

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

Description of suicidal behavior in users of Health Care Center Jardines del Hipódromo

Giancarlo Sgaravatti¹, Juan Pedro Torres Negreira¹, Ximena Silva Margni¹, Patricia Miranda¹, Lourdes Siri¹, Wilson Valbuena¹, Sebastián Llosa², Alicia Canetti³

RESUMEN

El suicidio es un continuo de conductas que van desde pensamientos de muerte hasta suicidio consumado. Constituye un fenómeno relevante para la salud pública, en aumento en las últimas décadas. En Uruguay, la tasa de suicidio duplica la tasa mundial. Es mayor en hombres que en mujeres pero, en ellas, son más prevalentes la ideación suicida e intento de autoeliminación, lo que permitiría mayor detección y prevención. El objetivo de este estudio fue describir la conducta suicida de mujeres mayores de 14 años, usuarias del Centro de Salud Jardines del Hipódromo que consultaron en servicios de Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria, durante el período agosto - setiembre de 2019. Consistió en un estudio epidemiológico descriptivo, observacional y transversal, con manejo cuantitativo de los datos. Se midieron las frecuencias de conductas suicidas y factores de riesgo mediante entrevista clínica semi estructurada, Woman Abuse Screening Tool en su versión corta y Escala de Ideación Suicida de Beck. 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 intento de autoeliminación. Los métodos más frecuentes fueron arma blanca y medicamentoso. Entre las conclusiones se destaca la alta frecuencia de riesgo suicida y la intención de usar el suicidio como forma para escapar de los problemas. Hubo asociación de riesgo suicida con enfermedades psiquiátricas, violencia de pareja y consumo de sustancias.

Palabras clave: Suicidio, Conducta suicida, Riesgo suicida, Mujeres, Primer nivel de atención, Violencia de pareja, Enfermedad psiquiátrica, Consumo de sustancias.

ABSTRACT

Suicide is a continuum of behaviors ranging from thoughts of death to consummate suicide. It is a phenomenon relevant to public health that has been on the rise in recent decades. In Uruguay, the suicide rate doubles the global suicide rate. It's greater in men than in women, but suicidal ideation and suicide attempts are more prevalent, which would allow greater detection and prevention. Objective: Describe the suicidal behavior of women over the age of 14 users of the Jardines del Hipódromo Health Center who consulted in Pediatrics, Gynecology, and Family Medicine services, during the period August-September 2019. Method: Descriptive, observational and cross-sectional epidemiological study, with quantitative data management. Rates of suicidal behaviors and risk factors were measured with a semi-structured clinical interview, short Woman Abuse Screening Tool, and Beck Suicide Ideation Scale. Results: With semi-structured clinical interviews 28.4% of cases of suicidal risk were detected, 16.4% low risk, 4.5% average risk and 7.5% high risk. 17.9% had suicidal ideation, 10.4% suicide planning and 20.9% had a history of suicide attempts in which cutting instruments and medicines predominated. Conclusions: A significant prevalence of

suicidal risk was found, highlighting the intention to use suicide as a way to escape problems. There was a suicidal risk association with psychiatric illnesses, intimate partner violence and substance use.

Keywords: Suicide, Suicide behavior, Suicide risk, Women. Primary care, Psychiatric illnesses, Intimate partner violence, Substance use.

INTRODUCCIÓN

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. 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⁾. En Uruguay en 2018 la tasa de suicidio fue de 20,25/100.000⁽³⁾, siendo el doble de la tasa mundial que según OMS es de 10.5/100.000⁽⁴⁾. Para el Ministerio de Salud Pública (MSP) su disminución es un objetivo sanitario hacia el año 2020⁽⁵⁾. A pesar de esto, se evidencia una tendencia al aumento del número de suicidios en el país en las últimas décadas⁽⁶⁾.

La Ley de Salud Mental N°19.529 tiene como estrategia la atención primaria en salud y prioriza el primer nivel de atención⁽⁷⁾. Sin embargo, en una búsqueda bibliográfica nacional, se encontró sólo un artículo en dicho nivel de atención, el cual mostró un alto riesgo suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja⁽⁸⁾. Las investigaciones locales se centran más en el estudio retrospectivo de intentos de autoeliminación (IAE) o suicidio consumado que en las conductas suicidas (CS) en población general.

