

Original [comunicación preliminar]

Características clínico epidemiológicas y factores relacionados en pacientes ingresados por intento autolítico

FREDDY ANDRÉS ENRÍQUEZ SOLÍS, CARLA IVETTE NÚÑEZ FLORES, VICENTE EFRÁIN BASANTES JIMÉNEZ, VERÓNICA VALERIA TITO VALENCIA, WASHINGTON PAZ CEVALLOS, ANDREA DEL PILAR SANTAMARÍA SOLÓRZANO

FREDDY ANDRÉS ENRÍQUEZ SOLÍS
Médico residente asistencial
de Psiquiatría.*

CARLA IVETTE NÚÑEZ FLORES
Médico residente asistencial
de Psiquiatría.*

VICENTE EFRÁIN BASANTES JIMÉNEZ
Médico residente asistencial
de Psiquiatría.*

VERÓNICA VALERIA TITO VALENCIA
Médico residente asistencial
de Psiquiatría.*

WASHINGTON PAZ CEVALLOS
Magister en investigación y
estadística.
Universidad Central del Ecuador,
Facultad de Ciencias Médicas.
Quito, R del Ecuador.

ANDREA DEL PILAR SANTAMARÍA
SOLÓRZANO
Médico residente asistencial
de Psiquiatría.*

* Hospital de Especialidades
Eugenio Espejo.
Quito, R del Ecuador.

FECHA DE RECEPCIÓN: 06/11/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 29/11/ 2018

CORRESPONDENCIA
Dr. Efraín Basantes Jiménez
Jardines de Carcelén, Maitén B 26.
Quito, Ecuador;
ebasantes1982@gmail.com

Objetivo: establecer las características clínico epidemiológicas y factores relacionados en pacientes ingresados por intento autolítico atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Eugenio Espejo, periodo 2015 – 2017. **Diseño:** epidemiológico observacional descriptivo de prevalencia. **Población y muestra:** se estudiaron y revisaron las historias clínicas de 270 casos de autolisis presentados en el periodo 2015-2017, en un hospital público, en donde constara el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición y todas las variables estudiadas. **Medidas principales:** características clínico epidemiológicas y factores relacionados con intentos autolíticos. **Resultados principales:** se estudiaron 270 sujetos de los cuales, el 84.4% son de procedencia urbana; el 70.7% fueron mujeres, con una edad promedio de 27.08 ± 12.39 años; IC95%: 25.31 – 28.85 años. El 98.5 % ($n= 266$) tiene algún grado de escolaridad. El 73% de los sujetos son desempleados o realizan trabajos que no requieren especialización laboral; 177 sujetos, que corresponden al 65.6%; IC95%: 59.7 – 70.97 viven solos. Prevalece el tener hijos con el 45.9 %; 251 sujetos, es decir, el 92.96%; IC95%: 89.27 – 95.45, practican algún tipo de religión y el 81.1% profesa la religión católica. El 79.6% provienen de familias disfuncionales; el 13.3% sufrieron abuso sexual, y el 36.3% realizó intentos autolíticos previos. 98 sujetos que corresponden al 36.3% tienen como diagnóstico base depresión. El 76.3% ($n= 206$) de los sujetos realizaron intentos autolíticos con medicamentos y plaguicidas. Los intentos autolíticos fueron más frecuentes en los meses de enero y diciembre.

Palabras clave: Conducta suicida – Riesgo – Trastornos mentales – Depresión.

Clinical-epidemiological Characteristics and Related Factors in Patients Admitted Due to an Autolytic Attempt

Objective: To establish the clinical epidemiological characteristics and related factors in patients admitted due to an autolytic attempt assisted by the Psychiatry Service of the Eugenio Espejo Hospital (period 2015 – 2017). **Design:** Epidemiological observational descriptive of prevalence. **Population and sample:** the clinical records of 270 cases of autolysis presented in the period 2015 - 2017 were studied and reviewed in a public hospital, where the code of the International Classification of Diseases, 10th Edition, and all variables studied were recorded. **Main measures:** clinical epidemiological characteristics and factors related to autolytic attempts. **Main results:** 270 subjects were studied, 84.4% of which have an urban origin; 70.7% were women, with an average age of 27.08 ± 12.39 years; 95% CI: 25.31 - 28.85 years. 98.5% ($n = 266$) have some degree of schooling. 73% of the subjects are unemployed or perform jobs that do not require any work specialization; 177 subjects, corresponding to 65.6%; 95% CI: 59.7 - 70.97 live alone. Having children prevails for 45.9%; 251 subjects, that is, 92.96%; 95% CI: 89.27 - 95.45, practice some kind of religion and 81.1% professes the catholic religion. 79.6% come from dysfunctional families; 13.3% suffered sexual abuse and 36.3% made previous autolytic attempts. 98 subjects which correspond to 36.3% have depression as a base diagnosis. 76.3% ($n = 206$) of the subjects made autolytic attempts with drugs and pesticides. Autolytic attempts were more frequent in January and December.

Keywords: Suicidal behavior – Risk – Mental Disorders – Depression.

Introducción

Conceptualmente el suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida, a pesar de que la definición se encuentre clara etimológicamente, corresponde a múltiples factores: nivel emocional, conductual y cognitivo.

Existen diferentes formas de presentación de la conducta suicida que pueden variar en letalidad, métodos, motivaciones y el riesgo de incidencia, por lo que a lo largo del tiempo se ha venido demostrando que varían mucho en función del sexo y edad [7].

Según la Organización Mundial de la Salud, para el 2018 cerca de 800.000 personas se suicidan al año, siendo esta la segunda causa de defunción entre los 15 a 29 años de edad, correspondiendo el 79% de todos los casos a países de ingresos bajos y medianos.¹

El suicidio es un fenómeno complejo, en el que participan factores psicopatológicos, sociales y morales. En el Ecuador, se cuenta con datos hasta el 2014, los cuales indican que el suicidio ocupa el 4.2% de todas las causas de mortalidad registradas.² Ortiz *et al.*, en el estudio publicado en el 2015, nos acerca un poco más a la realidad nacional en cifras sobre el suicidio, indicando que en nuestro país la prevalencia de suicidio oscila entre 4.3 y 7.1 casos por cada 100.000 habitantes, lo que lo ubica dentro de las primeras causas de mortalidad en las estadísticas nacionales [18].

El objetivo de este estudio es establecer las características clínico epidemiológicas y factores relacionados en pacientes ingresados por intento autolítico atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Eugenio Espejo, en el periodo 2015-2017.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: se trata de un estudio epidemiológico descriptivo observacional y de prevalencia.

Población y muestra: la población recogida fueron todos los pacientes que ingresaron por intento autolítico al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el periodo comprendido entre 2015-2017, atendidos por el Servicio de Psiquiatría.

Medidas principales: características clínico epidemiológicas y factores relacionados con intento autolítico.

Metodología: se revisaron todas las Historias Clínicas de los pacientes atendidos por intento autolítico durante el periodo 2015-2017, en donde constara el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE 10) y todas las variables estudiadas. Posteriormente los datos se procesaron en una hoja electrónica Excel y se analizaron en un software estadístico Epi Info versión 3.2.2. Los datos se expresan en porcentajes con su respectivo intervalo de confianza al 95% y con gráfico de barras para comparación.

Resultados

Se estudiaron 270 sujetos de los cuales, el 84.4% son de procedencia urbana (tabla 1); el 70.7% fueron mujeres, con una edad promedio de 27.08 ± 12.39 años; IC95%: 25.31 – 28.85 años, de entre 15 a 84 años y 79 varones que representaron el 29.3% de entre 14 a 84 años, con un promedio de edad de 30.59 ± 13.38 años; IC95%: 27.6 – 33.59 años (tabla 2). Prevalecen los intentos autolíticos en la edad productiva (tabla 3); el 98.5 % ($n= 266$) tiene algún grado de escolaridad (tabla 4); 177 sujetos, que se corresponden con el 65.6%; IC95%: 597 – 70.97 viven solos (tabla 5). El 81.1% profesa la religión católica (tabla 6); 203 sujetos que se corresponden con el 75.2% tienen como diagnóstico base depresión, consumo de alcohol y sustancias y trastornos de la personalidad (tabla 7). El 76.3% ($n= 206$) de los sujetos realizaron intentos autolíticos con medicamentos y plaguicidas (tabla 8). Los intentos autolíticos fueron más frecuentes en los meses de enero y diciembre (figura 1).

Tabla 1. Frecuencia por procedencia

Procedencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Urbana	228	84.4	79.64 – 88.28
Rural	42	15.6	11.72 – 20.36
Total	270	100.0	

¹ Cfr. WHO.int. Ginebra: Who; 24 de Agosto 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

² Cfr. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Suicidio-Mortalidad. 2014. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>

Tabla 2. Frecuencia por sexo

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Mujer	191	70.7	65.05 – 75.85
Hombre	79	29.3	24.15 – 34.95
Total	270	100.0	

Tabla 3. Frecuencia por grupo etario

Grupo etario (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
< 20	67	24.8	20.04 – 30.3
20 – 40	164	60.7	54.8 – 66.38
40 – 60	28	10.4	7.27 – 14.58
> 60	11	4.1	2.29 – 7.15
Total	270	100.1	

Tabla 4. Frecuencia por escolaridad

Escolaridad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Analfabeto	4	1.5	.05 – 3.75
Primaria	65	24.1	19.36 – 29.51
Secundaria	143	53.0	47.01 – 58.83
Superior	58	21.5	17.0 – 26.76
Total	270	100.0	

Tabla 5. Frecuencia por estado civil

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Soltero	128	47.4	41.5 – 53.36
Unión libre	55	20.4	16.0 – 25.57
Divorciado	44	16.3	12.37 – 21.17
Casado	38	14.1	10.43 – 18.73
Viudo	5	1.9	.07 – 4.26
Total	270	100.0	

Tabla 6. Frecuencia por práctica de religión

Religión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Católico	219	81.1	76.02 – 85.33
Ateo	19	7.0	4.55 – 10.73
Evangélico	15	5.6	3.4 – 8.96
Agnóstico	12	4.4	2.56 – 7.61
Testigo de Jehová	2	.7	.02 – 2.66
Cristiano	2	.7	.02 – 2.66
Mormón	1	.4	.007 – 2.07
Total	270	100.0	

Tabla 7. Frecuencia por diagnóstico (CIE-10)

Diagnóstico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Depresión	98	36.3	30,79 – 42,19
Trastorno mental por consumo de alcohol y sustancias	57	21.1	16,67 – 26,37
Trastorno de personalidad	48	17.8	13.68 – 22.78
Trastorno mental debido a lesión cerebral	16	5.9	3.68 – 10.39
Retraso mental	13	4.8	2.84 – 8.06
Delirium	11	4.1	2.29 – 7.15
Trastorno adaptativo	7	2.6	1.26 – 5.25
Trastorno bipolar	7	2.6	1.26 – 5.25
Trastorno de conducta	6	2.2	1.02 – 4.76
Trastorno de estrés postraumático	4	1.5	.58 – 3.75
Esquizofrenia	1	.4	.07 – 2.07
Trastorno esquizoafectivo	1	.4	.07 – 2.07
Trastorno por estrés agudo	1	.4	.07 – 2.07
Total	270	100.0	

Tabla 8. Frecuencia por métodos relacionados con intentos de autolisis

Método	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC95%
Intento autolítico por medicamentos	119	44.1	38.28 – 50.04
Intento autolítico por plaguicidas	87	32.2	26.93 – 38.01
Intento autolítico por ahorcamiento	20	7.4	4.85 – 11.16
Intento autolítico con arma blanca	17	6.3	3.97 – 9.85
Intento autolítico por precipitación	14	5.2	3.11 – 8.51
Intento autolítico con arma de fuego	7	2.6	1.26 – 5.25
Intento autolítico por alcohol metílico	4	1.5	.58 – 3.75
Intento autolítico por quemadura	2	.7	.02 – 2.66
Total	270	100.0	

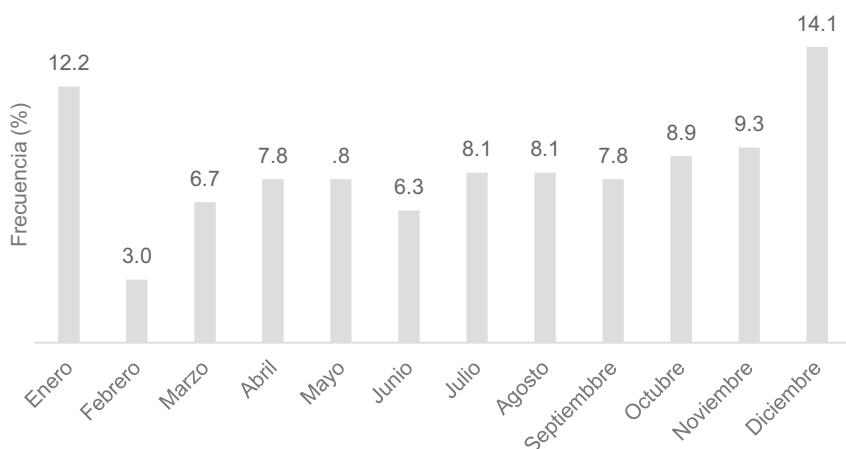


Figura 1. Frecuencia mensual de intentos autolíticos

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio nos llevan a ratificar que el intento autolítico es uno de los principales problemas de salud a nivel local, influenciado por factores sociodemográficos.

En estudios realizados en Colombia y en Ecuador, existe similitud en la prevalencia de intentos autolíticos en la zona rural, lo que difiere de los resultados obtenidos en nuestro estudio el cual demuestra una alta prevalencia en la zona urbana, lo que concuerda con el estudio realizado en EE. UU. donde se expone la variabilidad y el cambio de los niveles de intento autolítico entre la zona rural y la urbana, teniendo un aumento considerable, con el paso de los años, en la región urbana explicando este cambio el crecimiento de urbanización [8, 9, 13].

En relación al género en nuestro estudio se demuestra una alta prevalencia en mujeres alcanzando el 70.7 % de la muestra, niveles similares fueron encontrados en estudios en Colombia donde se alcanzó el 62.6 % teniendo en cuenta que las características sociodemográficas son similares, en Barcelona y Taiwan cifras de 74.2%, lo que nos indica que a nivel mundial, las mujeres son las que realizan más intentos autolíticos que los hombres, quienes tienen una mayor prevalencia de suicidios consumados [1, 25, 12].

La prevalencia mundial del intento autolítico

oscila entre la segunda y cuarta década de la vida, estudios realizados en Michigan arrojan datos similares donde los grupos de edad se encuentran entre los 18 a 30 años, en la misma línea Turquía con edades comprendidas entre los 15 a 44 años, lo que mantiene alta relación con nuestro estudio con rangos de edad entre los 20 a los 40 años [8, 2, 6].

En cuanto a nivel de escolaridad, la mayoría de estudios a nivel mundial destacan que el nulo o bajo nivel de escolaridad está relacionado con un mayor riesgo de intentos autolíticos, existe una diferencia con nuestro estudio donde se encuentra mayor incidencia en paciente con nivel de escolaridad secundaria, es probable que esta diferencia se deba a que los pacientes atendidos corresponden en su mayor parte a pacientes que por pertenecer al casco urbano quienes tienen mayor acceso a educación [11, 24, 5].

Se mantiene vigente que las personas con estado civil diferente al casado, tienen un riesgo mayor de cometer intentos autolíticos, lo que ha sido corroborado en estudios en EE.UU. (2009) y Ecuador (2012) en nuestro estudio las personas con estado civil diferente al casado comprenden el 84.1% de todos los casos atendidos [3, 21].

Según estudios publicados en Estados Unidos y Europa, describen a la religión como un fac-

tor protector frente a los intentos autolíticos, los resultados de dichos estudios indican que las personas que más cometen intentos autolíticos son las que no tienen una creencia religiosa, mientras que en nuestro estudio se considera a la religión católica como un factor de riesgo, esto puede ser porque tanto en Ecuador como en los países de América Latina la religión predominante es la católica, no existe una gran diversidad de religiones y el número de agnósticos es bajo comparado con países del primer mundo [19,14].

En referencia a la asociación del intento autolítico con trastornos psiquiátricos, nuestros resultados concuerdan con estudios realizados en poblaciones similares en Chile y España, donde los primeros lugares los ocupan el trastorno depresivo y el trastorno mental por consumo de múltiples sustancias, debido a que la desesperanza en los pacientes con depresión es uno de los factores que los predisponen al intento autolítico y en el consumo de sustancias la alteración bioquímica y estructural cerebral conlleva a los individuos a una mayor impulsividad, de ahí que sean estos dos diagnósticos los que priman en la correlación con el suicidio [16, 23, 10].

Los métodos más utilizados para el intento autolítico que se revelan en nuestro estudio son la ingesta de fármacos y plaguicidas, lo que mantiene la misma línea de prevalencia de métodos químicos en estudios similares realizados en el país, lo que viene siendo una constante en todos los estudios revisados a nivel país. La misma fue encontrada en estudios de Argentina donde 56,8% de los intentos de suicidio corresponden a un método químico. Mientras que en México el porcentaje de intentos suicidas por métodos químicos es del 78 % [4, 17, 20].

En el mes de diciembre se presenta el pico más alto de intentos autolíticos en nuestro país lo que puede estar explicado por el componente social, emocional y económico que representa este mes, lo cual es similar en los estudios analizados a nivel de Sur América y Centro América [15, 22].

Conclusiones

1. Los intentos autolíticos en el Ecuador son un problema de salud pública que van en incremento de forma exponencial cada año.
2. Las mujeres son las que más cometen intentos autolíticos en una relación 2.4:1.
3. Los bajos niveles de escolaridad y la falta de una red de apoyo constituyen uno de los factores precipitantes para cometer intentos autolíticos.
4. La depresión, el consumo de alcohol y sustancias, son los principales trastornos relacionados con los intentos autolíticos.

Recomendaciones

1. Mejorar el acceso a los sistemas de salud pública en nuestro país, así como promover la promoción y la prevención en salud.
2. Establecer herramientas de tamizaje para el riesgo suicida en los Hospitales Generales de nuestro país.
3. Elaborar protocolos de atención, manejo y prevención para pacientes con riesgo autolítico.
4. Establecer una red de Salud Mental, para el manejo, hospitalización y derivación de pacientes, de esta manera garantizar una atención integral al paciente que ingresa por intento autolítico.

Agradecimientos. A todo el personal del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, por su colaboración en la realización del estudio.

Referencias

1. Aparicio Castillo Y, Blandón Rodríguez AM, Chávez Torres NM. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. RCP [Internet]. 2016 [citado 07/09/ 2018]; en prensa. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745018300714>
2. Assari S. Suicide Attempts in Michigan HealthCare System; Racial Differences. Brain Sci. 2018;8(7). pii: E124. PMID: PMC6071112 DOI: 10.3390/brainsci8070124

3. Auqui Siguencia M. Relación existente entre depresión e intentos autolíticos, en pacientes atendidos en el servicio de emergencia. [Tesis]. Quito:Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/2500/0/1690/1/T-UCE-0007-53.pdf>
4. Chiguano Peralta M, Chalco Farinango A. Secuelas físicas y psicológicas generadas por el intento autolítico en el Hospital José María Velasco Ibarra, en el periodo enero-diciembre del 2015 [tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/2500/0/8664/1/T-UCE-0006-006-2016.pdf>
5. Dávila-Cervantes C, Pardo-Montaño A. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. RGYPS. 2017;16(33):36-51. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.ifsm>
6. Demir M. Trends in suicide methods by age group. Asia Pac Psychiatry. 2018 Sep 3:e12334. Doi: 10.1111/appy.12334
7. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Ter Psicol [Internet]. 2015 [citado 7/09/2018]; 33(2):117-26 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
8. Chicaiza M, Cobacango C. Factores sociodemográficos y culturales en pacientes con intento autolítico que ingresaron al Servicio de Emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2015 [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas 2015 [citado 07/09/2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/8631>
9. García Valencia J, Montoya Montoya GJ, López Jaramillo CA, López Tobón MC, Montoya Guerra P, Arango Viana JC, Palacio Acosta CA. Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatr [Internet]. 2011[citado 7/09/2018]; 40(2):199-214. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n2/v40n2a02.pdf>
10. Gómez-Durán E, Forti-Buratti M, Gutierrez-López B, Belmonte-Ibañez A, Martín-Fumado C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2016; 9(1):31-38. ID MEDES: 107762 Doi: 10.1016/j.rpsm.2014.02.001
11. Hagman AK, Khadka S, Wutich A, Lohani S, Kohrt BA. Suicide in Nepal: Qualitative Findings from a Modified Case-Series Psychological Autopsy Investigation of Suicide Deaths. Cult Med Psychiatry. 2018; PMID: 29881930 Doi: 10.1007/s11013-018-9585-8
12. Harnod T, Lin Ch, Kao Ch. Risk and Predisposing Factors for Suicide Attempts in Patients with Migraine and Status Migrainosus: A Nationwide Population-Based Study. JCM [Internet]. 2018 [citado 07/09/ 2018]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/9/269>
13. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Jack SPD, Haileyesus T, Kresnow-Sedacca MJ. Suicide Trends Among and Within Urbanization Levels by Sex, Race/Ethnicity, Age Group, and Mechanism of Death — United States, 2001–2015 MMWR Surveill Summ. 2017; 66(18):1-16. PMID: 28981481. Doi: 10.15585/mmwr.ss6618a1.
14. Lawrence RE, Brent D, Mann JJ, Burke AK, Grunebaum MF, Galfalvy HC,. Oquendo MA. Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. J Nerv Ment Dis. 2016; 204(11): 845-50. PMID: 26894320 Doi: [10.1097/NMD.0000000000000484]
15. Madariaga AC, Ulloa O, Gómez A, Iriondo P, Alvarado R. Muertes por suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2013. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet] 2016 [citado 07 /09/ 2018];54(3): 250-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000300009&lng=es. Doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000300009>.
16. Morales S, Armijo I, Moya C, Echávarri O, Barros J, Varela C, Fischman R, Peñaloza F, Sánchez G. Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. Av. Psicol. Latinoam [Internet]. 2014 [citado 07/09/ 2018]; 32(3): 403-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n3/v32n3a04.pdf>
17. Morra AP, Elorza C, Echenique H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. Rev Argent Salud

- Pública. [Internet] 2013 [citado 07 /09/ 2018]; 4(15): 26-31. Disponible en: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-XV.pdf#page=14>
18. Ortiz-Prado E, Simbaña K, Gómez L, Henriquez-Trujillo AR, Cornejo-León F, Vasconez E, Castillo D, Viscor G. The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geo-demographic cross-sectional study (2001–2015). *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1):342. PMID: PMC5634887 Doi: 10.1186/s12888-017-1502-0
19. Peralta F. Estudio de la relación entre suicidio y religión. *Interpsiquis XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría* [Internet]. 2018 [citado 07/09/ 2018]. Disponible en: [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-1-pon5\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-1-pon5[1].pdf)
20. Platas-Vargas EC, Méndez-Durán A, Pérez-Aguilar G, López-Ocaña L. Registro de intentos suicidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gac Méd Bilbao* [Internet] 2018 [citado 07/09/ 2018]; 115(3):105-11 Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/668/674>
21. Roble R, Bitzer O, García A, De la Rosa C. El estado civil y el suicidio en Baja California Sur. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2009 [citado 07/09/ 2018]; 47(4):383-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745515007>
22. Sánchez Fernández G, Columbiet Cazal M, García Gómez L, Jarrosay Speck C, Jarrosay LF. Intento suicida en la provincia de Guantánamo. *RIC*. 2018; 97(3):557-65
23. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Suicidal behavior and psychiatric disorders in Chile. A population-based study. *Rev Med Chil*. 2013;141(10):1275-82. PMID: 24522355 Doi: 10.4067/S0034-98872013001000006
24. Ursano RJ, Kessler RC, Naifeh JA, Herberman Mash HB, Nock MK, Aliaga PA, Fullerton CS, Wynn GH, Ng THH, Dinh HM, Sampson NA, Kao TC, Heeringa SG, Stein MB. Risk Factors Associated With Attempted Suicide Among US Army Soldiers Without a History of Mental Health Diagnosis. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(10):1022-1032. PMID: 30167650 Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2069
25. Yen S, Tracie Shea M, Sanislow ChA, Skodol AE, Grilo CM, Edelen MO, Stout RL, Morey LC, Zanarini MC, Markowitz JC, McGlashan TH, Daversa MT, Gunderson JG. Rasgos de personalidad como factores predisponentes de intentos de suicidio. *RET* [Internet]. 2015 [Citado el 07/09/2018]. Disponible en: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret74_1_personalidad_intentos_suicidio.pdf