



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela



SEGUIMIENTO DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES INTERNADOS DURANTE 2015-2018 EN TRES HOSPITALES DE URUGUAY

CICLO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA II – 2022 MONOGRAFÍA GRUPO 3
REGISTRO MSP N°7185387

Linck, S¹. Martínez, R¹. Pagliaro, V¹. Peri, J¹. Varela, F¹. Vera, H¹. López-Regav, G²

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022-Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

² Cátedra de Psiquiatría-Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
Suicidio y Riesgo Suicida: Definiciones.....	5
Suicidio en el Mundo y América.....	6
Salud Mental y suicidio en Uruguay.....	8
Riesgo suicida: Investigación realizada en el periodo 2015-2018 en tres centros hospitalarios de Montevideo- Uruguay.	11
Relación entre el suicidio y depresión	12
Ley de Salud Mental.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	16
METODOLOGÍA:.....	17
RESULTADOS:	19
DISCUSIÓN:.....	23
CONCLUSIONES	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
PRESUPUESTO:	28
AGRADECIMIENTOS:.....	28
BIBLIOGRAFIA:	29
ANEXOS:	31

INDICE DE FIGURAS

Figura N°1: tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes.	8
Figura N°2: Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad por suicidio. Uruguay 1997-2020.....	9
Figura N°3: Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad según sexo. Uruguay 1997-2020.....	9
Figura N°4: Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad según grupo etario. Uruguay 1997-2020. 10	
Figura N°5: Estadísticas Vitales. Mortalidad por suicidio por departamento. Uruguay 2020	10
Figura N°6: Distribución por sexo. Fuente: elaboración propia.....	19
Figura N°7: Intentos de autoeliminación. Fuente: Elaboración propia.....	20
Figura N°8: Ideas de autoeliminación. Fuente: Elaboración propia.....	20
Figura N°9: Tratados vs no tratados. Fuente: Elaboración propia.	20
Figura N° 10: Distribución según tratamiento. Fuente: Elaboración propia.....	21
Figura N° 11: Escala de Plutchik actual vs anterior. Fuente: elaboración propia.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Riesgo suicida anterior y actual.....	21
--	----

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo tiene como objetivo el seguimiento de 68 pacientes con riesgo suicida internados en sala general, mayores de 18 años; a partir de una investigación realizada en el período de 2015-2018 en Hospital Maciel, Hospital Pasteur y Hospital de Clínicas. (10)

Método: Es un estudio observacional analítico, longitudinal y de cohortes que pretende evaluar el riesgo suicida actual por medio de la escala de Plutchik y la aplicación de un cuestionario auto confeccionado con el objetivo de conocer y analizar las variables que se consideran de gran relevancia en el presente estudio.

Se incluirán los pacientes que participaron en el estudio realizado en el periodo 2015-2018 que presentan riesgo suicida y que brinden su consentimiento informado para participar del seguimiento.

Resultados: Se pudo ver que en general el riesgo suicida actual con el anterior no cambió, dado que la muestra utilizada es pequeña y no es representativa de la población objetivo, por lo que los datos obtenidos no son estadísticamente significativos.

Conclusión: Se concluye que el uso de teléfonos celulares es considerado un buen método de seguimiento, pero hay factores que dificultan que se realice de forma efectiva. Algunas causas pueden ser el cambio frecuente de líneas telefónicas, adultos mayores que no pueden acceder a estos medios, población de bajos recursos, así como también, la falta de actualización de los datos de los usuarios participantes en el sistema informático utilizado en primer estudio.

Palabras claves: Riesgo Suicida, Suicidio, Adultos, Plutchik, Resultados negativos.

SUMMARY

Objectives: The objective of this work is the follow-up of patients with suicidal risk hospitalized in a general ward over 18 years of age, based on an investigation carried out in the period of 2015- 2018 at Hospital Maciel, Hospital Pasteur and Hospital de Clínicas. (10)

Method: It is an observational analytical, longitudinal and cohort study that aims to assess the current suicidal risk through the Plutchik scale and the application of a self-made questionnaire with the aim of knowing and analyzing the variables that are considered highly relevant in the present. study.

Patients who participated in the study carried out in the 2015-2018 period who are at risk of suicide and who provide their informed consent to participate in the follow-up will be included.

Results: It was possible to see that in general the current suicide risk did not change with the previous one, since the sample used is small (n=11) and is not representative of the target population, so the data obtained are not statistically significant.

Conclusion: It is concluded that the use of cell phones is considered a good monitoring method, but there are factors that make it difficult to perform it effectively. Some causes may be the frequent change of telephone lines, older adults who cannot access these media, low-income population as well as poor management of the administrative sector of the health center.

Keywords: *Suicide Risk, Suicide, Adults, Plutchik, Negative results.*

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una problemática de salud pública a nivel mundial ya que cada año se quitan la vida aproximadamente 700.000 personas según la Organización Mundial de la Salud (OMS). (1)

En Uruguay la tasa de suicidio ha crecido de forma considerable a lo largo de los últimos años, por este motivo resulta importante ampliar el conocimiento sobre dicho problema para poder crear políticas y estrategias que tengan como objetivo disminuir la tasa de suicidio de la población uruguaya.

Considerando lo anteriormente mencionado el trabajo pretende analizar el porcentaje de pacientes que presentaron riesgo suicida, así como también cuantos presentaron intento de autoeliminación (IAE) posteriores al estudio, obtuvieron atención psiquiátrica por parte del equipo de salud mental y recibieron tratamiento y seguimiento de este.

Suicidio y Riesgo Suicida: Definiciones

Es de gran importancia definir algunos conceptos que resultan relevantes para la investigación, es por ello por lo que debemos definir las conductas suicidas y en qué consisten cada una de ellas. (1)

- Riesgo Suicida: es la probabilidad que tiene una persona de autoeliminarse
- Ideación Suicida: es el pensamiento de quitarse la vida sin intentarlo.
- Intento de autoeliminación: es el suicidio frustrado, ya sea con un plan previo para realizarlo o movido por una conducta impulsiva.
- Conductas Parasuicida: son las conductas de riesgo que pueden llevar a la muerte sin un deseo consciente.
- Suicidio: es el resultado fatal de la conducta suicida. La OMS la define como el acto deliberado de quitarse la vida.

Existen cuatro grados para clasificar el riesgo suicida (1):

- Leve cuando hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente, aunque sin ideación suicida. Rectifica su conducta, presencia de autocrítica.

- Moderado cuando existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
- Grave cuando hay una preparación concreta de hacerse daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.
- Extremo cuando hay varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la auto agresión.

El riesgo suicida es multifactorial. Factores sociales, familiares, psicológicos y biológicos influyen en el riesgo que tiene una persona de cometer el suicidio. Por esa razón, es importante hacer visible y tener conocimiento de dichos factores de riesgo, para poder prevenir su influencia sobre la salud mental.

Para evaluar el riesgo suicida se cuenta con la escala de Plutchik (3), que es un cuestionario de 15 preguntas que evalúa los intentos suicidas previos, intensidad de la ideación suicida actual y sentimientos de depresión. Es una herramienta útil de aplicación rápida recomendada para utilizar por los profesionales de la salud y validada al español.