Varios estudios muestran que las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres⁽²⁾ pero en ellas es más prevalente la ideación y el IAE, con uso de métodos menos violentos (medicamentosos, arma blanca)^(9, 10), lo que les otorga más oportunidades de detección y prevención.

Como existen controversias a nivel científico en cuanto a las definiciones de los distintos tipos de

¹ Estudiante de Medicina. Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

² Docente supervisor. Prof. Adj. Unidad Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-4984-1666

³ Docente supervisora. Profa. Agda. Ex Encargada de la Unidad Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. ORCID ID: 0000-0002-2667-0876

Contacto: Giancarlo Sgaravatti. Email: gsdinardi@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-3118-774X. Juan Pedro Torres Negreira. Email: juanpetorresn93@gmail.com. Sebastián Llosa. Email: sebastianllosa770@hotmail.com. Alicia Canetti.

Email: canettio@gmail.com

Unidad Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Gral. Flores 2125, 11800. Tel: (5982) 924 3414 ext. 3403. Montevideo.

CS⁽¹¹⁾, este estudio utilizó las de la Guía para los Sectores Salud y Educación⁽¹²⁾. A pesar de que dicha guía se centra en una población distinta a la de este estudio, se busca la unificación de la nomenclatura en el país. Las CS estudiadas 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 que 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 y, a veces, puede directamente negarse. Sin embargo, las ideas de muerte pueden corresponderse a fantasías inconscientes del suicidio y 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 al punto de elegir método, lugar, hora o motivo concreto para llevarlo a cabo, aumentando su gravedad en función de cuánto haya estructurado estos pensamientos. La *autolesión* consiste en la lesión autoinfligida sin intencionalidad potencialmente letal, ya que en caso de existir esta intencionalidad constituye un *intento de autoeliminación*.



Figura 1. Extraído de Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud⁽¹²⁾

La literatura identifica distintos factores de riesgo de CS entre los que se destacan embarazo⁽¹³⁻¹⁵⁾, violencia de pareja^(8, 16-19), consumo de sustancias⁽²⁰⁾, VIH-SIDA^(21, 22), duelo^(23, 24), enfermedades crónicas^(25, 26), enfermedades psiquiátricas^(26, 27) [citado en⁽²⁸⁾], ⁽²⁹⁻³¹⁾ y dolor crónico⁽³²⁻³⁵⁾.

OBJETIVO GENERAL

Describir la conducta suicida de mujeres mayores de 14 años, que consultaron en los servicios de Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Jardines del Hipódromo (CSJH), durante el periodo de agosto-setiembre de 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, observacional y transversal, con un manejo cuantitativo de los datos obtenidos, desde un enfoque preventivo y de riesgo.

El estudio incluyó mujeres usuarias del CSJH que se encontraban en sala de espera de Pediatría, Ginecología o Medicina Familiar y Comunitaria.

La muestra obtenida es no probabilística y por conveniencia, por lo que no es representativa ni extrapolable a la población general. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer mayor de 14 años y que asista sin su pareja. Los criterios de exclusión fueron ser analfabeta o poseer limitaciones sensoriales.

Se obtuvo en la mañana y tarde, de lunes a viernes en agosto y setiembre de 2019, quedando conformada por 67 mujeres de entre 15 y 79 años.

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron 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⁽³⁶⁾, 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 .

Las distintas CS se evaluaron cuantitativamente a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) y cualitativamente mediante una entrevista clínica semiestructurada (ECS).

Para la EISB se utilizó como punto de corte un valor ≥ 1 para denominar caso de ideación suicida (IS) y ≥ 10 para denominar caso de alto riesgo. En la ECS se interrogaron las CS definidas anteriormente, las cuales se integraron para evaluar el riesgo suicida de forma cualitativa a través de cuatro categorías creadas

en base al Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación del MSP⁽³⁷⁾ y la Guía para la Prevención de la Conducta Suicida para los Sectores Salud y Educación⁽¹²⁾ como se indica en el

Cuadro 1.

Riesgo	Ideación de muerte	Ideación suicida	Intención suicida	Plan suicida
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

Cuadro 1. Clasificación de riesgo suicida
 1 indica presencia de la conducta y 0 ausencia

Fuente: elaboración propia

La violencia de pareja se exploró mediante test WAST, tomándose como caso de violencia positiva un valor ≥ 4 y la información se complementó con preguntas en la ECS.

También se indagó, mediante ECS, la presencia de variables para las cuales según la bibliografía hay una asociación con la CS, ya mencionadas en la introducción y tratadas como variables cualitativas nominales dicotómicas.

INSTRUMENTOS

-*Woman Abuse Screening Tool (WAST)*. Es una prueba de screening de violencia de pareja. En este estudio se empleó su adaptación para población hispanoamericana, validada en español en su versión corta de 2 preguntas (Sensibilidad: 91,4%, Especificidad: 76,2%)^(39, 40). Al igual que en un estudio anterior, se le agregó un ítem para captar los casos de violencia en parejas anteriores⁽⁸⁾.

-*Escala de Ideación suicida de Beck (EISB)*. Es una escala autoadministrada de 21 ítems graduados de 0 a 2 puntos, recomendada para su uso en atención primaria⁽⁴¹⁾ que valora la presencia, intensidad, duración, profundidad y características del pensamiento suicida, 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. Las mismas indagan los pensamientos suicidas, las características del intento una vez pensado y de la intención suicida en el presente. 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. Tiene una confiabilidad aceptable (alpha de Cronbach 0.89)⁽⁴²⁾ y no se encontraron datos de sensibilidad y especificidad en primer nivel de atención.

-*Entrevista clínica semi estructurada (ECS)*. La misma fue elaborada por el equipo de investigación para

indagar las variables sociodemográficas, embarazo, violencia de pareja, consumo de sustancias, VIH-SIDA, duelo, enfermedades crónicas, enfermedades psiquiátricas, dolor crónico y las distintas CS descritas en la introducción. Para indagar violencia de pareja se utilizó como referencia la entrevista de Llosa et al.⁽⁸⁾.

Para minimizar los sesgos del encuestador al momento de recabar los datos, se realizó una instancia con la técnica de role playing previo a la recolección de 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) y se evacuaron dudas. Al consentir y firmar el CI, se procedió con la recolección de datos que contiene tres partes: la ECS, el cuestionario WAST y la EISB.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó siguiendo las normas éticas y legales locales; fue avalado por la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Clínica Psiquiátrica y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Además, fue autorizado por la Red de Atención Primaria Metropolitana (RAP) para ser llevado a cabo en uno de sus Centros de Salud. En los casos de riesgo suicida se actuó de acuerdo al decreto 158/019⁽⁴³⁾ derivando a las mujeres sujetos de investigación al personal de salud correspondiente (de salud mental o médico según el caso).

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 22. Se cuantificó la frecuencia de cada variable y se buscó asociaciones entre estas variables con el riesgo suicida obtenido de la ECS y de la EISB utilizando la prueba de Chi-Cuadrado. Cuando no fue válida se empleó la Prueba exacta de Fisher (PEF). Cuando se obtuvieron valores estadísticamente significativos, se realizó la prueba de Phi para medir la fuerza de asociación. Se aceptó un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

La muestra obtenida (**Tabla 1**) no tuvo diferencia por tramo etario con un rango de 15 y 79 años, media de 44,28 años y desvío estándar de 17,8 años. La mayoría

de las usuarias tenía nivel educativo de primaria completa y más de la mitad no trabajaba. Las demás características sociodemográficas se muestran en la **Tabla 1**.

De los factores de riesgo (**Tabla 2**), 59,7 % refirió padecer una enfermedad crónica, a predominio de enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas. Se destaca que 16,4% refirió patología psiquiátrica.

Tabla 1. Caracterización de la muestra según variables socio demográficas

n=67	n	%	n	%	
Edad (años)	Situación Laboral				
15-24	13	19,4	Trabaja	29	43,3
25-34	12	17,9	No trabaja	38	56,7
35-44	5	7,5	Estado Civil		
45-54	14	20,9	Casada	10	14,9
55-64	15	22,4	Unión libre	15	22,4
65+	8	11,9	Soltera	24	35,8
Nivel Educativo			Separada	5	7,5
			Divorciada	4	6
			Viuda	9	13,4
		N de hijos			
Primaria incompleta	10	14,9	0	17	25,4
Primaria completa	40	59,7	1	12	17,9
Ciclo básico	10	14,9	2 o +	38	56,7
Secundario	6	9			
Terciario	1	1,5			

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Distribución de frecuencia de factores de riesgo para la conducta suicida

n=67	n	%	n	%	
VIH	0	0	Perdida en último año	23	34,3
Enf. Crónicas	40	59,7	WAST Positivo	53	79,1
Cardiovascular	24	35,8	Violencia Psicológica		
Respiratorias	5	7,5	Alguna vez	49	73,1
Endocrino-metabólicas	22	32,8	Último año	21	31,3
Psiquiátricas	11	16,4	Violencia Física		
Otras	18	26,9	Alguna vez	34	50,7
Embarazo	4	6	Último año	8	11,9
Dolor Crónico	27	40,3	Violencia sexual		
Consumo de sustancias	21	31,3	Alguna vez	15	22,4
Alcohol	5	7,5%	Último año	1	1,5
Tabaco	19	28,4%	Violencia Económica		
Marihuana	3	4,5%	Alguna vez	31	46,3
Cocaína	1	1,5%	Último año	9	13,4

Fuente: elaboración propia

El 31,3% refirió consumo de drogas, en su mayoría tabaco (28,4%). El 34,3% de la muestra cursaba un duelo. De acuerdo al WAST, 79% de las usuarias fueron caso positivo de violencia de pareja. Según la ECS, en el último año 31,3% padeció violencia psicológica, 11,9%

violencia física, 13,4% violencia económica y un caso (1,5%) violencia sexual. Sin importar el rango temporal, 73,1% padeció violencia psicológica, 50,7% violencia física, 46,3% violencia económica y 22,4% violencia sexual

CARACTERIZACIÓN DE LA CS

Mediante la ECS (**Tabla 3**), se detectó cerca de un tercio de casos de riesgo suicida (28,4%), constituido por 16,4% de riesgo bajo y menor proporción de riesgos medio (6%) y alto (6%). El 17,9% presentó ideación suicida, 20,9% tenía antecedentes de IAE, con predominio de los métodos arma blanca (14,9%) y medicamentoso (10,4%) y 13,5% había intentado suicidarse al menos 2 veces. El 10,4% tenía algún grado de planificación suicida, de las cuales el mismo porcentaje tenía intención de realizarlo. Dentro de los casos con riesgo suicida, tenía antecedentes de amenaza suicida 42,1% y de autolesiones previas el 57,9%, predominando el uso de arma blanca como método.

Por otro lado, en la EISB (**Tabla 3**) se encontró 27,3% de casos con IS y 12,1% de alto riesgo. Dentro de los casos con IS (18 casos), en la primera sección, 50% presentaron deseo de vivir débil y deseo de morir débil.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de factores de riesgo para la conducta suicida

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 (N=67)			según EISB (N=66)		
	n	%		n	%
Sin riesgo	48	71,6	EISB ≥1	18	27,3
Bajo	11	16,4	EISB >10	8	12,1
Medio	4	6			
Alto	4	6			

IAE: intento de autoeliminación; ECS: entrevista clínica semiestructurada; EISB: escala de ideación suicida de Beck

Fuente: elaboración propia

El 55,5% afirmó que sus razones para vivir no le pesan más que las de morir, 44,4% indicó tener algún grado de deseo de intentar suicidarse y el 61,1% no intentaría salvarse si estuviese en una situación de riesgo de vida. De los 11 casos (16% del total de la muestra) que tuvieron resultado ≥1 en los ítems 4 y 5, 10 casos continuaron con

las siguientes secciones. De los que continuaron con el instrumento cerca de 60% afirmó no estar segura o no poder controlarse en relación a intentar suicidarse, 70% tienen ideas de suicidio constantes o frecuentes y mismo porcentaje períodos largos o continuos de ellas y 50% las aceptan. El 80% tienen motivos que la detienen al menos un poco y la misma cifra indicó que su motivación es escaparse de los problemas y no otra causa indagada por el cuestionario (influenciar a otros, vengarse, hacer felices a los demás, buscar atención, etc.), coincidiendo en esas situaciones todos los casos de alto riesgo. En la tercera sección se observa que 70% ya había pensado un método específico, aunque 60% ha considerado maneras de suicidarse pero no ha elaborado detalles y misma cifra no espera ni está segura de hacer un intento de suicidio; 40% tienen la oportunidad de usar el método pensado. En la cuarta sección cerca de 70% ha hecho preparativos, 60% ha pensado en las consecuencias de suicidarse, 70% ha pensado o comenzado a escribir una carta pero solo 50% le ha revelado a alguien su voluntad de suicidarse. En la quinta sección, del total de la muestra, 19,7% tenía IAE previos y de éstos (excluyendo un caso que no contestó la pregunta 21) 58,3% tuvo deseo de morir moderado o fuerte en el intento. Una usuaria no contestó ninguna pregunta de esta sección. Estos datos se presentan en el **Gráfico 1**.

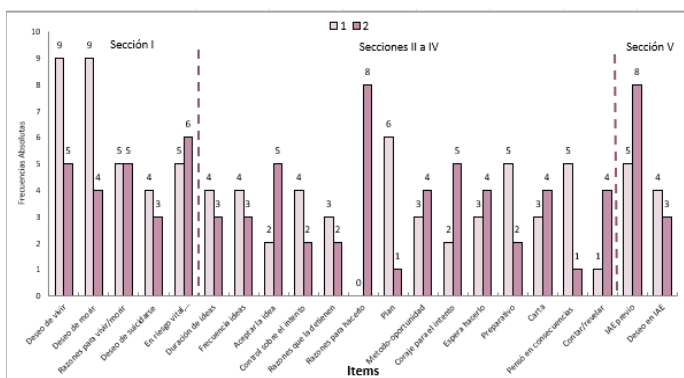


Gráfico 1. Frecuencia de respuesta 1 y 2 en Escala de Ideación Suicida de Beck según ítem
 Fuente: elaboración propia

RELACIÓN ENTRE CONDUCTA SUICIDA Y VARIABLES ESTUDIADAS

En la **Tabla 4** se exponen las asociaciones y fuerza de asociación entre riesgo suicida y las demás variables, empleando tres criterios de riesgo: criterio clínico en base a ECS, Beck ≥ 1 y Beck ≥ 10 .

a) Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre criterio clínico (ECS) y WAST positivo, "violencia física alguna vez" y "violencia económica alguna vez". Se encontraron asociaciones que no alcanzaron a ser significativas con: enfermedades psiquiátricas, enfermedades respiratorias, consumo de tabaco, consumo de cocaína, violencia psicológica

alguna vez, violencia psicológica actual y con violencia sexual alguna vez.

b) Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre riesgo suicida según la escala de Beck ≥ 1 con: enfermedades psiquiátricas, consumo de drogas, tabaco y WAST positivo. Se encontraron asociaciones que no alcanzaron a ser significativas con: "violencia económica alguna vez", consumo de cocaína y "violencia física alguna vez".

c) Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre puntajes en la Escala de Beck ≥ 10 con: tabaquismo, violencia económica alguna vez y WAST positivo. Se encontraron asociaciones que no alcanzaron a ser significativas con: consumo de drogas, alcohol, cocaína, número de hijos, grupo de otras enfermedades, pérdidas en el último año, WAST positivo y "violencia física alguna vez".

Tabla 4. Asociación del Riesgo suicida (por Entrevista Clínica Semiestructurada y Escala de Ideación Suicida de Beck) con factores de riesgo de Conducta Suicida

	Riesgo suicida		EISB ≥ 1		EISB Alto Riesgo	
	P	Phi	P	Phi	P	Phi
Número de hijos	0,434a		0,627a		0,169a	
Enfermedades respiratorias	0,103a		0,704a		0,574a,b	
Enfermedades psiquiátricas	0,062-0,045c		0,003-0,003c,*	0,405	0,407a	
Otras enfermedades**	0,584		0,389a		0,094a	
Consumo de drogas	0,542		0,017-0,014c*	0,312	0,061c	
Consumo de Alcohol	0,548a		0,506a		0,107-0,107c	
Consumo de Tabaco	0,116		0,006-0,005c*	0,362	0,038-0,038*	0,277
Consumo de Cocaína	0,109a,b		0,100a,b		0,121-0,121c*	
Pérdidas en el último año	0,399		0,316a		0,080a	
WAST Positivo	0,007-0,005c*	0,323	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	

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 no son válidos. b El recuento de casilla mínimo esperado en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado no son válidos. c El resultado tuvo p significativo pero aplicaba a y/o b. Se realizó prueba exacta de Fisher para una y dos colas** Otras enfermedades crónicas que no se incluyen dentro de los grupos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, endocrino-metabólicas o psiquiátricas. WAST: Woman Abuse Screening Tool. VP: Violencia psicológica. VF: Violencia física. VS: Violencia sexual. VE: Violencia económica.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados en relación a la IS son más elevados que los reportados en estudio similar en el mismo Centro, que mostró valores del 20%, aunque en cuanto a la motivación para realizarlo es similar⁽⁸⁾. 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 pensar en el suicidio.

En cuanto a la amenaza suicida, los porcentajes obtenidos fueron similares a los que se encontraron en un estudio de 1981⁽²⁷⁾ [citado en⁽²⁸⁾], pero difiere del expuesto en un estudio realizado en 2003 que encontró un porcentaje más alto de personas que habían comunicado la intención⁽⁴⁴⁾.

En relación a tener antecedentes de IAE, en los casos de riesgo los datos coinciden con lo expuesto en investigaciones locales en suicidio consumado⁽²⁷⁾ [citado en⁽²⁸⁾]^(30, 44), aunque otro estudio realizado en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas describió el doble de frecuencia de este antecedente⁽⁴⁵⁾.

Si bien hay publicaciones que coinciden con que el método predominante es el medicamentoso^(44, 45), un estudio nacional muestra resultados discrepantes, reportando métodos más violentos⁽³⁰⁾. La variable que más fuerte asociación mostró fue padecer una enfermedad psiquiátrica, lo cual coincide tanto con literatura internacional⁽⁴⁶⁾ como local⁽²⁷⁾ [citado en⁽²⁸⁾]⁽²⁹⁻³¹⁾.

El porcentaje de usuarias que refirió haber sufrido violencia física fue mayor al reportado por la OMS⁽⁴⁷⁾. Aunque en este estudio no se puede aseverar, esta diferencia podría ser explicada por el tipo de muestra, proceder de una población de alto riesgo social o un aumento en las cifras de violencia. La violencia económica tuvo una asociación significativa concordando con un estudio realizado por Gibbs et al.⁽¹⁶⁾

La asociación con consumo de sustancias coincidió con otros estudios^(20, 45). Los datos disponibles en el estudio no permiten explicar la asociación entre tabaquismo y conducta suicida. Podría deberse a los niveles de agresividad, impulsividad y baja calidad de sueño en el tabaquista⁽⁴⁸⁾, a factores y circunstancias asociados a ambos⁽⁴⁹⁾ o la alta prevalencia de tabaquismo en mujeres en Uruguay (28,1%)⁽⁵⁰⁾.

Si bien no se encontró una relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida evaluado por la ECS con algunas variables, como por ejemplo, mayor número de hijos, padecer otras enfermedades, consumo de alcohol y cocaína, o pérdidas en el último año, se halló una tendencia al aumento de riesgo. Esto se puede deber al tamaño de la muestra.

Hubo discrepancias entre los hallazgos de EISB y ECS: 5 mujeres tuvieron un EISB de 0 pero riesgo

positivo según ECS, y otras 5 mujeres tuvieron un EISB ≥ 1 pero sin riesgo en la ECS, de forma que el porcentaje total de mujeres entrevistadas que presentan riesgo fue de 36% (24 mujeres). Esto se puede deber a diferencias en la manera de comunicar y exteriorizar experiencias y emociones, que la ECS no haya sido suficientemente exhaustiva, falsos positivos y negativos de los instrumentos o la falta de experiencia de los investigadores en esta temática.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El suicidio es un fenómeno de relevancia en salud pública cuya incidencia viene en aumento en los últimos años, por lo que es conveniente estudiar y conocer las características de las distintas poblaciones para poder prevenirlo. En Uruguay los estudios existentes son múltiples y se centran en el análisis retrospectivo de poblaciones específicas, existiendo escasas investigaciones de carácter clínico en población general que asiste a los servicios de salud del primer nivel.

Se encontró una elevada frecuencia de usuarias en un centro del primer nivel de atención con riesgo suicida (cerca de 3 cada 10 mujeres). La mayoría de los datos coinciden con literatura local, aunque en algunos podrían verse controversias. Se destaca 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. Se trata de una cuestión relevante al considerar las funciones del primer nivel de atención hacia la salud de la población.

Además se detectó una estrecha relación de la CS con enfermedades psiquiátricas, así como con ser caso positivo de violencia de pareja según WAST, haber sufrido violencia física o 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. En el caso de la asociación con la adicción al tabaco, las posibles explicaciones exceden los alcances de este estudio. Se considera recomendable, en caso de encontrar alguno de estos factores 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 así como la diferenciación entre embarazo deseado o no y duelo esperado del duelo no esperado.

También sería importante comprender la diferencia entre las respuestas a los distintos instrumentos y estudiar qué relación tiene con otras variables.

Agradecimientos:

En primer lugar, a todas las usuarias participantes de la investigación que ofrecieron su tiempo y disposición.

También a todo el equipo médico y al personal del Centro de Salud Jardines del Hipódromo. 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 involucradas en 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, a nuestros tutores que, en todo momento de la investigación alentaron nuestro trabajo, ayudándonos y enseñando a cada paso de la misma.

REFERENCIAS

1. **Organización Panamericana de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2003. [Consultado el 27/5/2019]. Disponible en: iris.paho.org/xmliui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf
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. 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>
4. Suicide rates (per 100.000 population) [Internet]. **World Health Organization.** 2016 [consultado en 2019]. Disponible en: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
5. **Ministerio de Salud Pública.** Objetivos Sanitarios Nacionales. Montevideo: MSP; 2015 pp.62-64, 182-186.
6. 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
7. Ley de Salud Mental Nro 19.529. Montevideo; 2017.
8. **Llosa S, Canetti A.** Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicología, Conocimiento y Sociedad [Internet]. 2019 [cited 2 April 2020];(9):178-204. Disponible en: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/407>
9. **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>
10. **Villaruel 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&lng=es
11. **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>
12. **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: Udelar. Colección Art.2; 2012
13. **Benute et al.** Risco de suicidio 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
14. **Gentile S.** Suicidal mothers. J Inj Violence Res. 2011 Jul; 3(2): 90-97.
15. **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.
16. **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).
17. **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[consultado 2019] 25(3): 413-418. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku198>
18. **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/>
19. **Primera Encuesta Nacional en Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones** [Internet]. www3.inegub.uy. 2016 [consultado 2019]. Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmliui/handle/123456789/362>
20. **Dragisic T, Dickov A, Dickov V, Mijatovic V.** Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts. Mater Sociomed. 2015 Jun; 27(3):188-191.31.
21. **Mandell L, Rodriguez V, De La Rosa A, Abbamonte J, Sued O, Cecchini D et al.** Suicidal Ideation Among Adults Re-engaging in HIV Care in Argentina. AIDS and Behavior. 2019;23(12):3427-3434. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-019-02526-4#citeas>
22. **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>
23. **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.
24. **Friedman R.** Grief, Depression, and the DSM-5. N Eng J Med. 2012; 366(20), 1855-1857.
25. **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.
26. **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.
27. **Puppo Bosch D.** Autopsia psicológica en 50 suicidios. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 1981;46(273):111-118.
28. **Canetti, A.** La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica. Una revisión de la situación en Uruguay. En: Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Tordero, M. y Rodríguez, L. (Comp.). 70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. 1ª edición. Montevideo: Colección Art.2-CSIC-Udelar; 2017. p.107-134.
29. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico Rev Med Urug 1990; 6: 203-215.
30. **Pasturino B, Vallarino V, Lima M.** Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2004;68(2). 147-161 Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/03_estudio.pdf
31. **Heuguerot M, Lucero R, Porto V, Díaz E, París M.** Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(6), 1693-1702.

32. **Pianowsky G, Souza de Oliveira E, Nunes M.** Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológica. *Psicol. caribe*. [internet]2015[consultado 2019], 32(1):81-120. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v32n1a04.pdf>
33. **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>
34. **Jacob L, Haro J, Koyanagi A.** The association between pain and suicidal behavior in an English national sample: The role of psychopathology. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;98:39-46.
35. **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>
36. **Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio.** Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015 "Un compromiso con la vida" [Internet]. Ministerio de Salud Pública;. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio_0.pdf
37. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Montevideo: **Ministerio de Salud Pública**; 2016 [Consultado el 8/4/2020] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf>
38. **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>
39. **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.
40. **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
41. **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>
42. **Beck A, Kovacs M, Weissman A.** Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979; 47(2): 343-352.
43. **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>
44. **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 periodo abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 2003 67(1): 5.
45. **Larrobla C, Pouy A.** Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. 2007. *Rev Med Urug*. 23: 221-232.
46. **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>
47. **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>
48. **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>
49. **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-25-year-longitudinal-study/EA10B31BFDAC683328BF99730DD2D13B>
50. **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