir daños y perjuicios.

Este estudio se llevará a cabo conforme a las normativas locales y tomando todos los recaudos éticos. El mismo ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, y se realiza con la autorización de la Dirección del Centro.

En caso de que tenga más preguntas sobre el estudio, puede contactar con su médico en los siguientes números de teléfono:

Nombre: Sebastián Llosa

Teléfono: 25143686

Muchas gracias por molestarse en leer esta hoja de información. Si está de acuerdo en participar en este estudio, se le entregará una copia de esta hoja y del formulario de consentimiento informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción de la conducta suicida en usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo 2019.

Mediante el siguiente dejé constancia que he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico o asistencia social.

No recibiré remuneración económica y en ningún momento se revelará mi identidad.

_____	_____	_____
Nombre de la Paciente	Firma de la paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha