

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA



**Proyecto de Investigación para obtener el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Médico Especialista en PSQUIATRÍA
Modalidad: Residencia Médico**

**EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA
COMO PREDICTOR DE CONDUCTA SUICIDA**

**AUTOR:
LUIS PAUL CASTAÑEDA TIRADO**

**ASESORA:
DRA. ROSA ANGELA LOZANO IBAÑEZ**

TRUJILLO-PERÚ

2020

I. GENERALIDADES

1. TÍTULO:

Experiencias adversas en la infancia como predictor de conducta suicida

2. EQUIPO INVESTIGADOR

2.1. AUTOR:

Médico Cirujano Luis Paul Castañeda Tirado

Médico egresado de la Residencia en la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray (HVLE) por la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO)

2.2. ASESOR:

Dra. Rosa Angela Lozano Ybañez

Médico Psiquiatra Asistente del HVLE

Docente de Facultad de Medicina Humana de la UPAO

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

3.1. De acuerdo a la orientación o Finalidad: Aplicada

3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional

4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no transmisibles

5. UNIDAD ACADÉMICA

Escuela de Postgrado y Unidad de Segunda Especialización de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

6. INSTITUCIÓN Y LOCALIDAD DONDE DESARROLLARÁ EL PROYECTO

6.1. Institución: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – EsSalud

6.2. Localidad: Distrito de Trujillo - Provincia Trujillo - La Libertad.

7. DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO: 12 meses

7.1. Fecha de inicio: marzo 2020

7.2. Fecha de término: marzo 2021

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO DE TESIS

El presente estudio de tipo observacional de casos y controles, presenta como objetivo demostrar que las experiencias adversas en la infancia son un predictor de conducta suicida en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray atendidos por Psiquiatría en consultorios externos y emergencia durante los meses de enero y febrero 2021. A un total de 100 casos y 100 controles se les evaluará mediante dos cuestionarios, el módulo de suicidio de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud-3.0 y el Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ); la base de datos obtenida se analizará mediante modelos de regresión logística binaria simple y múltiple para encontrar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y las conductas suicidas, así como para explorar el efecto acumulativo de las experiencias adversas en la infancia. Calcularemos el OR de diferentes factores y su intervalo de confianza del 95%. Así los resultados obtenidos servirán para poder programas y estrategias de prevención de conducta suicida en personas que han sufrido experiencias adversas en la infancia, con más énfasis en niños y adolescentes

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud el suicidio es un fenómeno complejo e independiente que, en los últimos 45 años, ha presentado un incremento en un 60% a nivel mundial. Según Värkin et al. en el 2012, al año un poco más de 800 mil personas se suicidaron. Este incremento llevó al suicidio a ser la segunda causa principal de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial.^{1,2}

En el Perú, fallecen por conducta suicida aproximadamente mil personas al año, una considerable pérdida que forma parte de una de las causas más trágicas de años de vida perdidos por muerte prematura. Asimismo, se calcula que, por cada suicidio cumplido, otras 25 personas han realizado un intento, es decir, estarían en riesgo 25 000 personas y, por consiguiente, la misma cantidad de familias comprometidas con este problema. La depresión severa se asocia al 80% de los suicidios, muchas veces las personas comunican este

deseo con muchos otros síntomas clásicos, que no son percibidos por su entorno.³

En 1998 el ACE Study, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de casi 20,000 ciudadanos de Estados Unidos de clase media, permitió demostrar con bastante claridad que las experiencias infantiles adversas (ACE) pueden afectar a casi dos tercios de los adultos y favorecer significativamente a consecuencias negativas en su salud física y mental; dentro de ellos aumenta el riesgo de conducta suicida.⁴

Dentro de las experiencias adversas en la infancia, tenemos la violencia infantil que en la actualidad la Organización Mundial de la Salud la considera como un problema de salud pública. El maltrato infantil es una realidad habitual en casi todos los ámbitos de la sociedad. En América Latina la quinta parte de su población menor de quince años sufren violencia, abandono familiar, en el colegio, la comunidad y las calles. Es denunciado e investigado pocas veces, por eso y además de otras dificultades, las cifras disponibles son consideradas apenas la punta de un gran iceberg.⁵

El Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables presentó cifras alarmantes en el 2018, se atendió en los Centros Emergencia Mujer, más de 40,000 casos de menores de edad por violencia, de los cuales más de la mitad fueron víctimas de violencia física y sexual. Los primeros meses del 2019 se reportaron más de 10,000 casos de menores de edad atendidos por violencia de los cuales más de la mitad son casos de violencia física y violencia sexual, la cual es realizada en primer lugar por padres y madres quienes piensan que es una corrección adecuada y justificable.⁶ Según la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares en el 2015, menos de la mitad de niños y menos de la mitad de adolescentes buscaron ayuda.⁷

Otra de las experiencias adversas en la infancia es tener un familiar encarcelado, y según la estadística de finales del 2019 del Instituto Nacional Penitenciario, la población carcelaria aumentó en casi 15%, a un total de 126,064. De ellos, casi 100 mil se encuentran con prisión preventiva y sentenciados. Por lo cual, si aproximadamente la cuarta parte de esta población

tuviera un niño, hablamos de aproximadamente 25 mil niños afectados por esa experiencia.⁸

Entre otras experiencias adversas que podemos mencionar es que el niño experimente el divorcio o separación de sus padres. Diariamente en nuestro país contraen matrimonio 298 personas, pero otras 72 gestionan su divorcio. Por lo tanto, si por la mitad de todos los divorcios hay un hijo, entonces aproximadamente 15 niños al día afrontan y les afecta la separación de sus padres, cuyo efecto perdura para toda la vida.⁹

Felitti et al⁴ (1998) con su estudio de cohorte sobre las experiencias adversas en la infancia (ACE Study) de aproximadamente 17,000 personas, nos dio a conocer algo que Dube et al¹⁰ (2001) en su cohorte retrospectiva en la misma población y Choi et al¹¹ (2017) en una cohorte de más de 36,000 personas nos han resaltado, que aquellos que han tenido experiencias adversas en la infancia tienen riesgo aumentado de conducta suicida, el OR para cada una de las experiencias adversas de la niñez fue estadísticamente significativo ($P < .01$) y varió desde 1.9 (IC del 95%, 1.6-2.2) para la separación o divorcio de los padres hasta 5.0 (IC del 95%, 4.2-5.9) para el abuso emocional.

Miller et al¹² (2013) y Devries et al¹³ (2014) nos han reportado en revisiones de metaanálisis un mayor riesgo de suicidio entre quienes sufrieron abuso o negligencia infantil y ha sido replicado por Afifi et al¹⁴ (2009) con una población de 5,000 personas y Sachs-Ericsson et al¹⁵ (2017) que comprenden diferentes tipos de muestras, en aquellos con padres divorciados y abuso infantil con intento suicida (15%) un OR=2.74 (1.84–4.08) y aquellos sin abuso ni padres divorciados (2%) un OR=1.00. En una muestra evaluada con asociación multivariada por Briere et al (2016), el 78% de los que habían intentado suicidarse habían sufrido abuso sexual infantil en comparación con el 16% de los que nunca habían intentado suicidarse. Aproximadamente el 70% de los que habían intentado suicidarse habían sufrido abuso físico infantil en comparación con el 30% de los que nunca habían intentado suicidarse. Además, los que habían intentado suicidarse informaron el doble de experiencias de abuso emocional infantil que los que no lo intentaron.¹⁶

Thompson et al (2017) estudió una gran muestra representativa de participantes adultos en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas indicaron que aquellos con antecedentes familiares de alcoholismo materno o paterno tenían más probabilidades de intentar suicidarse que aquellos sin antecedentes de alcoholismo parental. Entre los que informaron un intento de suicidio de por vida, el 6% (n = 62) informó problemas de alcohol solo maternos, el 28,9% (n = 312) informó problemas de alcohol solo paternos y el 12,5% (n = 120) informó alcoholismo tanto materno como paterno. Después de ajustar los datos demográficos, la depresión de la descendencia y los trastornos por consumo de alcohol durante toda la vida y el historial de depresión de los padres, problemas de alcohol solo maternos (OR = 1.76), problemas de alcohol exclusivamente paternos (OR = 1.65) y problemas de alcohol tanto maternos como paternos (OR = 2,76) aumentó significativamente las probabilidades de intento de suicidio de por vida de la descendencia.¹⁷

Guldin et al (2015) realizaron un estudio de cohorte retrospectivo a población en el norte de Europa, y los niños cuyos padres habían muerto cuando tenían menos de 18 años, tenían el doble de probabilidades de morir por suicidio durante un seguimiento de 25 años, en comparación con los niños de la misma edad y sexo, pero que no perdieron un padre en la infancia, 265 personas en duelo (0.14%) y 1342 personas sin duelo (0.07%) murieron por suicidio (IRR = 2.02 [IC 95%, 1.75-2.34]); IRR = 3,44 (IC del 95%, 2,61-4,52) para los niños cuyos padres murieron por suicidio, y IRR = 1,76 (IC del 95%, 1,49-2,09) para los niños cuyos padres murieron por otras causas.¹⁸ Rostila et al (2016) demostró además en una cohorte nacional sueca que la pérdida de los padres durante la infancia se asoció con una mayor probabilidad de ingreso hospitalario después de un intento de suicidio en la edad adulta.¹⁹

Brent et al (2015) en un estudio prospectivo incluso encontró que, en los hijos de padres con trastornos del estado de ánimo, aquellos cuyos padres tenían antecedentes de intentos de suicidio tenían cinco veces más probabilidades de intentar suicidarse que el grupo de comparación cuyos padres no tenían antecedentes de intento suicida, Entre los 701 hijos, 44 (6,3%) habían realizado un intento de suicidio antes de participar en el estudio y 29

(4,1%) lo habían intentado durante el seguimiento del estudio. La regresión logística multivariante reveló que el intento de suicidio probando fue un predictor del intento de suicidio de la descendencia (OR, 4,79; IC del 95%, 1,75-13,07), incluso controlando otras variables destacadas de la descendencia: antecedentes iniciales de trastorno del estado de ánimo (OR, 4,20; IC del 95%, 1,37-12,86), antecedentes iniciales de intento de suicidio (OR, 5,69; IC del 95%, 1,94-16,74) y trastorno del estado de ánimo en el momento anterior al intento (OR, 11,32; IC del 95%, 2,29– 56,00).²⁰ Feigelman et al (2016) además encontró en su estudio retrospectivo, que los hombres que se suicidaron tenían muchas más probabilidades de haber experimentado el suicidio de otro miembro de la familia.²¹

Cuanto mayor sea el número de experiencias adversas, mayor será la probabilidad de consecuencias negativas, es decir se las considera como un trauma acumulativo. Cluver et al (2015) en un estudio prospectivo en Sudáfrica, una acumulación de nueve tipos de ACE predijo intentos de suicidio 1 año después, de modo que el riesgo de intentos de suicidio aumentó a medida que aumentó el número de ACE, los intentos de suicidio aumentaron del 1,9% entre los adolescentes sin ACE al 6,3% entre los adolescentes con > 5 ACE (OR, 2,46; [IC], 1,00-6,05); para la planificación del suicidio, del 2,4% al 12,5% (OR, 4,40; IC, 2,08-9,29); y para la ideación suicida, del 4,2% al 15,6% (OR, 2,99; IC, 1,68-5,53).²²

Afifi et al (2008) en los datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad a más de cinco mil personas, encontró que incluso después de controlar las variables psicológicas y demográficas, mientras más ACE experimentaban, mayor era el riesgo de intentar suicidarse en la edad adulta, una proporción sustancial de ideas e intentos de suicidio entre las mujeres (16% y 50%, respectivamente) y los hombres (21% y 33%, respectivamente).²³

Thompson et al (2019) en un estudio longitudinal de más de 9,000 personas, concluyó que las probabilidades de realizar un intento de suicidio en la edad adulta aumentaron dos veces a tres entre aquellos que habían sufrido abuso sexual, abuso físico o abuso emocional en la infancia o que un miembro de la familia había intentado o se había suicidado durante su infancia. Las

probabilidades de un intento de suicidio en la edad adulta aumentaron 1.5 veces entre aquellos que tenían un padre encarcelado en la infancia. Al igual que con la ideación suicida, la negligencia, la muerte de los padres y el alcoholismo de los padres no aumentaron las probabilidades de intentos de suicidio en la edad adulta. En términos de ACE acumulativas, el 2.0% de aquellos sin ACE intentaron suicidarse en la edad adulta, el 3.5% de aquellos con un ACE intentó suicidarse, el 4.2% de aquellos con dos ACEs intentó suicidarse, y el 7.9% de aquellos con tres o más ACE informaron un intento de suicidio en la edad adulta. Las probabilidades de intentar suicidarse en la edad adulta aumentaron 1.57 veces entre aquellos con un ACE, 1.99 veces entre aquellos con dos ACE, y 3.53 veces entre aquellos con tres o más ACE en comparación con aquellos que no habían experimentado ningún ACE. Además, la variable continua que representa la ACE acumulada predijo ideación suicida en la edad adulta (AOR = 1.38; IC 95% [1.22, 1.55]).²⁴

Wang et al (2019) con su estudio de cohortes en China, el más importante que consideramos para la presente investigación, en estudiantes universitarios de 17 a 25 años, un total de 989 participantes completaron el módulo de suicidio del WMH-CIDI-3.0 y el cuestionario internacional de ACE (ACE-IQ) revisada (en total las 10 ACE más 4 adicionales) y se evaluó el efecto individual y acumulativo de las 14 ACEs. Las tasas de ideación suicida, planes e intentos en la cohorte de jóvenes fueron 11.9%, 3.7% y 1.6%, respectivamente. Cada tipo de ACE se asoció con ideación suicida en regresión logística univariada (OR=2.57–9.94), pero sólo la negligencia emocional (OR=2.23,IC95%=1.18–4.21), el aislamiento o rechazo del grupo de pares (OR=4.18,IC95%=2.35–7.41), así como el bajo nivel socioeconómico (OR=2.65,IC95%=1.42–4.93) se mantuvo significativo en la regresión logística múltiple después de ajustar por factores demográficos. El 43.9% de los participantes había experimentado uno o más ACE de los cuales los que habían experimentado un ACE representaban el 24.9% de la población de la muestra, los estudiantes que habían experimentado dos ACE representaban el 7.8%, y los estudiantes que habían experimentado tres o más ACE representaban el 11.2%. Del total de estudiantes sin conducta suicida (871 personas), el 39% tuvo 1 ó más ACE. Mientras que del total de los estudiantes con conducta

suicida (118 personas), un 79,66% tuvo 1 o más ACE. En comparación con la ausencia de ACE, las mayores probabilidades de ideación suicida se asociaron con una ACE (OR=2.73,IC95%=1.54–4.83), con dos ACE (OR=8.85,IC95%=4.66–16.81) y con tres o más ACE (OR=15.09,IC95%=8.64–26.35). Hubo una relación lineal entre el número de ACE y la probabilidad de ideación suicida de los estudiantes (tendencia $\chi^2 = 132.314$, $p < .001$).²⁵

A nivel local en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, durante los años 2017 al 2020 recibimos en la emergencia pacientes con intento suicida (cada año hay más casos) y a la anamnesis tienen antecedentes de violencia física, sexual, separación de padres o violencia entre ellos, familiar con problemas de consumo de alcohol o sustancias, etc. Así mismo en consultorio externo atendemos pacientes con diversos diagnósticos (más estables) pero que también realizando la entrevista se obtienen datos sobre experiencias adversas en la infancia y se asocian a ideación suicida o antecedentes de intentos de suicidio.

Los sociólogos se refieren principalmente a las causas sociales externas, como el capital social, la crisis económica y el nivel educativo, mientras que los psicólogos hablan de su correlación con la depresión, la desesperanza, las creencias religiosas y las distorsiones cognitivas.²⁶

El método que se usa para la autoeliminación puede condicionar a un resultado mortal. La letalidad depende de la rapidez para provocar la muerte y la dificultad para lograr el rescate o el tratamiento, si es que existen.²⁷

La conducta suicida va desde las ideas, amenazas, planes, gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La existencia de cualquiera de estos indicadores debe tomarse como una señal de alto riesgo. Si la amenaza se realiza con todos los medios a la mano para lograrlo, pero no se realiza, es llamado por algunos como gesto suicida y no debe minimizarse ni ser considerado como un chantaje o manipulación. El intento suicida, es aquel acto sin consecuencia fatal en el que un individuo, de forma intencional, se hace daño a sí mismo. El estrés por un trauma envuelve tanto las respuestas físicas como también emocionales de un niño a eventos que atentan contra la vida o la integridad física del niño o de alguien de suma importancia para él. Si bien un único evento puede dar lugar a estrés tóxico, los efectos se ven multiplicados

cuando el evento traumático persiste, ya sea por repetición del mismo estrés o por acumulación de distintos eventos. La respuesta que se obtiene se llama trauma complejo, y se va desarrollando con el paso del tiempo, mientras que las experiencias siguientes refuerzan las lecciones anteriormente asimiladas.²⁸

No obstante, las experiencias adversas y otros traumas durante la niñez no condicionan completamente el futuro del niño. Muchos niños sobreviven y pese a los traumas vividos logran progresar. En ellos, los eventos adversos están neutralizados por algunos factores de protección. La experiencia en conjunto de eventos adversos y factores protectores brinda la posibilidad de suscitar la resiliencia. Todavía seguimos aprendiendo en los niños acerca de la resiliencia, sin embargo, sabemos que varios factores están positivamente relacionados a esa protección, como por ejemplo la capacidad intelectual, las relaciones saludables, la motivación y la destreza para aprender e interrelacionarse con el ambiente, la regulación emocional y conductual, así como la educación, las creencias culturales y religiosas.²⁹

La justificación del presente estudio radica en que tanto el suicidio como el abuso infantil son un problema de salud pública a nivel mundial que va en aumento, la realidad en nuestro país es la misma, por lo tanto el analizar la relación de las variables de estudio en nuestra población es conveniente, pues no hay algún estudio previo a nivel nacional para poder determinar que las experiencias adversas en la infancia son predictoras de conducta suicida, los resultados se pueden trascender a nivel local y a toda la población peruana, para las presentes y futuras generaciones, quienes se verán beneficiados con programas y estrategias de prevención de conducta suicida en personas que han sufrido experiencias adversas en la infancia, con más énfasis en niños y adolescentes.

2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Las experiencias adversas en la infancia (ACE) son un predictor de conducta suicida en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray atendidos por Psiquiatría en consultorios externos y emergencia durante los meses de enero y febrero 2021?

3. OBJETIVOS:

3.1.OBJETIVO GENERAL

Establecer que las experiencias adversas en la infancia (ACE) son un predictor de conducta suicida en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray atendidos por Psiquiatría en consultorios externos y emergencia durante los meses de enero y febrero 2021.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de las diferentes conductas suicidas
- Determinar la prevalencia de las experiencias adversas en la infancia en casos y controles
- Determinar y comparar el efecto acumulado de las experiencias adversas en los casos y controles

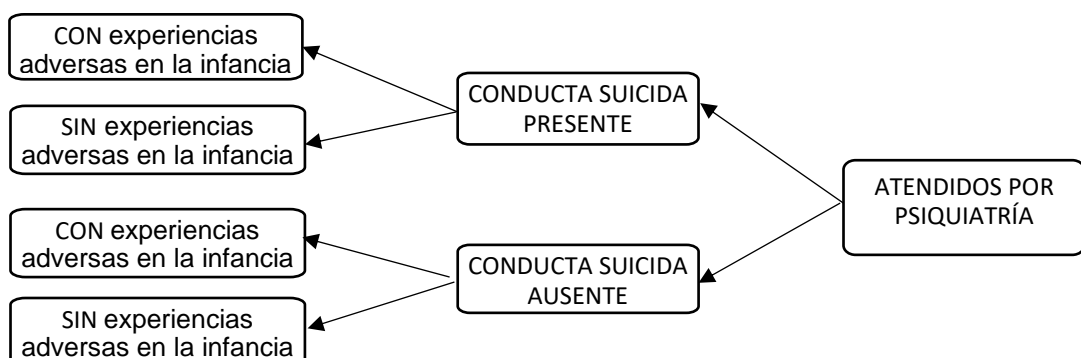
4. HIPÓTESIS

Las experiencias adversas en la infancia son un predictor de conducta suicida en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray atendidos por Psiquiatría en consultorios externos y emergencia durante los meses de enero y febrero 2021

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1.DISEÑO DEL ESTUDIO

- Finalidad del estudio: analítico
- Secuencia temporal: longitudinal
- Control de la asignación de los factores de estudio: observacional
- Inicio del estudio en relación con cronología de hechos: retrospectivo
- Diseño específico: dirección causa-efecto: estudio casos y controles



5.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estará constituida por todos los pacientes atendidos por Psiquiatría en Consultorios Externos y Emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período enero - febrero 2021.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CASOS Y CONTROLES

Criterios de Inclusión:

- Pacientes entre 15 y 30 años que deseen participar del estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, autismo, psicosis, con secuela de enfermedad neurológica, demencia de cualquier etiología, retraso mental, patología orgánica y con enfermedades crónicas terminales.

MUESTRA

Unidad de Análisis: pacientes atendidos por Psiquiatría en Consultorios Externos y Emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período enero - febrero 2021.

Unidad de Muestreo: historias clínicas de los pacientes atendidos por Psiquiatría en Consultorios Externos y Emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período enero a febrero 2021.

Tipo de muestreo y técnicas

Muestreo aleatorio simple

TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de muestra fue determinado empleando la fórmula de tamaño de muestra para estudios de casos y controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde: n: Número de casos m: Número de controles

c= 1 Número de controles por caso

Z 1- α /2 = 1.96 Valor normal con 5% de error tipo I

Z 1- β = 1.65 Valor normal con 5% de error tipo II

p1= 0.7966 Proporción de pacientes con ACE en los casos²⁵

p2= 0.39 Proporción de pacientes con ACE en los controles²⁵

$$n = \frac{\left[1.96 \sqrt{(1+1)p(1-p)} + 1.65 \sqrt{(1-0.7966) + 0.39(1-0.39)} \right]^2}{(0.39 - 0.7966)^2}$$

Reemplazando con corrección de Yates se obtiene:

n= 39 casos m= 39 controles

La muestra mínima es de 39 pacientes por grupo. En el estudio se aumentará a 100 casos y 100 controles, con lo cual la potencia se aumentará al 99%.

5.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO (REGISTRO)	ÍNDICES	
DEPENDIENTE					
Conducta suicida	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Módulo de suicidio del WMH-CIDI-3.0	No	Ninguna
				Si	-Ideación -Planificación -Gesto -Intento
INDEPENDIENTE					
Experiencias adversas en la infancia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	ACE-IQ (experiencia específica)	Presenta/ No presenta	<u>Abuso:</u> 1-Físico 2-Emocional 3-Sexual <u>Negligencia:</u> 4-Física, 5-Emocional <u>Disfunción en el hogar:</u> 6-Enfermedad mental 7-Pariente encarcelado 8-Madre maltratada 9-Abuso de sustancias 10-Divorcio
	Cuantitativa	Discreta	Número de experiencias adversas en la infancia	0 – 10	

CONDUCTA SUICIDA: Dato proporcionado por paciente en el módulo de suicidio del WMH-CIDI-3.0 en español, en el cual responde a ciertas preguntas dicotómicas, y nos informa si presentó o no alteraciones conductuales indicadoras de suicidio como la ideación suicida, la planificación suicida, el gesto y el intento suicida

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA: Datos entregados por el paciente mediante la realización del Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) o Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia y obtiene un puntaje que se suma del 0 al 10, que indica que durante su infancia (antes de los 15 años) pasó por eventos que se dividen en tres categorías: abuso infantil; negligencia infantil y dificultades familiares.

5.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

PROCEDIMIENTOS

1. Se solicitará autorización al director del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, adjuntando una copia del proyecto de investigación y solicitando el permiso para poder acceder a las historias clínicas físicas en archivo y electrónicas en el sistema, así mismo permiso para ingresar al área de Salud Mental.
2. Luego de obtener el permiso oficial del director del Hospital ingresaré al sistema y se obtendrá la lista de pacientes citados en los consultorios de Psiquiatría durante el periodo enero a febrero del 2021, así como cada día identificar a los posibles pacientes que ingresan por emergencia que podrían participar del estudio.
3. Me dirigiré al área de salud mental y me comunicaré además personalmente con La Jefa de Salud Mental, así como con los Médicos Psiquiatras Asistentes para informarles sobre la investigación, para aplicar las entrevistas a los pacientes seleccionados de cada consultorio
4. Luego, antes, durante o después de la consulta, se le comunicará a cada paciente seleccionado sobre la investigación, y aquellos que acepten participar del estudio deben firmar el consentimiento informado.
5. Posterior a ello, se entregará a cada Psiquiatra las fichas donde se llevará a cabo la recolección de datos sobre las variables en estudio mediante dos cuestionarios, el Módulo de Suicidio de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud-3.0 y el Cuestionario Internacional de ACE (ACE-IQ).
6. Se almacenarán, en forma de base de datos, en una hoja de cálculo de Excel 2019, respetándose los principios universales de ética en la investigación médica y serán editados en un archivo del paquete estadístico SPSS para su procesamiento y análisis estadístico.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para obtener los datos de dicha investigación se usarán dos técnicas de recolección como son la observación que nos permitirá encontrar en las historias clínicas evaluadas los datos correspondientes de los pacientes citados para poder seleccionarlos según los criterios de inclusión y exclusión; y en segundo lugar las encuestas que recogerán los datos tanto para la variable dependiente como independiente a través de un cuestionario escrito para su posterior análisis. Los datos obtenidos de las encuestas serán registrados en la ficha de recolección de datos en base a los objetivos propuestos.

5.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información llenada en los cuestionarios del Módulo de Suicidio de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud-3.0 y el Cuestionario Internacional de ACE, se ingresará para llevar a cabo el procesamiento y análisis de los datos en Microsoft Excel 2019 y al paquete estadístico el SPSS Statistics V26. El equipo de cómputo usado será a base de una computadora portátil, con base operativa Windows 10.

Se clasificará de acuerdo al tipo de variables usadas en el estudio. En el caso de las variables cualitativa como conducta suicida, o experiencias adversas en la infancia se construirá una tabla de frecuencias y se representarán gráficamente.

Además, se realizará una regresión logística binaria múltiple para analizar las asociaciones entre el conjunto de las 10 experiencias adversas y la presencia o ausencia de conducta suicida, así como una regresión logística binaria simple para analizar la asociación entre el efecto acumulado de las experiencias adversas en la infancia con la conducta suicida y poder saber si cuando hay una mayor cantidad de experiencias presentes en una persona le genera un mayor riesgo de conducta suicida. Se determinará el OR y los intervalos de confianza (IC) del 95% para estos modelos de regresión logística. La significación estadística se determinará de acuerdo con los valores p , en donde se catalogará como significativo si $p < 0.05$ y si el OR es mayor de 1 y el intervalo de confianza no contiene la unidad, será considerado como factor predictor.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Debido a que se requerirá de la participación de los pacientes en la investigación, se tomará en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki; en donde se describen las pautas que debe tener en cuenta el investigador para la realización del proyecto el cual debe estar descrito y justificado claramente para su aprobación ética y su posterior ejecución en los pacientes a estudiar, considerando que su participación en la investigación debe ser justificada y no afectar su salud; así mismo los pacientes deben de encontrarse en su capacidad para participar voluntariamente en el estudio o negarse, siendo capaces de dar su consentimiento informado pero considerando el tipo de estudio a realizar se tomará el uso de un asentimiento informado por parte del paciente; y en el caso de aceptar se deben tomar las medidas necesarias para mantener la intimidad de los pacientes, la confidencialidad y anonimato de su información personal. Además se necesitará del permiso institucional.

6. PRESUPUESTO

Autofinanciado por el autor.

Gastos	Elementos de escritorio	N° unids	Costo	Total
1.- Bienes				
a)	Millar de papel	2	S/20	S/40
b)	Lapicero	10	S/2	S/20
c)	Corrector	3	S/3	S/9
d)	Resaltador	3	S/3	S/9
e)	Regla, tajador, borrador	6	S/2	S/12
f)	Notas adhesivas.	10	S/5	S/50
g)	Disco regrabable	2	S/7	S/14
h)	Bandeja porta papel.	2	S/10	S/20
i)	Memoria USB 64GB	1	S/60	S/60
j)	Folders de Manila	10	S/1	S/5
k)	Folder plástico	5	S/3	S/15
l)	Cartucho de recarga negro	2	S/45	S/90
m)	Cartucho de colores	2	S/50	S/100
2.- Servicios				
A.	Luz	2	S/35	S/70
B.	Telefonía	2	S/30	S/60
C.	Transporte	5	S/40	S/200
D.	Anillados	6	S/5	S/30
E.	Viáticos	2	S/100	S/200
F.	Encuadernación	6	S/10	S/60
G.	Servicio de Computadora	8	S/5	S/40
H.	Imprevistos	10	S/5	S/50
TOTAL				S/1,154

7. CRONOGRAMA

Nº	ETAPA	TIEMPO												
		2020												2021
		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
1	Elaboración del proyecto	x	x	x	x	x	x	x						
2	Presentación del proyecto								x					
3	Revisión Bibliográfica								x					
4	Reajuste y validación de instrumentos								x					
5	Trabajo de campo y captación de información											x	x	
6	Procesamiento de datos													x
7	Análisis e interpretación de datos													x
8	Elaboración del informe													x
9	Presentación del informe													x
10	Sustentación													x