Suicidio en el Mundo y América

Según los datos publicados por la OMS en 2019 (4), cada año se suicidan cerca de 800.000 personas. La tasa de suicidio de los hombres es de 12.6 por cada 100 000 personas, mientras que en las mujeres la tasa es de 5.4 por cada 100 000 personas. De acuerdo con datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las tasas de suicidio han aumentado a nivel mundial en un 60% en los últimos 45 años. (5)

La mayoría de las muertes se dieron en personas menores de 50 años con un porcentaje de 58%. Según el nivel de situación socioeconómica, la tasa de suicidio mayor se dio en países de ingresos bajos y medianos con un 77 %. (4)

A nivel mundial el suicidio ocupa la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años para ambos sexos. Si evaluamos cada sexo por separado en este rango de edad podemos ver que para mujeres el suicidio ocupa la tercera causa de muerte, mientras que para los hombres ocupa la cuarta. (4)

A nivel de las Américas, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la región, seguidas por las de 70 años o más. (5)

Los países que presentan mayor tasa de suicidio son África, Europa y América. (4)

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), revela que en la Región de las Américas se notificó un promedio de 98.000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, siendo la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional. (5)

Alrededor del 79% de los suicidios en la región ocurren en hombres. La tasa de suicidio ajustada por edad entre los varones es más de tres veces superior a la de las mujeres (5). Esto condice con los datos aportados por la OMS en cuanto al suicidio a nivel mundial. (4)

Según la OPS la asfixia, las armas de fuego, la intoxicación con drogas y alcohol y el envenenamiento con plaguicidas y productos químicos son los cuatro métodos más utilizados para el suicidio, que representan el 91% de todos los suicidios en la región. (5)

La población joven que sufre abuso, violencia (intrafamiliar, sexual, etc.), discriminación, pobreza y la presencia de patologías psiquiátricas, transforma a los adultos jóvenes en la población más vulnerable. Esto conlleva a la exclusión social, problemas de estigmatización, lo que dificulta el pedido de ayuda, dificultad de aprendizaje, conductas de riesgo, deterioro de salud y violaciones a sus derechos. Esto se suma a otros factores de riesgo como la presión social, la influencia de los medios que imponen normas de género que pueden generar controversias entre la realidad que viven los jóvenes y sus percepción o aspiración sobre el futuro.

Encontramos dentro de la población joven con mayor vulnerabilidad, aquellos que ya presentan trastornos de salud mental, que padecen enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas, el embarazo adolescente, huérfanos, formar parte de minorías étnicas o sexuales, o que sufran discriminación de algún tipo. (6)

El siguiente mapa (Figura N°1) obtenido del Banco Mundial de Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra la tasa de mortalidad en el año 2019 por suicidio por cada 100.000 habitantes. Se observa que Uruguay presenta una de las tasas más elevadas de suicidio en

comparación con otros países de la región. Es por ello por lo que resulta relevante profundizar en cuanto a conductas suicidas a nivel nacional. (7)

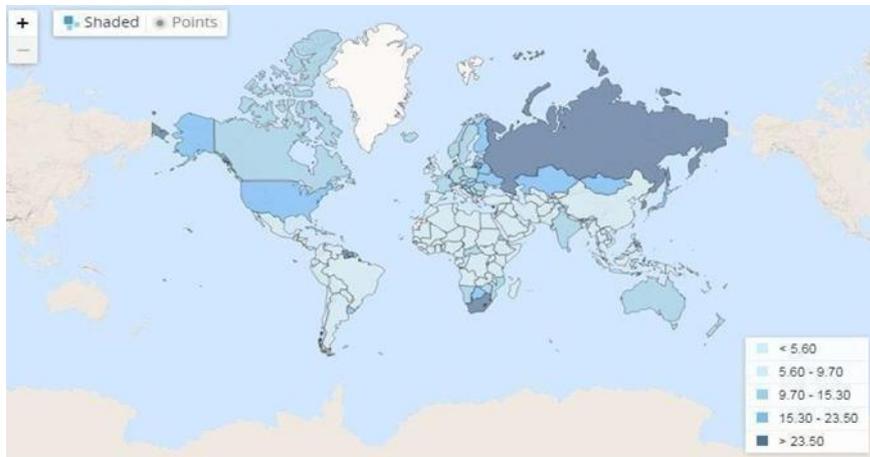


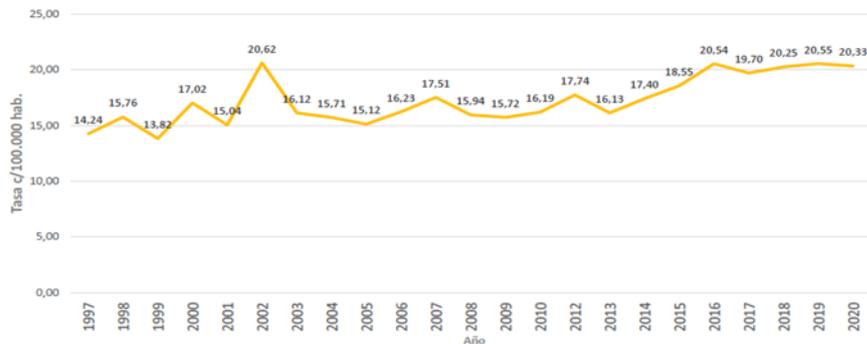
Figura N°1: tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes. Fuente: World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository. 2019

Salud Mental y suicidio en Uruguay

Según los datos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) que asiste al 39% de la población del país (1.350.976 usuarios), en el año 2018 (enero-octubre) tuvo 39.727 consultas por salud mental en todo el país, lo que involucró a 8.273 usuarios. Las cinco primeras causas de consulta fueron trastornos del humor (32%), trastornos de ansiedad y otros (14%), esquizofrenia (12%), discapacidad intelectual (10%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (5%). El mayor porcentaje de consultas se observó en el sexo femenino (60%) y por grupo etario se observa en primer lugar el grupo de 26 a 50 años (30,3%), seguido de los adolescentes de 12 a 18 años (17%), en tercer lugar, los niños de 1 a 11 años (16.4%) y en cuarto lugar las personas de 60 años y más (14%). (8)

En Uruguay, según las estadísticas presentadas por el Ministerio de Salud Pública en el año 2021 en cuanto al suicidio (Figura N°2), se observa que la tasa de suicidio en los últimos diez años ha crecido de forma significativa llegando a una tasa de mortalidad de 20.30 cada 100.000 habitantes. (9)

Tasa de mortalidad por suicidio Uruguay, 1997-2020

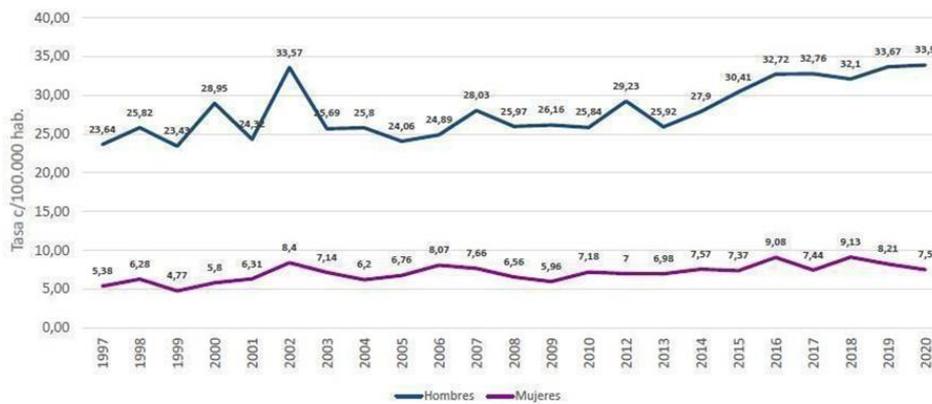


Fuente: Estadísticas vitales Ministerio de Salud Pública.

Figura N°2: Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad por suicidio. Uruguay 1997-2020.

En cuanto al sexo (Figura N°3), se puede ver que se suicidan más hombres con un 80,92 % en contraste con el 19,08 % correspondiente a mujeres. (9)

Tasa de mortalidad por suicidio según sexo Uruguay, 1997-2020

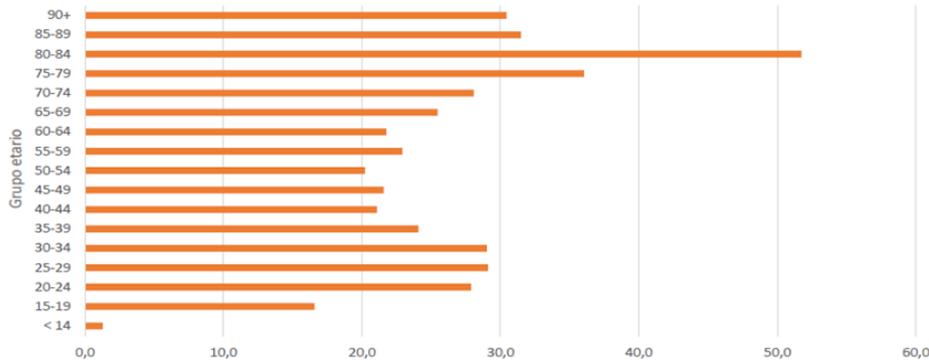


Fuente: Estadísticas vitales Ministerio de Salud Pública.

Figura N°3: Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad según sexo. Uruguay 1997-2020. Fuente:

Si analizamos el grupo etario (Figura N°4), se observa que en los grupos mayores de 75 años y en el grupo entre 25-34 años se encuentran las mayores tasas de suicidio. (9)

Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2020.



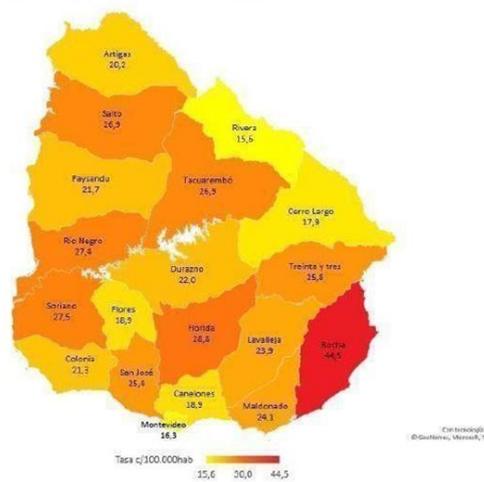
Fuente: Estadísticas vitales Ministerio de Salud Pública.

Figura N°4: Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad según grupo etario. Uruguay 1997-2020

Por otro lado, en cuanto a los departamentos que presentan mayor tasa de suicidio (Figura N°5), es Rocha el más elevado con una tasa de suicidio con 44,5 cada 100.000 habitantes, seguido por Florida con un 28.8 cada 100.00 habitantes. (9)

Mortalidad por suicidio por departamento. Uruguay, 2020.

Departamento	Número	Tasa c/100.000 habitantes
Artigas	15	20,2
Canelones	114	18,9
Cerro Largo	16	17,9
Colonia	28	21,3
Durazno	13	22,0
Flores	5	18,9
Florida	20	28,8
Lavalleja	14	23,9
Maldonado	47	24,1
Montevideo	226	16,3
Paysandú	26	21,7
Río Negro	16	27,4
Rivera	17	15,6
Rocha	33	44,5
Salto	36	26,9
San José	30	25,4
Soriano	23	27,5
Tacuarembó	25	26,9
Treinta y Tres	13	25,8
Extranjero	1	NC
Total	718	20,3



Fuente: Estadísticas vitales. Ministerio de Salud Pública.

Figura N°5: Estadísticas Vitales. Mortalidad por suicidio por departamento. Uruguay 2020

Los métodos de suicidio más usados en el territorio uruguayo son el ahorcamiento o sofocación con un 70.47 % y el disparo de armas de fuego con 17,55 %. Seguida en menor frecuencia de envenenamiento, ahogamiento y sumersión, objetos cortantes, saltar desde un lugar elevado, entre otros. (9)

Analizando los datos anteriores podemos ver la importancia de esta problemática y la necesidad de ampliar el conocimiento del suicidio a nivel mundial y nacional. Son necesarias estrategias que permitan generar redes de apoyo, así como también realizar promoción y prevención del suicidio de manera que la población cuente con herramientas que fortalezcan la salud mental.

Riesgo suicida: Investigación realizada en el periodo 2015-2018 en tres centros hospitalarios de Montevideo- Uruguay.

Este trabajo se desarrolla a partir de la investigación realizada en el periodo 2015-2018 en pacientes internados en tres hospitales de Montevideo-Uruguay que atienden a gran parte de la población, más específicamente el Hospital Maciel, Hospital Pasteur y Hospital de Clínicas. Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal el cual fue desarrollado bajo la hipótesis de que aquellos pacientes que se encontraban cursando una situación vital estresante o de vulnerabilidad como lo es el reciente diagnóstico de una enfermedad, sumándole la incertidumbre en cuanto a su futuro, tienen mayor probabilidad de presentar riesgo suicida. (10)

En la investigación mencionada anteriormente, se utilizó la escala de Plutchik para evaluar el riesgo suicida, la escala de Beck que evalúa los síntomas depresivos, así como también el registro de datos patronímicos de las personas que participaron en ella. (10)

Se interrogaron en el hospital de Clínicas a 120 pacientes de los cuales el 6.25 % presentaron riesgo suicida, 103 pacientes en el hospital Pasteur donde el 17,5 % presentaron riesgo suicida y en el hospital Maciel se interrogaron a 60 pacientes donde el 18.8 % presentaron riesgo suicida. (10)

De los resultados obtenidos en dicho estudio, se encontró que no hay asociación entre la edad o el sexo y el riesgo suicida. Lo que indica que tanto hombres como mujeres presentan la misma probabilidad de que el riesgo suicida aumente ante situaciones estresantes. (10)

Por otro lado, se pudo ver que existe asociación entre el riesgo suicida (según escala de Plutchik) y los síntomas depresivos (según la escala de Beck) en los pacientes indagados. (10)

El 93 % de los de los encuestados no presentaron IAE, mientras que el 7% sí. De este último grupo, el 6% presentaba riesgo suicida y el 1% no lo presentaba. Esto concluye que hay asociación significativa entre IAE previos y riesgo suicida ($p < 0,0001$).

Se vio que aquellos que recibieron tratamiento psiquiátrico previo tenían menor riesgo suicida que en aquellos pacientes que no lo recibieron. (10)

Se analizó la asociación entre riesgo suicida y antecedentes familiares previos de intentos de autoeliminación y suicidio, donde se comprobó que no hay asociación estadísticamente significativa. (10)

Tampoco se obtuvo asociación entre el riesgo suicida y el motivo de ingreso a los diferentes centros hospitalarios. (10)

Relación entre el suicidio y depresión

Aproximadamente el 90% de las personas que cometen suicidio presentan problemas de salud mental, la principal causa es la depresión.

Según datos de la OMS se estima que la depresión afecta a un 3,8% de la población, de los cuales un 5% corresponde a los adultos y un 5,7% a los adultos de más de 60 años. (16)

La OPS define depresión (13) como “una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas”.

En el estudio llamado “A Neural Basis for the Acquired Capability for Suicide” (10) sus autores plantean que “poseer un deseo suicida (debido a condiciones como la depresión) por sí solo no es suficiente para un intento de suicidio letal. Es imperativo que un individuo tenga la capacidad adquirida para el suicidio (ACS) junto con el deseo suicida para poder morir por suicidio “. (10)

Por otro lado, los autores plantean que el suicidio y la depresión funcionan diferente a nivel cerebral en hombre y mujeres, activando centros diferentes para cada caso, y que probablemente este hecho establezca diferencias a la hora de cometer el acto suicida llevando a los hombres al desenlace fatal en mayor medida que las mujeres. A si mismo hay redes neuronales que se encuentran relacionadas con la depresión y el suicidio, más específicamente estas redes se activan de manera conjunta actuando de manera simbiótica. (11)

En esta investigación se observó que las redes cerebrales específicas que se activaban en los hombres con ideación suicida y depresión estaban más extendidas y diversas que las redes específicas de mujeres. En los hombres la activación de redes neuronales “involucraba regiones motoras, como la corteza premotora y el cerebelo”, mientras que en las mujeres “estaba dominado por regiones límbicas”. Como hipótesis plantean que “esto puede respaldar el hecho

de que el deseo suicida generalmente conduce a una acción fatal/decisiva en los hombres, mientras que en las mujeres se manifiesta como depresión, ideación y, en general, acciones no fatales". (11)

La depresión tiene un alto impacto a nivel socioeconómico dado que genera aumento de los ausentismos laborales, de accidentes laborales, pérdida de productividad y jubilaciones antes de tiempo. También implica altos costos en el sistema de salud ya que a nivel hospitalario hay más ingresos y consultas médicas por esta causa, así como una mayor necesidad de medicamentos.

El primer nivel de atención juega un papel de gran importancia en la captación temprana de los pacientes con depresión, ya que generalmente estos acuden aquí en busca de ayuda profesional y muchas veces es el único contacto con el sistema de salud. Por lo tanto, es importante que el profesional esté capacitado para detectar indicios de depresión y pueda tratarlo de forma precoz. De esta manera se reducirá el impacto a nivel socioeconómico, así como en el sistema sanitario.

También es imprescindible generar estrategias que promuevan la salud mental y la prevención de conductas suicidas, que permitan fortalecer factores protectores, así como disminuir factores de riesgo que desencadenen el suicidio como consecuencia final.

Es necesario comprender que no solo se debe trabajar con el paciente cuando se sienta desesperanzado y con desgano sino también con la familia, con la comunidad y con el propio sistema de salud.

En la actualidad existen escalas que pueden ayudar al profesional de salud a detectar tanto depresión como riesgo suicida.

La Escala de Riesgo Suicida fue creada por Plutchik en 1989 (3), con el objetivo de diferenciar pacientes que presentan riesgo suicida de aquellos que no. Está compuesta por 15 preguntas que se responden con SÍ o NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El punto de corte es 6 puntos. Cuando el puntaje es mayor o igual a 6 indica la presencia de riesgo suicida.

Las preguntas están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. (14)

Para evaluar la depresión existe la escala de Beck (15) consta de 20 ítems que se responden con VERDADERO o FALSO. Las respuestas afirmativas o verdaderas se puntúan con 1 y las que no con 0. El máximo es de 20 puntos. Para su interpretación se considera que si el resultado es de 0-3: rango normal o asintomático, 4-8: Leve, 9-14: Moderado y 15-20: Severo. Un resultado mayor a 9 es un marcador de conducta suicida.

Ley de Salud Mental

En el año 2017 se crea la Ley de Salud Mental N° 19529 considerando el gran impacto que tiene esta problemática en Uruguay y por presentar una de las tasas más altas de suicidio de la región.

La presente ley tiene como fin garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los residentes de Uruguay, respetando los derechos humanos de cada uno de los ciudadanos (10). Dicha ley define la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. (12)

Con esta definición entendemos que todas aquellas personas en las cuales algunos de los factores mencionados anteriormente se encuentren afectados, podrían presentar factores de riesgo que atenten directamente en su salud mental.

La ley n°19529 aclara que *“La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.”* (12)

Es por ello por lo que el Ministerio de Salud Pública junto con otros organismos gubernamentales controlan la aplicación de la ley en prestadores de servicios de salud públicos y privados del Uruguay. Promoverá la formación, instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental, de esta manera se crea el Plan Nacional de Salud Mental (art.8). (12)

El plan Nacional de Salud Mental *“surge como una necesidad, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 19.529 Ley de Salud Mental (2017)”*. (12)

Este fue diseñado con el objetivo de servir de guía o instrumento para poner en práctica y garantizar el abordaje de la salud mental en todos los servicios de salud del territorio nacional.

Establece que “Tanto en su concepción como en los objetivos y acciones que propone, parte de considerar que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general y que ésta, es un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma”. (12)

El Plan Nacional de Salud Mental actual se extiende por un periodo de 8 años desde el 2020 hasta el 2027, y requiere la monitorización continua con evaluaciones de este durante su ejecución, así como su evaluación final para analizar los resultados alcanzados. (12)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental crea el Plan Nacional de Suicidio para Uruguay, que propone entre otras medidas, priorizar la Salud Mental con la aplicación de este y disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya. Actualmente existe el Plan Nacional de Suicidio que rige para el periodo comprendido entre 2021-2025. (2)

OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento de los pacientes internados en sala general que presentaron riesgo suicida según la investigación llevada a cabo en el periodo 2015-2018 en Hospital Pasteur, Hospital Maciel y Hospital de Clínicas. (10)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el riesgo suicida actual por medio de la aplicación del cuestionario de Plutchnik por vía telefónica o de forma presencial.
- Analizar y cuantificar que cantidad de pacientes incluidos en el estudio con riesgo suicida tuvieron intento de autoeliminación luego de dicho periodo.
- Analizar cuántos pacientes con riesgo suicida ingresaron posteriormente por causas psiquiátricas al hospital.
- Evaluar cuántos pacientes con riesgo suicida obtuvieron atención psiquiátrica y por parte del equipo de salud mental.
- Evaluar si recibieron tratamiento y si hubo cumplimiento de este por parte de los pacientes.

METODOLOGÍA:

Es un estudio observacional Analítico, longitudinal y de cohortes.

Se incluyeron pacientes que presentaron riesgo suicida y que brindaron su consentimiento para participar en el estudio de seguimiento.

Se excluyeron a pacientes que no presentaron riesgo suicida en dicho estudio, aquellos que mediante Historia Clínica se constató su fallecimiento, así como a los que expresaron su voluntad de no participar en el seguimiento.

Por otro lado, los pacientes a los que no se pudo contactar fueron considerados como censuras a derecha.

Se realizó una revisión de la base de datos obtenida a partir del estudio “riesgo suicida de pacientes internados en el Hospital de Clínicas, Hospital Pasteur y Hospital Maciel” (9). Dicho estudio se realizó en pacientes internados en sala general por diversas patologías a los cuales se les aplicó el cuestionario Plutchik que evalúa el riesgo suicida. Se considero riesgo suicida aquellos pacientes que contaron con un puntaje mayor o igual a 6.

El objetivo del estudio consistió en realizar el seguimiento de los pacientes que presentaron riesgo suicida aplicando la misma escala (escala Plutchik) para evaluar el riesgo suicida actual. La base de datos del estudio realizado en 2015-2018 se encontraba en formato Social Package for the Social Sciences (SPSS) que es una herramienta que permite el análisis de datos, este software estadístico cuenta con todas las variables consideradas en el estudio anterior y datos patronímicos de los pacientes.

Dicha base de datos se procesó y depuró con el objetivo de seleccionar solamente a los pacientes que presentaron riesgo suicida (puntaje mayor a 6 en la escala de Plutchik). Una vez obtenida la información se exportó a una planilla en formato Excel, unificando los datos de los tres hospitales que participaron en el estudio anterior.

Por otro lado, se recurrió a la información en las historias clínicas electrónicas de los pacientes que aportaron datos relevantes para este estudio, como ingresos previos por IAE, consultas con el departamento de psiquiatría, tratamientos recibidos, entre otros.

Se contacto a los pacientes por vía telefónica y se les brindo la opción de seguir la comunicación por dicho medio o de forma presencial. Para llevar a cabo la recolección de los datos necesarios

se aplicaron dos cuestionarios, el primero consistió en un cuestionario auto confeccionado donde se evaluaron las variables pertinentes al estudio (anexo N°1), el segundo cuestionario evaluó el riesgo suicida mediante la escala de Plutchik. Al inicio del contacto se solicitó el consentimiento informado correspondiente a cada paciente.

Aquellos pacientes que presentaron riesgo suicida se les ofreció contacto con el servicio de psiquiatría de ASSE o de la Clínica Psiquiátrica.

En primer lugar, se comparó el riesgo suicida presentado en el estudio anterior con el actual, con el objetivo de evaluar si aumentó o disminuyó. Luego se analizó si influyó de manera positiva o negativa el diagnóstico, el tratamiento, el cumplimiento de este y el seguimiento en el riesgo suicida. Se evaluó si las variables mencionadas anteriormente estuvieron relacionadas con los intentos de autoeliminación.

Los datos obtenidos sobre el riesgo suicida actual vs anterior se representaron en una tabla y se procedió a reflejar en un gráfico de líneas dichos valores.

Por último, se incorporaron gráficos donde se reflejan cuántos pacientes presentan riesgo suicida actualmente, cuántos cometieron IAE, si recibieron tratamiento y que tratamientos recibieron, todas las anteriores mencionadas con sus respectivos porcentajes.

Con respecto a las limitaciones en nuestro estudio, consideramos como tal la imposibilidad de contactar a los pacientes por falta de datos ya sea por desactualización de la base de datos, errores en los números telefónicos y cambios en las líneas telefónicas. También consideramos como dificultad la no voluntad de la persona de seguir en el estudio.

RESULTADOS:

Se realizó el seguimiento de 68 pacientes que participaron en el inicio del presente estudio y presentaron riesgo suicida según la escala de Plutchik (mayor a 6 puntos), a los cuales se los contactó de forma telefónica tanto a su número de línea como al celular.

Del total de pacientes solo se logró contactar con 11 de ellos, a los cuales se le pudo realizar el cuestionario establecido y la escala de Plutchik. Como muestra en la figura N°6, de estas personas 7 (63,6 %) fueron mujeres y 4 hombres (36,3 %).

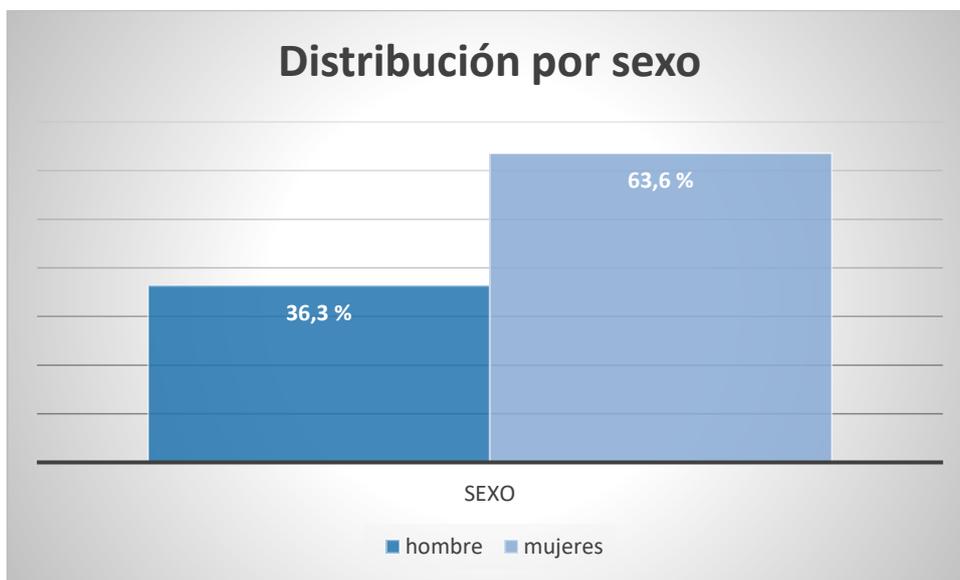


Figura N°6: Distribución por sexo. Fuente: elaboración propia.

Los 57 pacientes restantes resultaron imposibles de contactar de manera telefónica no pudiendo realizar el seguimiento pertinente. De estos mismos pacientes no se pudo comprobar si alguno de ellos falleció.

De los 11 pacientes a los cuales pudimos aplicarles ambos cuestionarios se constató que solamente cuatro de ellos fueron diagnosticados con enfermedades psiquiátricas dentro de las cuales predominaban tanto depresión como ansiedad, los demás no presentaban un diagnóstico concreto.

Se encontró que 6 (55 %) de ellos tuvieron ideas de autoeliminación desde la entrevista realizada en la primera investigación (Figura N° 7). De estos, 5 pacientes (45 %) concretaron estas ideas consumando el intento de autoeliminación (IAE) mediante diferentes métodos (Figura N°8).

Analizando los datos obtenidos podemos concluir que el 83% de los pacientes que tuvieron ideas de autoeliminación llevaron a cabo este acto.



Figura N°7: Intentos de autoeliminación. Fuente: Elaboración propia.



Figura N°8: Ideas de autoeliminación. Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se indagó sobre los ingresos hospitalarios por causas psiquiátricas o por IAE, donde se constató que solamente una persona ingresó al nosocomio por dichos motivos.

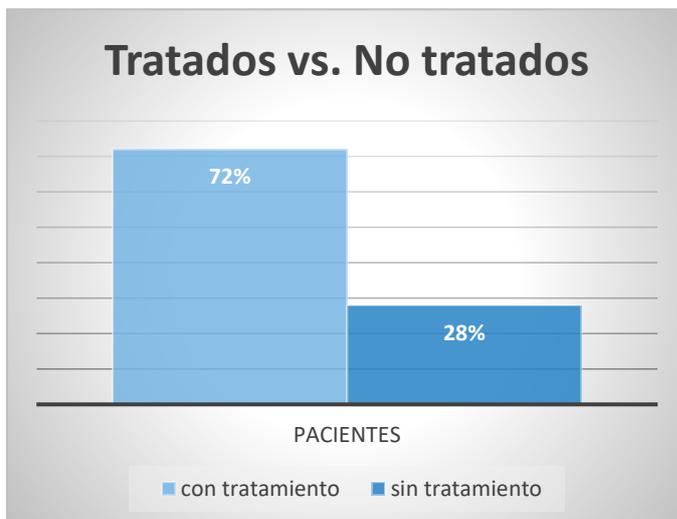


Figura N°9: Tratados vs no tratados. Fuente: Elaboración propia.

Se pudo observar que 8 pacientes (72 %) de los 11 encuestados, reciben tratamiento en la actualidad, y 3 (28 %) no recibieron ningún tratamiento (Figura N°9).

En lo que respecta al tratamiento que reciben actualmente, 5 (63%) cuentan tanto con atención médica, psicológica y psiquiátrica, 1 (12 %) recibe atención tanto médica como psiquiátrica y por último solamente 2 (25%) de ellos reciben tratamiento médico (Figura N° 10). De los pacientes mencionados anteriormente todos cumplen con el tratamiento indicado.

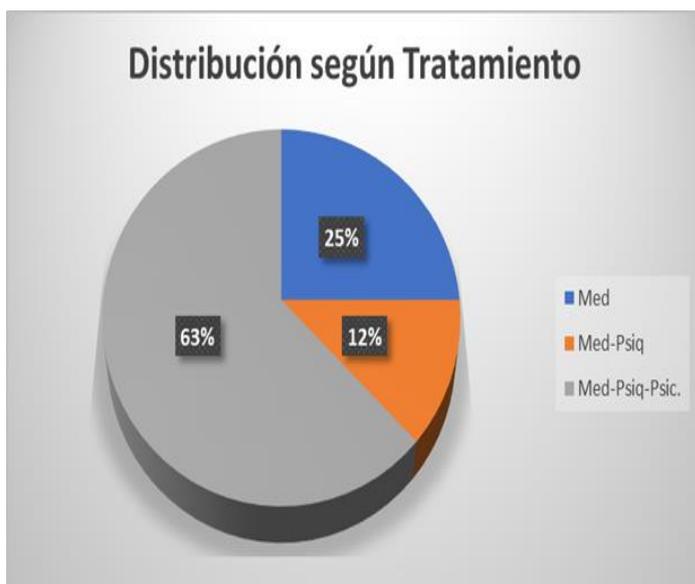


Figura N° 10: Distribución según tratamiento. Fuente: Elaboración propia.

De los cuestionarios realizados 3 (27 %) pacientes consideran que tuvieron seguimiento por el sistema de salud. Por lo contrario, 8 (72,7 %) pacientes no creen que hayan tenido un adecuado seguimiento.

De los pacientes interrogados, diez (91 %) consideraron que la respuesta por el sistema de salud fue rápida cuando se estableció la presencia de riesgo suicida en la primera investigación.

En cuanto a la contención por el sistema de salud 9 (81,8 %) de ellos expresaron sentirse conformes con el apoyo recibido.

Por otra parte, 8 (72,7 %) de ellos presentaron contención por el entorno familiar en cuanto a su problema de salud mental y 9 (81,8 %) de ellos tienen a quien acudir en caso de necesitar contención o algún tipo de ayuda.

De los 11 pacientes indagados a los cuales se les aplicó la escala de Plutchik se pudo ver que 5 (45,4 %) de ellos presentan actualmente riesgo suicida, entendiéndose este como un puntaje mayor a 6.

PACIENTES	Escala P. Anterior (periodo 2015-2018)	Escala P. Actual (año 2022)
1	8	8
2	7	4
3	6	3
4	12	5
5	8	3
6	7	10
7	6	0
8	8	11
9	13	13
10	6	10
11	7	5

En la tabla de riesgo suicida anterior y actual (Tabla N°1) se muestra el riesgo suicida de estos pacientes en el periodo 2015-2018 y el riesgo suicida actual. De estos valores se obtiene la siguiente gráfica (Imagen N°12) donde se representa la variabilidad de riesgo suicida en cada uno de los pacientes en ambos periodos.

Tabla N°1: Riesgo suicida anterior y actual.

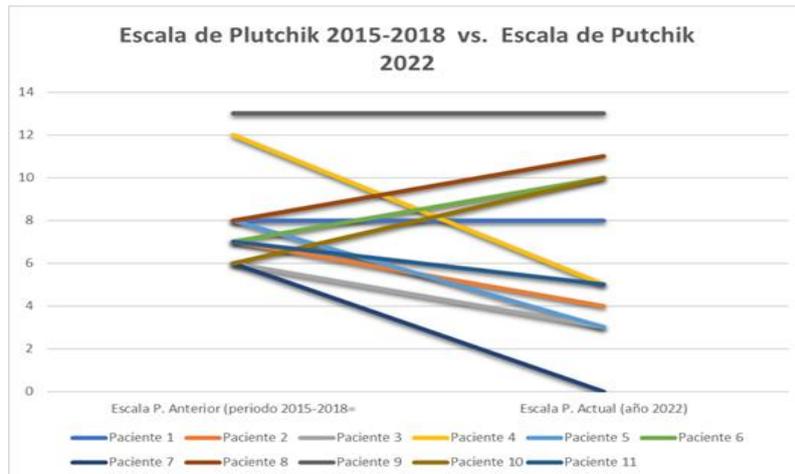


Figura N° 11: Escala de Plutchik actual vs anterior. Fuente: elaboración propia.

Al aplicar la prueba de T Student para los datos obtenidos con un nivel de significancia de 0,5, concluimos que los resultados no son estadísticamente significativos. Con lo dicho anteriormente, concluimos que no hubo cambios entre el riesgo suicida en el periodo 2015-2018 y el actual.

Si se observa la gráfica donde se ve la relación entre el riesgo suicida previo y el actual se puede apreciar que a nivel individual hay una variación en ellos, algunos aumentan, otros disminuyen y otros se mantienen constantes. Por esta razón no se pueden generar inferencias ya que los resultados no son estadísticamente significativos.

Al tener una muestra demasiado pequeña (n=11), resulta evidente que nuestros resultados sean tan limitados y poco representativos de la población general de estudio (n=68).

Como conclusión los resultados no se ajustan a nuestros objetivos planteados tanto generales como específicos, de esta manera nos encontramos frente a lo que llamamos Investigaciones con resultados nulos, negativos o inesperados.

DISCUSIÓN:

Según el artículo Resultados negativos en la investigación científica: aspectos éticos, indica que *“Los resultados nulos, negativos o inesperados son acontecimientos posibles para los investigadores en todo el mundo. No publicar tales resultados representa un desperdicio de recursos (de tiempo, dinero y esfuerzos).”* (17)

Es importante tener en cuenta que cuando uno realiza una investigación muchas veces los resultados que se obtienen no son los que se esperan y no acompañan los objetivos planteados. Que esto suceda no indica que la investigación haya fallado o no aporten nada a la literatura, por el contrario, abren caminos de cuestionamientos en cuanto a la investigación. Si bien su publicación es discutida, es importante que sean publicados dado que aportan al conocimiento científico.

La Revista Bioética en su artículo *“Resultados negativos en la investigación científica: aspectos éticos”* plantea que *“publicar estos resultados es importante, pues observar los errores ya cometidos trae siempre algún aprendizaje y economiza tiempo y recursos, además de que evaluar solo resultados seleccionados nos puede conducir a conclusiones erradas.”* (17)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) crearon, en 2004, la *“Plataforma para el registro de ensayos clínicos donde se publican los ensayos clínicos con resultados tanto positivos como negativos, ya que consideran que aportan en el conocimiento científico”*. (17)

A pesar de esto como explica la Revista Bioética en su artículo son varios los obstáculos para la publicación de estos estudios: los propios autores no tienen suficiente estímulo para reportar los datos; si hay financiamiento, los financiadores no suelen tener interés en la publicación de los datos y las revistas científicas no suelen aceptar tales manuscritos. Publicar resultados de ensayos clínicos independientemente de su resultado es una forma de contribuir con el conocimiento médico científico, pero es también una obligación ética y legal del investigador y de los financiadores de la investigación. (17)

Los aspectos éticos son muy importantes: si los individuos dieron su consentimiento para participar de un estudio clínico u observacional, lo hicieron porque creen que los resultados esperados serían beneficiosos y útiles para la ciencia o para otras personas; se expusieron al

riesgo y a la inconveniencia de participar del estudio teniendo en cuenta buenas acciones y que los autores debían tornar públicos los datos obtenidos para beneficio de todos. (17)

La muestra total del presente trabajo fue de 68 personas que tuvieron riesgo suicida al inicio de la investigación, pero solamente se pudo contactar a 11 (16 %) de forma telefónica. El tamaño de esta muestra es muy pequeño por lo cual no es representativa de la población objetivo y por dicho motivo no aportan elementos significativos al seguimiento que intentamos realizar. Por lo mencionado anteriormente, los resultados obtenidos se consideran negativos dado que no se podrá cumplir con los objetivos planteados al inicio.

Como antecedente nacional de estudios donde el seguimiento telefónico no fue un buen método de seguimiento, se encontró un estudio realizado en 2014 “Efectos del consumo de pasta base de cocaína sobre el nivel intelectual” (18) donde se pretendió realizar el seguimiento de 101 pacientes dependiente de pasta base que comenzaban el tratamiento en un centro de rehabilitación a los cuales se les realizó varias entrevistas en diferentes momentos. Al momento de hacer el seguimiento solamente se pudo contactar a 14 personas por lo cual se obtuvieron datos que estadísticamente no fueron significativos.

Los resultados negativos permiten cuestionarnos diferentes aspectos de la investigación y aportan en el conocimiento científico para futuras investigaciones generando espacios para poder ampliar la mirada a lo que muchas veces se ve como positivo, obviando las dificultades que pueden acarrear. Este estudio no se aleja de esto, ya que nos permite pensar sobre la telemedicina con otra mirada, si está es realmente accesible para todos y si constituye un buen método de seguimiento en pacientes. Esto permite preguntarnos si es realmente eficiente utilizar tecnologías de información y comunicación (TIC) en el seguimiento de pacientes.

La telemedicina según la OMS, “*es una prestación de servicio a través de las TIC con el objetivo de cuidar la salud de la población y de la comunidad,*” (19). No reemplaza a la consulta presencial.

La telemedicina se considera una buena manera de seguimiento a pacientes en el transcurso de su enfermedad, incluso se considera que mejoran la adherencia a los tratamientos o permiten mantener y reforzar una buena relación médico paciente.

Si bien creemos que los nuevos enfoques pueden ser útiles en algunas situaciones, también hay varios factores que son limitantes y que se deberían tener en cuenta al implementar este tipo de metodología.

En primer lugar, se debería considerar que estamos en una era tecnológica de gran magnitud, donde surgen nuevas formas de comunicación y esto genera un constante cambio de los dispositivos, y de esta manera muchas personas cambian sus líneas y números telefónicos, dificultando el contacto al momento de querer realizar un seguimiento por esta vía. Tal vez, esta fue una de las causantes de que no logramos contactar a los pacientes

En segundo lugar, también es importante que el sistema de salud actualice los datos de los pacientes de manera constante. Se deberían crear estrategias de obtención de datos, como también entrenar a los profesionales de salud para actualizarlos, aprovechando cada contacto que tengamos con el paciente para hacerlo. De igual forma solicitar a los pacientes mantener sus datos actualizados sobre todo en caso de cambiar su número telefónico ya que hoy día es la manera más rápida para contactarlos en caso de necesitarlo.

Por otro lado, no debemos olvidarnos del adulto mayor, muchas de estas personas en la actualidad viven en situación de pobreza y por dicho motivo no pueden acceder a los dispositivos de comunicación modernos o no pueden mantenerlos.

Según Barrantes y Cozzubo en su trabajo de investigación (20) muestran que existen diferentes barreras que obstaculizan el uso de las TIC por los adultos mayores. Por un lado, hay dificultades propias de la edad como problemas en la visión, de memoria y destrezas. Por otro lado, el desinterés combinado con la poca confianza en las habilidades de uso de las TIC por parte de ellos mismo. Por último, también se hace énfasis en los problemas económicos los cuales impiden que accedan a los dispositivos y a internet.

Esto constituye un impedimento al momento de querer usar las TIC como método de seguimiento en poblaciones adultas, en este estudio en particular el 90% de los pacientes contactados eran personas de 60 años o más.

Otro de los aspectos importantes a destacar en este estudio es que la población que asiste a estos centros de salud de referencia en su mayoría proviene de entornos vulnerables y/o carenciales lo que podría dificultar el acceso a un dispositivo móvil o contar con teléfono de línea fija dado que implica altos costos. Si bien en esta investigación no se tomó en cuenta la situación socioeconómica de los pacientes es un punto que debemos mencionar.

Utilizar la telemedicina como el único medio de seguimiento o atención en el sistema de salud no parece ser lo más eficientes de acuerdo con nuestros resultados.

En el presente trabajo los resultados fueron negativos, no pudiendo cumplir con los objetivos planteados, esto generó frustración en el equipo. De igual manera nos permitió cuestionar y analizar nuestro proceso de investigación y llegar a la conclusión de que los resultados pueden ser vistos como positivos y que podrían contribuir al conocimiento. También entendimos que es igual de importante publicar los valores positivos como los negativos.

CONCLUSIONES

Aunque la publicación de estudios cuyos resultados son negativos es discutida, contribuye al conocimiento científico poniendo sobre la mesa la existencia de investigaciones en las cuales no se pueden comprobar las hipótesis planteadas ya sea por fallas en el método de investigación o por falta de recursos o ambas.

Por otra parte, permite visualizar que no todas las investigaciones obtienen resultados positivos y que si estos resultados obtenidos no fueran publicados la evidencia científica no sería fiel representante de lo que ocurre realmente al llevar a cabo trabajos de este tipo. Los resultados serían sesgados a la hora de buscar información de estudios realizados sobre el área en cuestión.

Existe una gran tendencia a publicar solo resultados positivos de manera que no perjudique el prestigio de los investigadores y evitar el cuestionamiento de determinados métodos de investigación.

En esta investigación el método utilizado para contactar a los pacientes y aplicar el cuestionario correspondiente no brindó los resultados esperados.

Concluimos que en la población participante el contacto por vía telefónica no es un buen método de seguimiento, impidiendo la comunicación y la obtención de los datos necesarios para poder comprobar o refutar los objetivos planteados. Esto puede deberse a diversos factores que serían dignos de estudio en otra investigación.

Es importante destacar que en un trabajo con hipótesis sólidas. Objetivos definidos y una metodología adecuada, la falta de resultados no es un mal resultado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó la inscripción de trabajo en el Ministerio de Salud Pública bajo el número 7185387. Se solicitó las aprobaciones de los Comité de Ética de las tres instituciones involucradas en la investigación. Dicha investigación fue aprobada en el año 2016 permitiendo el seguimiento de los pacientes involucrados.

Se solicitó la aprobación que permita llevar a cabo el seguimiento de dicha investigación el día 30 de mayo del 2022, por el Comité de ética de Facultad de Medicina, UDELAR, siendo aprobada el 28 de Julio del 2022.

Los pacientes que participaron en este estudio dieron su consentimiento informado aceptando participar en el seguimiento. Se dará garantías de la protección de sus datos respetando la confidencialidad a lo largo de todo el estudio.

Se solicitó autorización a la Dirección de Hospital Pasteur con el fin de obtener acceso a los registros clínicos de las Historias Clínicas Electrónicas que nos permita obtener datos relevantes para el estudio, así como también las vías de contacto actuales del paciente. Dicha autorización se dio.

Este estudio no confiere riesgos para el paciente ni para la institución donde se realizará. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

PRESUPUESTO:

No requirió.

AGRADECIMIENTOS:

A nuestros tutores por su guía y acompañamiento.

A los profesores titulares Gabriela López Rega y Sebastián Lema por su amable colaboración y disposición facilitando información de relevancia para nuestro proyecto.

Agradecemos a la Unidad Docente del Hospital Pasteur de la Clínica Psiquiátrica por su amable recibimiento y disposición brindada.

BIBLIOGRAFIA:

1. Organización Mundial de la Salud - Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Ministerio de salud pública. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Montevideo-Uruguay.2007:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP ESTRATEGIA NACIONAL PREVENCIÓN SUICIDIO 2021 2025.pdf>
3. Claudia Ximena Rangel-Garzón, María Fernanda Suárez-Beltrán, Franklin Escobar-Córdoba. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849/54061>
4. World health organization. Suicide worldwide in 2019. Global health estimates. Disponible desde: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio. Disponible desde: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
6. Organización Mundial de la Salud | Salud mental del adolescente. 2021 ; Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
7. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial. Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes. Disponible desde:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5>
8. Ministerio de Salud Pública. Publicado, 19 de Setiembre, 2017. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Disponible desde:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública. Publicado, 17 de Julio, 2021. Día nacional de Prevención del Suicidio. Disponible desde: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio>
10. López Rega, G.; Porto V.; Aurrecochea N.; D`Alessandro, B.; Chappe V.; Morales S.; Lanaro V.; Galli E.; Correa S.; Garcia S. Screening de riesgo suicida en población hospitalizada en Hospital Pasteur. Agosto - octubre de 2017.
11. Deshpande, G; Baxi, M; Witte, T; L. Robinson, J. A Neural Basis for the Acquired Capability for Suicide. Agosto 2016. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2016.00125/full>
12. Ministerio de Salud Pública. Publicado, 19 de Setiembre, 2017. Ley N°19529. Ley de Salud Mental. Disponible desde: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. Revisado: 10/5/2022- Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
14. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry 1989; 30(4): 296-302.
15. Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200167
16. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

17. Renan Arthur Bosio Guimarães, Guilherme de Menezes Succi, Victor Angelo Martins Montalli, Ana Júlia Schmidt Niederauer, Regina Célia de Menezes Succi. Resultados negativos en la investigación científica: aspectos éticos. Rev. Bioét. Abr./Jun. 2018; 26 (2): 245-249. disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vGsZKrFK5kVgdQjzxxCw7mb/?lang=es#:~:text=Son%20varios%20los%20obst%C3%A1culos%20para,su%20aceptar%20tales%20manuscritos%2021>
18. López-Rega G, Santos V, Brescia M, Ferrari A, Fielitz P, López-Rega S, Mateos M. Efectos del consumo de la pasta base de cocaína sobre el nivel intelectual. (2014) Observatorio uruguayo de drogas pasta base de cocaína en Uruguay compilación, 81-90: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacionaldrogas/files/2018-01/Pasta_Base_en_Uruguay_Compilacion_0.pdf
19. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6
20. Edad para aprender enseñar: el rol del aprendizaje integracional intrahogar en el uso de la internet por parte de los adultos mayores en Latinoamérica: <https://files.pucp.education/departamento/economia/DDD411.pdf>

ANEXOS:

ANEXO N°1:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona hasta su muerte.	edad en años registrada en la historia clínica.	cuantitativa nominal	razón.
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	sexo registrado en las historias clínicas.	cuantitativo	nominal.
Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica.	Estado civil registrado en las historias clínicas o consultada en interrogatorio.	cuantitativo	Nominal.
Ocupacion	Actividad o trabajo.	Ocupación registrada en historia clínica o consultada en interrogatorio.	Cualitativo	Nominal.
Antecedentes personales	Registro con información sobre la salud de una persona.	Antecedentes registrado en historia clínicas.	Cualitativa	Nominal.
Antecedentes familiares	Es el registro de las enfermedades y afecciones que se han dado en su familia.	Antecedentes registrado en historia clínicas.	Cualitativa	Nominal.
Intento de autoeliminación	Es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida.	Registro de intentos de autoeliminación en historia clínica.	Cualitativo	Nominal.
Seguimiento	Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.	Seguimientos registrados en historia clínicas.	Cualitativo	Nominal.
Escala Plutchik	Escala que mide el riesgo suicida de una persona.	Se obtendra por medio de interrogatorio personal o telefónica.	Cuantitativo	Ordinal.

ANEXO N°2: CUESTIONARIO PARA PACIENTES.

CUESTIONARIO:

Es un formulario que se usará para realizar la recolección de datos del paciente relevante en el estudio. Previamente a dicho cuestionario se le entregará al paciente un consentimiento informado donde dará su autorización para realizar la entrevista de forma personal o telefónica. La entrevista la realizará un estudiante de medicina en el marco del curso de 6to de año de la Facultad de Medicina del curso Metodología Científica II.

Fecha: ____/____/____

Nombre del encuestador: _____

DATOS RELEVANTES PARA EL ESTUDIO ACTUAL:

Nombre _____
____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____

Ocupación actual: _____

Enfermedad psiquiátrica diagnosticada: SI _____ NO _____

Cuál/es:

- _____
- _____
- _____

Desde la entrevista pasada hasta el momento usted:

- ¿Tuvo ideas de autoeliminación? SI _____ NO _____
- ¿Tuvo intentos de autoeliminación? SI _____ NO _____
- En caso afirmativo, ¿cuántas veces intentó quitarse la vida?
 - Ninguna vez: _____
 - Una vez: _____
 - Más de una vez: _____
- ¿De qué manera intentó quitarse la vida?
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

INGRESOS HOSPITALARIOS:

- ¿Tuvo ingresos hospitalarios por estas causas?: SI _____ NO _____
- ¿Cuántas veces ingresó al hospital?
 - Ninguna: _____
 - Una sola vez: _____
 - Más de una vez: _____

TRATAMIENTO:

- ¿Recibe tratamiento actualmente?: SI _____ NO _____
- ¿Desde cuándo?

- ¿Qué tipo de tratamiento recibe?
 - Médico: SI _____ NO _____
 - Psicológico SI _____ NO _____
 - Psiquiátrico: SI _____ NO _____
- ¿Cumple con ese tratamiento?
 - SI: _____
 - NO: _____
 - IRREGULARMENTE: _____

SEGUIMIENTO:

Luego de diagnosticada su enfermedad y haber tenido ideas suicidas:

- ¿Se les realizó seguimiento desde el hospital? SI _____
NO _____
- Si en algún momento no concurrió a la consulta, ¿se lo llamó para saber el motivo?

- ¿Cree que tuvo asistencia rápida por parte del sistema de salud?
SI _____ NO _____
- ¿Se siente contenido por el sistema de salud?

REDES DE APOYO:

- ¿Se siente contenido por su entorno ya sea familiar, amigos, etc.?
 - ¿Si necesita apoyo, tiene a quien acudir?
-

ANEXO N°3: ESCALA DE PLUTCHIK.

ESCALA DE PLUTCHIK.

Por último, procederemos a hacerle la escala de Plutchik que consta de 15 preguntas de respuesta de SI o NO para saber el riesgo suicida actual:

		Si	No
1	¿Toma alguna medicación para dormir, como aspirinas o pastillas?		
2	¿Le cuesta conciliar el sueño?		
3	¿Siente que puede tener momentos en que puede perder el control sobre usted?		
4	¿Le interesa poco relacionarse con la gente?		
5	¿Ve su futuro como más negativo que positivo?		
6	¿Se ha sentido inútil o inservible?		
7	¿Ve poca esperanza para su futuro?		
8	¿Se ha sentido alguna vez frustrado que solo quería acostarse y olvidarse de todo?		
9	¿Se siente deprimido ahora?		
10	¿Se encuentra divorciado, separado o viudo?		
11	¿Tiene algún familiar que se haya intentado suicidar alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadada que habría sido incapaz de matar a alguien?		
13	¿Ha pensado en suicidarse?		
14	¿Le dijo a alguien alguna vez que se quería suicidar?		
15	¿Ha pensado en quitarse la vida?		

ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES.



ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PERIODO 2015-2018 EN HOSPITAL DE CLÍNICAS, HOSPITAL MACIEL Y HOSPITAL PASTEUR.

Protocolo N°: 7185387

Fecha de realizado: 30/5/2022

Versión N°1

Instituto: Hospital Pasteur- Montevideo, Uruguay.

El equipo de investigación de estudiantes de sexto año de la Facultad de Medicina UDELAR está realizando una investigación donde se hará seguimiento a los pacientes incluidos en el estudio "Riesgo suicida en pacientes internados en Hospital Maciel, Hospital Pasteur y Hospital de Clínicas" en el 2015-2018 del cual usted formó parte.

En vista a que consideramos que la salud mental es un tema muy importante y actualmente el suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial y nacional que va aumentando, creemos importante este tipo de investigación. Este estudio nos permitirá planificar estrategias a nivel psiquiátrico y de políticas nacionales de salud mental, generando un aporte a toda la sociedad

Se incluirán pacientes que presentaron riesgo suicida. Se excluirá a los pacientes que no quieran participar en el seguimiento.

Su participación es totalmente voluntaria y se podrán retirar del estudio cuando quieran sin necesidad de explicaciones. Es importante que sepa que no recibirá compensación económica por la realización del presente estudio ni otro tipo de retribución.

Si acepta participar en esta instancia, podrá elegir si quiere que le hagamos una entrevista de forma presencial en el hospital Pasteur o de forma telefónica. Se aplicará una serie de preguntas que corresponden a la escala de Plutchik, que consta de 15 preguntas de respuesta SI o NO, que lleva aproximadamente 3 minutos en responder.

Para tener otros datos necesarios para este estudio vamos a revisar su historia clínica para lo cual necesitamos su autorización.

La participación en esta instancia no presenta riesgos para su salud ni para su entorno.

Se garantiza la confidencialidad de los datos aportados y la información brindada solo se utilizará para la investigación actual.

Esta información se la enviaremos por vía electrónica.

Yo _____ con cédula _____ he sido invitado a participar en el seguimiento del estudio de riesgo suicida. Entiendo que no tendré beneficios para mi persona y que no hay beneficio económico.

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.

Nombre del paciente: _____

Firma del participante: _____

Fecha: ____/____/____