

DOI: 10.5377/rceucs.v11i1.20235

Caracterización epidemiológica, sociocultural y clínica de la conducta suicida, zona norte de Honduras. Estudio multicéntrico.

Epidemiological, sociocultural and clinical characterization of suicidal behavior, Honduras's north region. Multicentric research.

*David Ernesto Martínez Murcia **Ángel Ricardo Hernández Galindo ***Josseline Alexandra Martínez Sierra
****Darnell Fabrizio Muñoz Fortín *****Víctor Manuel Izaguirre García.

RESUMEN

La conducta suicida hace referencia a una serie de aspectos cognitivos como; ideación, planificación y aspectos conductuales tales como intento y suicidio consumado. **Objetivo:** Caracterizar epidemiológica, sociocultural y clínicamente la conducta suicida en personas de trece años o más, evaluados en Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Policlínico Doctor Miguel Paz Barahona y la Dirección Regional de Medicina Forense de San Pedro Sula, de marzo 2018 a marzo 2019. **Metodología:** Investigación observacional descriptiva, corte transversal, retrospectiva, realizado en el período descrito. El método de muestreo fue no probabilístico con una muestra de 184 casos. Se recolectaron datos de los expedientes clínicos y dictámenes forenses mediante un cuestionario de 34 preguntas, validado por Alfa de Cronbach de 0.860 y se procesaron en IBM-SPSS 23.0. **Resultados:** 26.37% (48) tenían edades comprendidas entre 14-19 años, con una media de 29 años. El 66.8% (123) presentó el intento suicida como conducta suicida. El suicidio consumado en hombres fue 15.8% (29) y el intento suicida en mujeres en 43% (79). El método utilizado en 26.1% (48) de los intentos de suicidio fue el envenenamiento con órganos fosforados, y en los suicidios consumados fue la asfixia por ahorcadura en el 14.6% (27). **Conclusión:** Según los hallazgos, las características principales fueron: adolescente entre 14 a 19 años, mujer, mestiza, soltera, secundaria incompleta, ama de casa y desempleada. Determinar dichas características, permiten intervenir oportunamente y brindar un manejo integral con evaluación psicológica y/o psiquiátrica.

PALABRAS CLAVE

Conducta autodestructiva, ideas suicidas, intento de suicidio, suicidio.

* Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Medico Asistencial en el HLMV. davidmmurcia@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5283-3475>.

**Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Master en VIH. Medico Asistencial en HRN-IHSS.
rhergal@gmail.com <https://orcid.org/0009-0009-0096-9579>.

*** Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Master en VIH. Medico Asistencial en el HNMCR.
j-alexa03_09@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0003-4555-7702>.

****Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Medico Asistencial en Instituto Técnico Eulogio Galeano Trejo. Darfab_mufor@hotmail.com <https://orcid.org/0009-0007-7712-4692>

*****Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Medico Asistencial Caracol Knits.
viktor_izgarr@hotmail.com <https://orcid.org/0009-0007-2450-0797>

Recibido: 14 marzo 2024 Aprobado: 1 junio 2024

ABSTRACT

Suicidal behavior refers to a series of cognitive aspects such as ideation, planning and behavioral aspects such as attempted and completed suicide. **Objective:** To characterize sociocultural, epidemiologically and clinically suicidal behavior in people aged thirteen years or older, evaluated at the Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Policlínico Doctor Miguel Paz Barahona and the Dirección Regional de Medicina Forense of San Pedro Sula, from March 2018 to March 2019. **Methodology:** Descriptive observational research, cross-sectional, retrospective, carried out in the described period. The sampling method was non-probabilistic with a sample of 184 cases. Data were collected from clinical records and forensic reports using a 34-question questionnaire, validated by Cronbach's Alpha of 0.860, and processed in IBM-SPSS 23.0. **Results:** 26.37% (48) were aged between 14-19 years, with an average of 29 years. 66.8% (123) presented the suicide attempt as suicidal behavior. Completed suicide in men was 15.8% (29) and attempted suicide in women was 43% (79). The method used in 26.1% (48) of the suicide attempts was poisoning with phosphorus organs, and in the completed suicides it was asphyxiation by hanging in 14.6% (27). **Conclusion:** According to the findings, the main characteristics were: adolescent between 14 and 19 years old, female, mixed race, single, incomplete secondary school, housewife and unemployed. Determining these characteristics allows for timely intervention and comprehensive management with psychological and/or psychiatric evaluation.

KEYWORDS

Self-destructive behavior, suicidal ideas, suicide attempted, suicide.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial.⁽¹⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El informe mundial de la OMS menciona que la prevención del suicidio es un imperativo global, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención alta prioridad en la agenda mundial.⁽²⁾ En términos generales la conducta suicida hace referencia a un continuo de conductas que incluyen una serie de aspectos cognitivos, como ideas suicidas y su planificación, y aspectos conductuales como el intento de suicidio y el suicidio consumado.⁽³⁾

La conducta suicida es resultado de la interrelación de varios factores psicopatológicos entre ellos: depresión, psicosis, drogas, sociales como aislamiento, situación laboral, biológicos como heredabilidad, hipofunción serotoninérgica y ambientales como sucesos estresantes, situaciones de maltrato.⁽¹⁾

Las tasas alarmantes que, en ciertas épocas y lugares, alcanzan las muertes por suicidio han hecho que esta epidemia silenciosa se considere también como un problema de salud pública y no sólo como un asunto meramente personal.⁽⁴⁾

Anualmente, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio se puede producir a cualquier edad, en el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.⁽²⁾ En Honduras, un suicidio diario en promedio se registra desde 2010 a junio de 2018, dejando alrededor de 2,750 personas que tomaron la decisión de privarse la vida.⁽⁵⁾

Las familias son directamente afectadas, así como los amigos, conocidos y sin duda los médicos tratantes, de manera que en los familiares de personas que han cometido suicidio aumenta el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y depresión.⁽⁶⁾ La tasa estimada de suicidio es generalmente más baja en las Américas que en otras regiones según la OMS, esto pudiera explicarse entre otras cosas a que en algunos países no existen registros confiables que permitan obtener un dato de mortalidad seguro y se plantea incluso que los países con buenos datos de recolección de mortalidad, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente u otra causa.⁽⁷⁾

La sociedad tiene un déficit de conocimiento relacionado con las enfermedades de salud mental convirtiéndolas en un estigma social que dificulta que la población afectada reciba una atención de calidad y un tratamiento oportuno y eficaz. Parte del tratamiento incluye la valoración apropiada de la conducta suicida por el examinador valiéndose de instrumentos como la Escala de Desesperanza de Beck que es utilizada para evaluar la desesperanza de los pacientes sobre el futuro; esto representa un punto clave a la hora de evaluar el riesgo de tomar una conducta suicida.⁽⁸⁾

Por tanto, el objetivo de este estudio fue caracterizar epidemiológica, sociocultural y clínicamente la conducta suicida en personas mayores de trece años, evaluados en el Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, el Policlínico Doctor Miguel Paz Barahona y la Dirección Regional de Medicina Forense de San Pedro Sula, durante el período de marzo 2018 a marzo 2019.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, alcance descriptivo, no experimental, transversal, durante el período de marzo de 2018 a marzo de 2019 en el Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, el Policlínico Doctor Miguel Paz Barahona y la Dirección Regional de Medicina Forense de San Pedro Sula.

La población estudiada fueron todos los casos evaluados por conducta suicida, mayores de trece años en las unidades de salud e instituciones judiciales. El método de muestreo fue no probabilístico y el tamaño de la muestra fue de 184 casos. Los criterios de inclusión fueron: la población con conducta suicida mayores de 13 años, evaluada en las unidades de salud e instituciones judiciales del estudio, en el período de marzo 2018 a marzo 2019. Fueron criterios de exclusión: los menores de 13

años, las maneras de muerte homicida, accidental, natural e indeterminada desde el punto de vista médico legal y los casos con historias clínicas incompletas.

Se aplicó un instrumento tipo cuestionario que constaba de 34 preguntas (14 dicotómicas, 14 politómicas y 6 abiertas). Las variables estudiadas fueron: características epidemiológicas, socioculturales y clínicas. El instrumento fue validado mediante una prueba piloto realizada en las instituciones del estudio en 32 expedientes al azar que cumplían los criterios de inclusión con una fiabilidad Alfa de Cronbach de 0.860.

El procesamiento de datos se realizó mediante la digitalización del instrumento en el programa de estadística IBM-SPSS 23.0. Se calcularon frecuencias y porcentajes.

Aspectos éticos

Estudio de categoría I, no se realizaron intervenciones en los pacientes. Se obtuvo aprobación de las autoridades de las tres instituciones participantes.

RESULTADOS

En cuanto a la caracterización epidemiológica y sociocultural se encontró que el 88.5% (163) de los casos procedían de la región Noroccidental, el 82.6% (152) eran mestizos, el 91.8% (169) vivía acompañado, 57.6% (106) tenía algún grado de secundaria y 32.1% (59) algún grado de primaria. (Ver tabla No.1).

Tabla No. 1: Caracterización epidemiológica y sociocultural de la conducta suicida.

Característica	Variable	Respuesta	Frecuencia No (%)
Epidemiológica	Procedencia	Noroccidental	163(88.5%)
		Occidental	18 (9.9%)
		Centro occidental	3 (1.6%)
	Raza	Mestizo	152(82.6%)
		Blanco	29 (15.8%)
		Negro	3 (1.6%)
	Convivencia	Acompañado	169(91.8%)
		Solo	15 (8.2%)

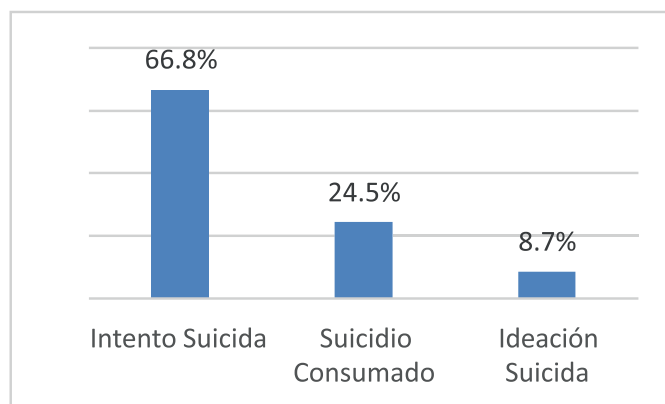
Sociocultural	Escolaridad	Analfabeta	10 (5.4%)
		Algún grado de primaria	59 (32.1%)
		Algún grado de secundaria	106(57.6%)
		Grado universitario	9 (4.9%)
	Estado civil	Soltero	92 (50%)
		Unión libre	65 (35.4%)
		Casado	26 (14.1%)
		Divorciado	1 (0.5%)
	Ocupación	Ama de casa	62 (33.7%)
		Estudiantes	42 (22.8%)
		Ventas y servicios	29 (15.8%)
		Explotación primaria y extractiva	28 (15.2%)
		Otros	23 (12.5%)
	Religión	Católica	73 (39.7%)
		Protestante	59 (32.1%)
		Sin Datos	44 (23.9%)
		Sin religión	8 (4.3%)
	Clase social	Baja	132 (71.74%)
		Media	52 (28.26%)

Fuente: Instrumento sobre caracterización epidemiológica, sociocultural y clínica de la conducta suicida.

De las edades en que se presentó la conducta suicida fue la adolescencia de 13 a 19 años con 26.6% (49), la juventud de 20 a 25 años con 24.5% (45), adultos jóvenes de 26 a 35 años con 20.7% (38), adultos intermedios de 36 a 45 años con 16.8% (31), adulto maduro de 46 a 59 años con 7.1% (13) y adultos mayores de 60 años en adelante con 4.3% (8), con una edad media de 29.6 años. En cuanto al sexo el 57.6% (106) fueron mujeres y 42.3% (78) hombres.

En el estudio se encontró qué de las conductas suicidas, el intento de suicidio se presentó en un 66.8% (123) y el suicidio consumado representó 24.5% (45), (ver gráfica No. 1). Presentándose una relación de 2.73 a 1 entre intentos de suicidio y suicidios consumados.

Gráfico No. 1: Conducta suicida presentada.



Fuente: Instrumento sobre caracterización epidemiológica, sociocultural y clínica de la conducta suicida.

El estudio mostró que en mujeres el intento suicida fue de 43% (79), en cambio en hombres el intento suicida 23.8% (44). (Ver tabla No 2).

Tabla No. 2: Conducta suicida según sexo.

Conducta suicida	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)
Ideación suicida:	5 (2.7)	11 (6.0)	16 (8.7)
Intento suicida	44 (23.8)	79 (43.0)	123 (66.8)
Suicidio consumado	29 (15.8)	16 (8.7)	45 (24.5)
Total	78 (42.3)	106 (57.7)	184 (100)

Fuente: Instrumento sobre caracterización epidemiológica, sociocultural y clínica de la conducta suicida.

De los 184 casos de conducta suicida: 8.7% (16) tuvo ideación suicida, mientras que 91.3% (168) realizaron intento suicida o suicidio consumado. De los mecanismos utilizados en los intentos de suicidio fueron el envenenamiento por órgano fosforado en un 26.1.% (48), envenenamiento con fármacos se dio en 22.2% (41), las mujeres utilizaron el envenenamiento con fármacos en un 19% (32) y el envenenamiento con órgano fosforado en un 14.29% (24), en cuanto a los hombres la manera utilizada fue el envenenamiento con órganos fosforados representado un 14.29% (24) y la asfixia por ahorcadura en un 11.31% (19) de los casos. En cuanto a los suicidios consumados la manera utilizada fue la asfixia por ahorcadura con un 12.5% (21) y en el envenenamiento con fosforo de aluminio equivalente al 10.71% (18) de los casos. (Ver tabla No. 3).

Tabla No. 3: Mecanismo utilizado según sexo y conducta.

Mecanismo utilizado	Sexo según mecanismo		Conducta según mecanismo	
	Hombre	Mujer	Intento de suicidio	Suicidio consumado
Envenenamiento por órgano fosforado: 48 (26.1%)	24 (14.29%)	24 (14.29%)	44 (26.19%)	4 (2.38%)
Envenenamiento por fármacos: 41 (22.2%)	9 (5.36%)	32 (19%)	41 (24.4%)	0 (0%)
Envenenamiento por fosforo de aluminio: 18 (9.7%)	12 (7.14%)	6 (3.57%)	0 (0%)	18 (10.71%)
Envenenamiento por psicotrópicos: 20 (10.8%)	4 (2.38%)	16 (9.52%)	20 (11.9%)	0 (0%)
Asfixia por ahorcadura: 27 (14.6%)	19 (11.31%)	8 (4.76%)	6 (3.57%)	21 (12.5%)
Herida por arma blanca: 10 (5.4%)	4 (2.38%)	6 (3.57%)	10 (5.95%)	0 (0%)
Herida por arma de fuego: 1 (0.5%)	1 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.6%)
Precipitación: 3 (1.6%)	0 (0%)	3 (1.79%)	2 (1.19%)	1 (0.6%)

Fuente: Instrumento sobre caracterización epidemiológica, sociocultural y clínica de la conducta suicida.

Se encontró que había antecedentes de depresión mayor en el 34.24% (63) de los casos, no había antecedentes de enfermedad psiquiátrica en el 27.72% (51), 23.91% (44) fueron casos postmortem sin antecedentes consignados. Se encontró antecedentes de trastorno bipolar en el 5.43% (10) de los casos, el abuso de alcohol y drogas represento un 4.89% (9), esquizofrenia represento el 1.63% (3), los trastornos de personalidad fueron el 1.63% (3) de los casos y el trastorno de ansiedad represento un 0.54% (1). Además, de los casos estudiados el 63.59% (117) fue hospitalizado luego de presentar la conducta suicida, el 36.41% (67) no requirió hospitalización. Además, el 49.46% (91) fue referido a psicoterapia y el 50.54% (93) no tuvo seguimiento en terapia posterior al evento.

DISCUSIÓN

En cuanto a la caracterización epidemiológica, el estudio mostró que el 88.5% (N=163) procedía de la región Noroccidental, esto contrasta con el boletín número 68 de Mortalidad y otros dado por el Observatorio Nacional de la Violencia (ONV) en 2023 en donde solo el 18.6% (N=104) de los casos de suicidio procedían de la región Noroccidental,⁽⁹⁾ cabe destacar que estos datos son a nivel nacional, a diferencia del estudio en donde solo se tomaron en cuenta casos atendidos en el HNMCR, el Policlínico Doctor Miguel Paz Barahona y la Dirección Regional de Medicina Forense de San Pedro Sula.

Respecto a la raza, este estudio difiere del presentado en Colombia en 2017 en el que los porcentajes entre raza negra, mestiza y blanca eran similares entre sí.⁽¹⁰⁾ En una investigación realiza en España en 2016 se encontró que el mayor porcentaje (77.4%) de la muestra vivía acompañada antes de presentar la conducta suicida⁽¹¹⁾ lo que coincide con el presente estudio ya que el mayor porcentaje (91.85%) también vivía acompañada antes de presentar la conducta suicida.

Sobre la caracterización sociocultural el estudio mostró que el 60.61% tenía algún grado de escolaridad secundaria, coincidiendo con la investigación presentada en México en 2018 donde el 60.9% de los casos tenía este nivel académico.⁽¹²⁾ Según un estudio realizado en Pamplona, España la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados o que viven solos,⁽¹³⁾ sin embargo, este estudio no mostro predominio de la conducta suicida en esta población ya que el 49.46% tenía una relación de pareja.

En cuanto a la ocupación en una investigación publicada en México en 2018 se encontró que el 24.3% eran amas de casa siendo el mayor porcentaje de los casos⁽¹²⁾ lo que se asemeja a este estudio, donde el 33.7% eran amas de casa. La “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” presentada en Galicia, España establece que la afiliación y la actividad religiosa podrían proteger del suicidio,⁽¹⁴⁾ hecho que no se vio corroborado en esta investigación siendo el 71.8% perteneciente a alguna religión. (Católica o Protestante).

Según la decimoprimer edición del libro “Kaplan y Sadock: Sinopsis de Psiquiatría” cuanto más alto sea el nivel social de una persona mayor es el riesgo de suicidio,⁽¹⁵⁾ esto no se vió reflejado en el estudio, en donde el 71.74% pertenecían a la clase social baja.

En un estudio realizado en La Habana, Cuba en 2015 “Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores” se encontró que tanto en hombre como en mujeres en casi todas las regiones del mundo los jóvenes (15-29 años) se encuentran mayormente afectados⁽⁷⁾, lo que coincide con el presente estudio en el que las edades de 15 a 29 años fueron las más afectadas con 71.8%.

En un estudio realizado en Corea del Sur en 2015 se mostró que los intentos suicidas fueron más frecuentes en mujeres que en hombres (63.5% vs. 36.5%) pero los suicidios consumados fueron más frecuentes en los hombres (62.2% vs. 37.8%)⁽¹⁶⁾ lo que se vio reflejado de la misma manera en este estudio, siendo el intento de suicidio más frecuente en mujeres con 43% vs. 23.9% en hombres, y el suicidio consumado más frecuente en hombres 15.7% vs. 8.7% en mujeres.

Los datos obtenidos mostraron que tanto en hombres como en mujeres el envenenamiento fue la manera más utilizada con un 28.58% en conjunto, esto difiere del estudio publicado en Colombia en 2017 donde la asfixia por ahorcadura fue la manera predominante.⁽¹⁷⁾ En un estudio realizado en China en 2016 el envenenamiento fue la manera más utilizada tanto en intentos suicidas como en suicidios consumado,⁽¹⁸⁾ lo que se diferencia de lo observado en esta investigación en la que el envenenamiento solo fue predominante en los intentos suicidas mientras que en los suicidios consumados la asfixia por ahorcadura represento un mayor porcentaje con el 12.5% de los casos.

En lo referente al antecedente personal de enfermedad psiquiátrica se evidenció que en un tercio de los casos había antecedentes de depresión mayor, lo cual se relaciona con el estudio realizado en Barcelona España en el año 2016 por Adriana Margarit Soler et al, donde de igual manera el trastorno depresivo mayor constituía el antecedente psiquiátrico predominante con un 25.31% de la población analizada.⁽¹⁹⁾

Con respecto al ingreso hospitalario se encontró que más de la mitad de los casos fueron hospitalizado posterior al evento, esto concuerda con el estudio realizado en Barcelona en 2016 publicado por Adriana Margarit Soler et al. donde 59.1% de la población fue ingresada a una unidad de salud luego de presentar la conducta suicida.⁽¹⁹⁾

Sobre el manejo con psicoterapia en la población estudiada se encontró que únicamente el 65% fue referido para psicoterapia, esto discrepa del estudio realizado por Maritza Johana Chiguano Peralta en Ecuador en el año 2015, en el que el 95.95% de los casos si recibieron psicoterapia posterior a la conducta suicida.⁽²⁰⁾

EN CONCLUSIÓN

Según los hallazgos se determinó las características epidemiológicas, socioculturales y clínicas de la conducta suicida en pacientes mayores de 13 años de los diferentes centros evaluados siendo las características principales: Adolescente entre 14 a 19 años, mujer, mestiza, soltera, secundaria incompleta, ama de casa, desempleada, siendo que la población tiene más de la mitad de probabilidad de presentar conducta suicida. Dicho perfil “de alto riesgo” permite hacer diagnósticos oportunos y un manejo integral con evaluación psicológica y/o psiquiátrica. Además de impulsar la regulación del acceso a medicamentos y pesticidas de venta libre en diferentes comercios.

AGRADECIMIENTO

Se agradece al Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, al Policlínico Doctor Miguel Paz Barahona, al Centro Regional de Medicina Forense, San Pedro Sula, por su apoyo en la facilitación de expedientes para la recolección de datos presentados en este trabajo. Y como reconocimiento póstumo a nuestro maestro, mentor y asesor técnico el Doctor Bismark Espinoza, quien en vida fuera jefe del área de Psiquiatra del HNMCR y catedrático de psicopatología de la UNAH-VS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baca Garcia E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud mental. 2014 septiembre; 37(5).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 16].
Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes. 2016 enero; 3(1).
https://revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
4. Teléfono de la esperanza. Suicidio la epidemia silenciosa. Revista del teléfono de la esperanza. 2013 junio; 250(1).
<http://besarkada-abrazo.org/wp-content/uploads/2016/11/A-vivir-TELEFONO-ESPERANZA.pdf>
5. Mercado K. La Prensa. [Online].; 2019 [cited 2019 abril 16]. Available from:
<https://www.laprensa.hn/honduras/1263073-410/un-suicidio-diario-registran-autoridades-honduras-depresion-ansiedad->
6. Garciandia Imaz JA. Familia, suicidio y duelo. Revista colombiana de psiquiatría. 2014 mayo; 47(1).
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951010.pdf>
7. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. Revista habanera de ciencias médicas. 2015 diciembre; 15(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
8. Park Sw, Lee JH, Lee EK, Song JJ, Park HS, Hwang SY, et al. Development of the suicide risk scale for medical inpatients. The Korean Academy of Medical Sciences. 2018 junio; 33(3). DOI: 10.3346/jkms.2018.33.e18
9. UNAH. Mortalidad y Otros. Boletín. Tegucigalpa: Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, Departamento de Ciencias Sociales; 2022. Report No.: ISSN 2225-5125.

<https://iudpas.unah.edu.hn/dmsdocument/15168-boletin-nacional-ene-dic-2022-ed-68>

10. Medina Cano AR, Herazo Chamorro MI, Barrios Meza AM, Rodelo Serrano YV, Salinas Gallardo LF. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Avance en psicología latinoamericana*. 2017 Julio; 25(1).
<https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>
11. Ruiz de Peñón Santamaría Á. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un hospital general tras tentativa suicida en Guipúzcoa, España. Tesis de pregrado. Cantabria: Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina; 2016.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/9665/Ruiz%20de%20Pellon%20Santamaria%2c%20Angel.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
12. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina Mora M, Fleiz C, Diaz Salazar J. Suicide ideation and behavior in Mexico: encodat 2016. *Salud Publica de México*. 2018 mayo; 61(1).
<https://doi.org/10.21149/9351>
13. Gobierno de Navarra. Prevención y actuación ante conducta suicida. Protocolo de colaboración interinstitucional. Pamplona: Gabinete del departamento de políticas sociales, Departamento de salud; 2014.
<https://www.redaipis.org/sites/default/files/2020-12/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
14. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica. Galicia: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia, Consellería de sanidad; 2012.
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
15. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadock sinopsis de psiquiatría: ciencias del comportamiento/ psiquiatría clínica. Decimoprimer ed. Valdés Miyar M, Martin-Santos Laffont R, Lázaro Garcia L, Sender Romeo R, editors. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
16. Soo-Hyun J, Sheng-Min W, Tae-Won K, Ho-Jun S, Jong-Hyun J, Jin-Hee H, et al. Factors associated with suicide completion: A comparison between suicide attempters and completers. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2015 septiembre; 8(1).
DOI: 10.1111/appy.12216

17. Suescún Arregoces JD, Caballero-Domínguez C, Fuentes López C, Ceballos Ospino G. Características sociodemográficas y suicidios consumados en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga (Colombia). Cuadernos Hispanoamericanos de psicología. 2017 junio; 17(1).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6203591.pdf>
18. Bao-Peng L, Xianchen L, Cun-Xian J. Characteristics of suicide completers and attempters in rural Chinese population. comprehensive psychiatry. 2016 junio; 70(1).
DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.07.005
19. Soler AM, Martínez Sánchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. Anales de Pediatría. 2016 Julio; 85(1).
DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.04.022
20. Chiguano Peralta Mj, Chalco Farinango AN. Secuelas físicas y psicológicas generadas por el intento autolítico en el hospital José María Velasco Ibarra, en el periodo Enero-Diciembre del 2015. Tesis de pregrado. Quito: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.