8. LIMITACIONES

Los estudios de casos y controles tienen limitaciones si los comparamos con los estudios prospectivos, ciertas estadísticas importantes no se pueden medir, y las memorias importantes pueden afectar la selección de los controles. No se puede controlar la exposición o el resultado que deriva de la evaluación, sino que depende de otros para llevar un adecuado registro. Cuando nos basamos en la memoria de cada persona que estuvo o no estuvo expuesta a las experiencias adversas en la infancia, la memoria puede ser inexacta, así como si el apoderado fue el que realizó los abusos tendremos sesgo de información y finalmente un sesgo de selección y la mala clasificación o sesgo de la información. Tenemos en cuenta estas limitaciones y no son motivos para no poder realizar el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf.
2. Värnik P. Suicide in the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):760-71
3. Ministerio de Salud. Nota de prensa. Lima, 2019
4. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
5. Del Águila-Escobedo Aníbal. Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro?. *Acta méd. peruana*. 2015 Abr; 32(2): 71-83
6. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima 2019
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta nacional sobre relaciones sociales. ENARES 2013 y 2015. Lima 2016
8. Instituto Nacional Penitenciario del Perú. Informe estadístico diciembre 2019. Lima 2020
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Un día en cifras. Lima 2019
10. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA*, 286, 3089–3096.
11. Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Segal, S. P. (2017). Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse and Neglect*, 69, 252–262.
12. Miller, A., Esposito-Smythers, C., Weismore, J., & Renshaw, K. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 146–172.
13. Devries, K. M., Mak, J. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133, 1331–1344.
14. Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareena, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33, 139–147.
15. Sachs-Ericsson, N. J., Stanley, I. A., Sheffler, J. L., Selby, E., & Joiner, T. E. (2017). Non-violent and violent forms of childhood abuse in the prediction of suicide attempts: Direct or indirect effects through psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 215, 15–22.
16. Briere, J., Madni, L. A., & Godbout, N. (2016). Recent suicidality in the general population: Multivariate association with childhood maltreatment and adult victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 31, 3063–3079.
17. Thompson, R. G., Alonzo, D., Hu, M., & Hasin, D. S. (2017). The influences of parental divorce and maternal versus paternal alcohol abuse on off-spring lifetime suicide attempt. *Drug and Alcohol Review*, 36, 408–414.
18. Guldin, M. B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: A population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 72, 1227–1234
19. Rostila, M., Berg, L., Arat, A., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Parental death in childhood and self-inflicted injuries in young adults—A national cohort study from Sweden. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 1103–1111.
20. Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: A 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry*, 72, 160–168.

21. Feigelman, W., Joiner, T., Rosen, Z., & Silva, C. (2016). Investigating correlates of suicide among male youth: Questioning the close affinity between suicide attempts and deaths. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46, 191–205
22. Cluver, L., Orkin, M., Boyes, M., & Sherr, L. (2015). Child and adolescent suicide attempts, suicidal behavior, and adverse childhood experiences in South Africa: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 57, 52–59
23. Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G., Stein, M., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98, 946–952.
24. Thompson MP, Kingree JB, Lamis D. Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. *Child Care Health Dev.* 2019;45:121–128
25. Wang, Y.-R., Sun, J.-W., Lin, P.-Z., Zhang, H.-H., Mu, G.-X., & Cao, F.-L. (2019). Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104183.
26. Heidari M, Haghdoost A, Khanjani N. Call for new stories: Exploring the etiology of suicide in Iran (Causal layered analysis). *Med J Islam Repub Iran.* 2019 Dec 17;33:138.
27. Leenaars, A. (2017). *The psychological autopsy. A roadmap for uncovering the barren bones of the suicide's mind.* Nueva York: Routledge (Taylor & Francis)
28. National Child Traumatic Stress Network. Complex trauma. (2020) [Internet]. Disponible en: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/complex-trauma>. Consultado el 26 de mayo de 2020
29. Center for the Study of Social Policy (Centro para el estudio de las políticas sociales). The protective factors framework. (2018) [Internet]. Disponible en: <http://www.cssp.org/reform/strengthening-families/the-basics/protectivefactors>. Consultado el 26 de mayo de 2020
30. Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–121.

9. ANEXOS.

**Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Salud Mental Mundial
(WHM-CIDI). MÓDULO DE SUICIDIO MODIFICADO³⁰**

Número informe: _____ Fecha: ____/____/____

Edad: _____ Sexo: F / M Atendido en: Consulta Externa / Emergencia

I. Marque la respuesta que brinde el paciente:

A lo largo de su vida:

1. ¿Ha pensado en el suicidio?.....SI / NO
2. ¿Ha planeado suicidarse?.....SI / NO
3. ¿Se ha autoinfligido daño sin intención de acabar con su vida?.....SI / NO
4. ¿Ha intentado suicidarse?.....SI / NO
5. **¿Hay al menos una respuesta SI?**.....SI / NO
6. Según la respuesta anterior, marque el grupo al que corresponde el paciente:

SI = CASO

NO = CONTROL

Encuesta sobre Experiencias Adversas de la Infancia (ACE)⁴

Lea las preguntas. Escriba "1" junto a cada "Sí" y anote la suma total al final.

Mientras crecías, durante los primeros 15 años de vida...

1. ¿Tus padres estuvieron separados, divorciados o no viviendo juntos? No___Sí___
2. ¿Tu padre/madre o alguien con quien alguna vez hayas convivido fue a prisión, la cárcel u otro tipo de centro correccional? No___Sí___
3. ