

Artículo Original/ Original Article

<http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.54>

Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario

*Julio Torales¹, **Iván Barrios¹, ***Sandra González¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay

Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:

Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2020; 18(2): 54-62

RESUMEN

Cada año, unas 800 mil personas mueren por suicidio. Dada la importancia del estudio de la conducta suicida para la salud pública en general, y para la salud mental en particular, y habida cuenta de su alta frecuencia, se consideró oportuno realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes con conducta suicida, que recibieron atención médica en un hospital universitario. Este fue un estudio descriptivo, con muestreo no probabilístico, de casos consecutivos. Se incluyó a 127 pacientes que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, entre 2014 y 2018. El 78% de la muestra era del sexo femenino, con una media de edad de 29±13 años. El 28,16% de los pacientes presentó conducta suicida. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos que poseían estos pacientes, la mayor frecuencia fue para el trastorno límite de la personalidad (43,3%), seguido por trastorno depresivo mayor (18,9%). El 53,5% de los pacientes tenía antecedentes de algún intento previo de suicidio. Los métodos más utilizados fueron ingesta de medicación (42,5%), ahorcamiento (16,5%) y cortes en el antebrazo (11,8%). Los resultados encontrados coinciden con la literatura médica e investigaciones al respecto y sirven para caracterizar a esta población, sin embargo, se deben tener en cuenta las limitaciones propias del diseño del presente estudio. Conocer las características principales de aquellas personas con conducta suicida permite a profesionales de la salud estimar el riesgo vital y establecer planes de atención.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, trastornos mentales, pacientes hospitalizados.

Characterization of patients with suicidal behavior hospitalized in the Psychiatry Service of a University Hospital

ABSTRACT

Each year about 800 thousand people die from suicide. Given the importance of the study of suicidal behavior for public health in general, and for mental health in particular, and given its high frequency, it was considered appropriate to conduct this research in order to characterize patients with suicidal behavior, who received medical

*Profesor Adjunto de Psiquiatría

** Ayudante de Cátedra de Metodología de la Investigación

*** Auxiliar de la Enseñanza de Psiquiatría

Fecha de recepción: Mayo 2020. Fecha de aceptación: Julio 2020

*Autor correspondiente: **Dra. Sandra González.** Médica de la Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Dirección: Mariscal López y Coronel Casal, Campus de la UNA. San Lorenzo, Paraguay. Teléfono: +(595) 982 289107.

Email: gonzalezalmadasandra@gmail.com



attention at a university hospital. This was a descriptive study, with non-probabilistic sampling, of consecutive cases. One hundred twenty-seven patients who were hospitalized, between 2014 and 2018, in the Psychiatry Service of the Hospital de Clínicas of the National University of Asunción, Paraguay, were included. Seventy eight percent of the sample was female, with a mean age of 29 ± 13 years while 28.16% of the patients presented suicidal behavior. As for the psychiatric diagnoses that these patients possessed, the highest frequency was for borderline personality disorder (43.3%), followed by major depressive disorder (18.9%). Fifty-three-point five percent of the patients had a history of some previous suicide attempt. The most used methods were medication intake (42.5%), hanging (16.5%) and cuts in the forearm (11.8%). The results coincide with the medical literature and research in this regard and serve to characterize this population, however, the limitations of the design of the present study must be considered. Knowing the main characteristics of those with suicidal behavior allows health professionals to estimate life risk and establish care plans.

Keywords: suicide, suicidal behavior, mental disorders, hospitalized patients.

INTRODUCCIÓN

Cada año, unas 800 mil personas mueren por suicidio. Esto representa que cada 40 segundos un individuo se quita la vida. La tasa de mortalidad anual global por suicidio es de 10,7 por cada 100 mil personas, con variaciones entre diferentes países y grupos de edad⁽¹⁾. El suicidio ha superado los accidentes automovilísticos como la principal causa de muerte y se ubica entre las principales causas de muerte entre las personas de 10 años o más⁽²⁾.

Los pensamientos suicidas, la planificación, los intentos de suicidio y los suicidios consumados representan un *continuum* del comportamiento suicida. La prevalencia en la vida de la ideación suicida y los intentos de suicidio en la población general de los Estados Unidos de América se estimó en 13,5% y 4,6% respectivamente, existiendo una muerte por suicidio por cada 25 intentos⁽²⁾. En Paraguay, según datos del Departamento de Emergencias y Admisión del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, la agitación (25%) y los intentos de suicidio/riesgo de suicidio (15%) fueron la razón principal para solicitar una consulta de urgencia⁽³⁾.

Conocer las características principales de aquellas personas con conducta suicida, permite a profesionales de la salud estimar el riesgo vital y establecer planes de atención. Para caracterizar al paciente con conducta suicida hay que determinar qué factores de riesgo reporta la literatura para así identificarlos en la población diana: por ejemplo, se sabe que el mejor predictor para un intento suicida es un intento suicida previo⁽⁴⁾. Asimismo, se ha encontrado relación con la edad, sexo, escolaridad, empleo y otros factores⁽⁵⁻¹⁰⁾, que serán incluidos en la presente investigación, a fin de obtener un perfil del paciente con conducta suicida. Se debe añadir que diversos investigadores han informado que las personas que tienen algún tipo de patología médica de base (principalmente las crónicas) son más propensas a cometer o intentar cometer suicidio, al igual que la población con trastornos mentales, lo que hace fundamental investigar sobre dichos aspectos a la hora de caracterizar a los pacientes^(11,12).

Dada la importancia del estudio de la conducta suicida para la salud pública en general, y para la salud mental en particular, y habida cuenta de su alta frecuencia (mayor aún en personas con trastornos mentales o enfermedades crónicas), se consideró oportuno realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar al paciente con conducta suicida que requirió de hospitalización en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este fue un estudio observacional, descriptivo y temporalmente retrospectivo. El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos. Se incluyó a pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad

Nacional de Asunción, en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2014 y 2018. (Podría ser importante, para mayor claridad, describir la cantidad de pacientes hospitalizados en ese periodo de la muestra, de que mes/año a que mes/año, y de ese total, qué porcentaje conforman los 127 seleccionados con los criterios muestrales) Los criterios de inclusión fueron: pacientes con conducta suicida, hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría, de ambos sexos, mayores de edad, cuyos datos estaban correctamente consignados en las fichas clínicas respectivas. Se descartó a aquellos pacientes cuyas fichas clínicas no se encontraban correctamente llenadas o con letra ilegible.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, procedencia, estado civil, escolaridad, ocupación, consumo de alcohol, consumo de tabaco, abuso de benzodiazepinas, consumo de drogas ilícitas, enfermedad médica (según diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10), antecedentes familiares de suicidio, diagnóstico psiquiátrico (según diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5), tratamiento en los últimos 6 meses, intento suicida previo, método utilizado, días de internación.

Análisis estadístico

El tamaño de muestra fue calculado usando el paquete epidemiológico *Epidat* (Organización Panamericana de la Salud, Junta de Salud de Galicia y Universidad CES de Colombia). Asumiendo una frecuencia de intento suicida en el Servicio de Psiquiatría del 15% (3), un nivel de confianza del 95% y una precisión del 6,5%, la muestra mínima quedó establecida en 116 pacientes. Finalmente, la muestra incluyó a 127 pacientes⁽¹³⁾.

Los datos fueron cargados en una planilla de cálculo para luego ser procesados con el paquete estadístico *EpiInfo*, versión 7.2. Las variables categóricas fueron resumidas en forma de tablas y figuras y las numéricas con medidas de tendencia central y dispersión.

Consideraciones éticas

Al ser un estudio descriptivo, que utilizó fichas clínicas, no se reportaron conflictos éticos importantes. En todo momento se cumplió con la Declaración de Helsinki, garantizándose la confidencialidad de los datos contenidos en las fichas clínicas, siendo los mismos utilizados solamente para cumplir con los objetivos de la investigación.

RESULTADOS

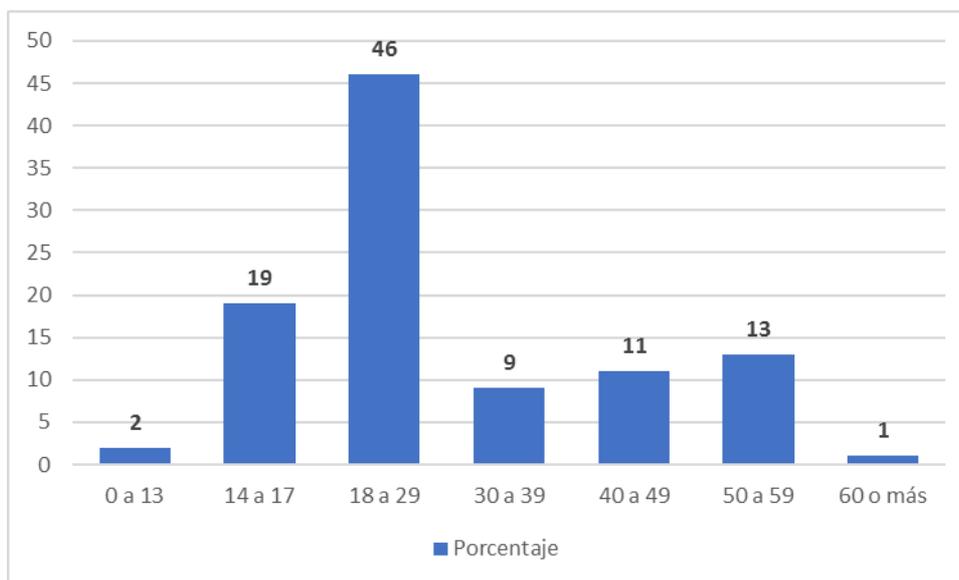
Se analizaron 451 fichas de pacientes durante el periodo que abarcaba la investigación, de los cuales se encontraron 127 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para participar de la investigación. En el periodo estudiado (2014–2018), la frecuencia de pacientes con conducta suicida que requirieron de hospitalización fue de 28,16%.

El 78% de la muestra era del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 13 y los 60 años y una media de edad de 29 ± 13 años. El 63% era del Departamento Central, el 48,8% tenía formación secundaria, el 54,3% se encontraba desempleado y el 42,5% se encontraba soltero. Estos datos pueden verse en detalle la Tabla 1.

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los pacientes estudiados (n=127)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	99	78
Hombre	28	22
Procedencia		
Asunción	32	25,2
Interior	15	11,8
Central	80	63,0
Escolaridad		
Primaria	8	6,3
Secundaria	62	48,8
Terciaria	57	44,9
Empleo		
Desempleado	69	54,3
Empleado	58	45,7
Estado civil		
Casado	19	15,0
Soltero	54	42,5
Menor	39	30,7
Unión libre	13	10,2
Viudo	2	1,6

El grupo etario con mayor cantidad de casos fue el de 18 a 29 años, con un 46% de frecuencia, seguido por el grupo de 14 a 17 años, con 19% (Figura 1).

**Figura 1:** Conductas suicidas por grupo etario (n=127)

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la mayor frecuencia fue para el trastorno límite de la personalidad (43,3%), seguido por trastorno depresivo mayor (18,9%). La mayoría (61,4%) no contaba con un diagnóstico de patología médica. Las enfermedades médicas más diagnosticadas fueron hipertensión arterial (9,4%), epilepsia (4,7%), asma (3,1%) e hipotiroidismo (3,1%). Estos datos pueden verse en detalle la Tabla 2.

Tabla 2: Diagnósticos en los pacientes incluidos en el estudio (n=127)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico psiquiátrico		
Trastorno límite de la personalidad	55	43,3
Trastorno depresivo mayor	24	18,9
Trastorno adaptativo	9	7,1
Trastorno bipolar I	5	3,9
Trastorno disociativo	3	2,4
Trastorno de personalidad mixto	3	2,4
Otros	28	22
Diagnóstico médico		
Sin enfermedad médica	78	61,4
Hipertensión arterial	12	9,4
Epilepsia	6	4,7
Asma	4	3,1
Hipotiroidismo	4	3,1
Alergia	3	2,4
Artritis reumatoidea	2	1,6
Síndrome de ovario poliquístico	2	1,6
Traumatismo craneoencefálico	2	1,6
Otros	14	11,1

El 43,3% realizaba algún tipo de tratamiento debido a su diagnóstico psiquiátrico. Los días de hospitalización estaban en el rango de 0 a 71 días, con una media de 16 ± 11 días. En cuanto los antecedentes familiares, el 52% tenía algún antecedente familiar de trastorno mental.

El 53,5% de los pacientes tenía antecedentes de algún intento previo de suicidio. Los métodos más utilizados fueron ingesta de medicación (42,5%), ahorcamiento (16,5%) y cortes en el antebrazo (11,8%). La Tabla 3 presenta estos datos.

Tabla 3: Métodos utilizados durante la conducta suicida (n=127)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ingesta de medicación	54	42,5
Ahorcamiento	21	16,5
Cortes en el antebrazo	15	11,8
Salto de altura	10	7,9
Ingesta de medicación y cortes	7	5,5
Ingesta de veneno	6	4,7
Ingesta de medicación y ahorcamiento	5	3,9
Salto delante de vehículo en movimiento	2	1,6
Lesión autoinfligida con arma blanca	2	1,6
Salto de vehículo en movimiento	1	0,8
Cortes en el cuello	1	0,8
Disparo con arma de fuego e ingesta de medicación	1	0,8
Ahorcamiento y cortes	1	0,8
Disparo con arma de fuego	1	0,8

Los métodos más frecuentes utilizados por las mujeres fueron la ingesta de medicación (44,4%) y los cortes (13,1%). Entre los hombres, los métodos más utilizados fueron ahorcamiento (35,7%) e ingestión de medicación (35,7%) (Tabla 4).

Tabla 4: Métodos utilizados durante la conducta suicida por sexo (n=127)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mujer		
Ingesta de medicación	44	44,4
Cortes en el antebrazo	13	13,1
Ahorcamiento	11	11,1
Salto de altura	7	7,1
Ingesta de medicación y cortes	6	6,1
Ingesta de medicación y ahorcamiento	5	5,1
Ingesta de veneno	5	5,1
Otros	8	8
Hombre		
Ahorcamiento	10	35,7
Ingesta de medicación	10	35,7
Salto de altura	3	10,7
Cortes en el antebrazo	2	7,1
Ingesta de medicación y cortes	1	3,6
Ingesta de veneno	1	3,6
Salto delante de vehículo en movimiento	1	3,6

En cuanto al consumo de sustancias, el 30,7% consumía alcohol, el 8,7% era tabaquista, el 2,4% abusaba de benzodiazepinas y el 6,3% consumía drogas ilícitas. El cannabis era la droga ilícita más consumida (3,9%), seguida de la cocaína (1,6%) y de la combinación LSD-cannabis (0,8%) (Tabla 5).

Tabla 5: Consumo de sustancias en los pacientes incluidos (n=127)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol		
Sí	39	30,7
No	88	69,3
Tabaco		
Sí	11	8,7
No	116	91,3
Abuso de benzodiazepinas		
Sí	3	2,4
No	124	97,6
Drogas ilícitas		
Sí	8	6,3
No	119	93,7

DISCUSIÓN

El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Constituye la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que a nivel mundial, el suicidio constituyó el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998 y que en 2020 representará el 2,4%⁽¹⁴⁾.

La frecuencia encontrada de conductas suicidas fue de 28,16%. Esta frecuencia es mayor a los resultados de Torales *et al.* quienes informaron una frecuencia de conducta suicida del 15%⁽³⁾. Cabe destacar que, al estudiar las tasas de suicidio, las mismas ascienden a 10,7 en todo el mundo, mientras que en las Américas se encuentra entre 9,6 y 9,1⁽¹⁵⁾.

Los datos coinciden con publicaciones en los medios de comunicación que informan que el suicidio en Paraguay es la tercera causa de muerte violenta y que una persona se suicida por día, con un registro de 407 suicidios durante el año 2017 según datos de la Policía Nacional^(16,17). Por su parte, la Dirección Nacional de Estadísticas Encuestas y Censos (DGEEC), informó que en el 2016 hubo 387 suicidios y de los 407

casos registrados en el 2017, el 73,21% fueron hombres (298 casos). El rango de edad donde más casos fueron registrados fue el de 18 a 29 años, con 41,27% (168 casos)⁽¹⁸⁾. Al igual que lo informado por la DGEEC, en esta investigación el grupo etario con mayor frecuencia de conducta suicida fue el de 18 a 29 años, con 58 casos (46%). Se debe tener en cuenta que los "intentos suicidas" son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres⁽¹⁹⁾, pero son los hombres quienes logran concretar el hecho, de ahí el porcentaje en las estadísticas.

Esta diferencia podría ser explicada por el método que utilizan tanto hombres como mujeres: los primeros suelen utilizar métodos más violentos (ahorcamiento, armas de fuego), en comparación con las mujeres (ingestión de medicamentos, cortes)⁽²⁰⁾. Esto se encuentra también en consonancia con los resultados de la presente investigación donde "ahorcamiento" fue el método más frecuente entre hombres y la "ingesta de medicación" entre las mujeres. Otra causas que podrían explicar el por qué los hombres logran concretar más frecuentemente el suicidio, es que los mismos son más reacios a buscar ayuda y son más consumidores de drogas y alcohol⁽²¹⁾. Esto podría deberse a un modelo de masculinidad que establece que los hombres que se ajustan a normas masculinas "dominantes", tienen más probabilidades de participar de comportamientos de riesgo para la salud, lo que influiría en el curso de acción que los hombres toman ante una eventual crisis suicida⁽²¹⁾.

Además, se sabe que los hombres y las mujeres reaccionan de manera diferente a los eventos estresantes de la vida, y los hombres son más propensos a retirarse, responder agresivamente y/o experimentar síntomas depresivos, particularmente ante eventos como el divorcio/separación y problemas laborales⁽²¹⁾. Como ya se mencionó previamente, se recalca que en la mayoría de los países, el riesgo de suicidio es mayor en hombres mayores, y el riesgo de intento de suicidio es mayor en mujeres jóvenes⁽²²⁾.

La mayor parte de la muestra informaba estar soltera. Aquí se destaca que el estado civil es un factor a tener en cuenta para el riesgo de suicidio, puesto que el matrimonio (o estar en pareja) parece ser un factor protector según algunos estudios⁽²³⁾. La mayoría los pacientes se encontraba desempleado, siendo este un factor de riesgo para la conducta suicida⁽²⁴⁾.

Los datos sobre diagnóstico de enfermedad médica coinciden con resultados del país, donde los factores de riesgo cardiovasculares son bastante frecuentes⁽²⁵⁾. En general, las enfermedades médicas se relacionan con conductas suicidas cuando son crónicas o con mucho dolor de por medio⁽¹⁹⁾; sin embargo, no se encontró este tipo de diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, la muestra presentó trastorno límite de la personalidad en un 43,3%. Las personas con trastorno límite de la personalidad también tienen un riesgo particularmente alto de intento de suicidio o suicidio^(26,27). Lo anterior puede ser explicado debido a que las personas con este diagnóstico presentan rasgos agresivos e impulsivos⁽²⁸⁾.

El 18,9% presentó trastorno depresivo mayor. Esto está en concordancia con la literatura, que informa que la dificultad interpersonal o sentimientos y pensamientos negativos (por ejemplo, depresión, ansiedad, angustia generalizada) o autocrítica son factores de riesgo para autolesión⁽²⁹⁾.

En cuanto a los métodos utilizados, los mismos son similares a los referidos por la literatura. Asimismo, las diferentes frecuencias en los métodos utilizados según sexo son explicadas por la elección de métodos más violentos por parte de los hombres⁽³⁰⁾.

La desigualdad de género contribuye a las variaciones globales en las proporciones de género por suicidio, encontrándose proporciones más bajas en lugares donde la discriminación basada en el género es más prominente. Hace tiempo que se sabe que, aunque las mujeres enfrentan una variedad de desventajas sociales, sus tasas de suicidio son más bajas que las de sus homólogos masculinos. La forma en que las mujeres desarrollan fortalezas para sobrevivir a las dificultades de la vida podría explicar lo anterior. Todo esto necesita de una exploración más profunda, que serviría también para complementar las estrategias de prevención del suicidio en los hombres⁽³¹⁾.

En cuanto al consumo de sustancias, el 30,7% consumía alcohol de forma regular, el 8,7% era tabaquista y el 2,4% tenía antecedentes de abuso de benzodiazepinas. El 3,9% consumía cannabis. Se sabe que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para el suicidio y que también el consumo de cannabis se ha asociado a la ideación suicida e intento suicida⁽³²⁾.

Entre las limitaciones de la investigación está el tipo de muestreo realizado, ya que al ser un muestreo de tipo no probabilístico no se pueden generalizar los resultados. Otra limitante es el tamaño de muestra de la población; no obstante, durante el periodo analizado no se encontraron suficientes pacientes. Por último, hubiera sido interesante explicitar los rangos de uso y abuso de benzodiazepinas. No obstante, estos datos no estaban disponibles de manera detallada en las historias clínicas consultadas. Futuras investigaciones deberían poder dimensionar este elemento, con el fin de establecer estrategias de intervención.

En conclusión, la mayoría de los pacientes con conductas suicidas era del sexo femenino, provenía del Departamento Central de Paraguay, era desempleado, soltero y con formación secundaria, pertenecía al rango etario de 18 a 29 años, no poseía diagnóstico médico de base, pero en casi la mitad de los casos un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y recibía tratamiento. Asimismo, la mayoría poseía antecedentes familiares de trastornos mentales y antecedentes de algún intento previo de suicidio. Los métodos más utilizados fueron ingesta de medicación, ahorcamiento y cortes en el antebrazo 3 de cada 10 pacientes eran consumidores de alcohol.

Los suicidios pueden prevenirse, al menos parcialmente, restringiendo el acceso a los medios de suicidio, capacitando a los médicos y a profesionales sanitarios para identificar a las personas en riesgo y para evaluar y manejar las conductas suicidas, brindando atención, contención y seguimiento adecuado. El suicidio representa un importante problema social y de atención médica, por lo que su abordaje debe ser prioritario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Mental Health Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All. [citado el 1 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background.
2. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *Am J Addict*. 2015;24(2):98–104.
3. Torales J, Ventriglio A, Barrios I, Arce A. Demographic and clinical characteristics of patients referred to the psychiatry unit of the emergency department at the National University of Asunción's General Hospital, Paraguay. *Int J Cult Ment Health*. 2016;9(3):233–8.
4. Burke TA, Hamilton JL, Ammerman BA, Stange JP, Alloy LB. Suicide risk characteristics among aborted, interrupted, and actual suicide attempters. *Psychiatry Res*. 2016;242:357–64.
5. Chan MKY, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2016;209(4):277–83.
6. Crnek-Georgeson KT, Wilson LA, Page A. Factors influencing suicide in older rural males: a review of Australian studies. *Rural Remote Health*. 2017;17(4):4020.
7. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):163.
8. Berman AL. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(3):340–52.
9. Nock MK, Millner AJ, Joiner TE, Gutierrez PM, Han G, Hwang I, et al. Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *J Abnorm Psychol*. 2018;127(2):139–49.
10. Babeva K, Hughes JL, Asarnow J. Emergency Department Screening for Suicide and Mental Health Risk. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(11):100.
11. Park S, Lee Y, Youn T, Kim BS, Park JI, Kim H, et al. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide

- attempts, and mental disorders among suicide attempters. *BMC Public Health*. 2018;18(1):477.
12. Iverson GL. Suicide and Chronic Traumatic Encephalopathy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016;28(1):9–16.
 13. Liu C-H, Yeh M-K, Weng S-C, Bai M-Y, Chang J-C. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc*. 2017;32(9):1524–9.
 14. Muñoz S. How many subjects do I need to power my study? *Medwave*. 2014;14(6):e5995.
 15. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Epidemiol Asp Suicide Teenagers*. 2017;84(2):72–7.
 16. Última Hora. El suicidio es la tercera causa de muerte violenta en Paraguay [Internet]. Última Hora. 2018 [citado el 1 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ultimahora.com/el-suicidio-es-la-tercera-causa-muerte-violenta-paraguay-n2706509.html>
 17. La Nación. En Paraguay una persona se suicida por día [Internet]. La Nación. 2019 [citado el 1 de agosto de 2019]. Disponible en: </pais/2019/06/07/en-paraguay-una-persona-se-suicida-por-dia/>
 18. Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. Compendio estadístico 2017. DGEEC: Fernando de la Mora; 2019.
 19. Arce A, Torales J. *El Libro Azul de la Psiquiatría*. 1a ed. Asunción: EFACIM; 2012.
 20. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin North Am*. 2017;101(3):553–71.
 21. Pirkis J, Spittal MJ, Keogh L, Mousaferiadis T, Currier D. Masculinity and suicidal thinking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(3):319–27.
 22. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(2):183–90.
 23. Gaxiola-Robles R, Bitzer-Quintero OK, García-González A, Celis-de la Rosa A. El estado civil y el suicidio en Baja California Sur. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(4):383–6.
 24. Qi X, Hu W, Page A, Tong S. Associations between climate variability, unemployment and suicide in Australia: a multicity study. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):114.
 25. Chaves G, Britez N, Maciel V, Klinkhof A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta ambulatoria urbana: estudio AsuRiesgo, Paraguay. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):136–43.
 26. Links PS, Kolla NJ, Guimond T, McMair S. Prospective Risk Factors for Suicide Attempts in a Treated Sample of Patients with Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. 2013;58(2):99–106.
 27. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in BPD at 6 Year Follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):484–90.
 28. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. febrero de 2015;385(9969):717–26.
 29. Lenkiewicz K, Racicka E, Bryńska A. Self-injury - placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatr Pol*. 2017;51(2):323–34.
 30. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *J Affect Disord*. 2008;107(1–3):37–43.
 31. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949–57.
 32. Borges G, Bagge CL, Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*. 2016;195: 63–74.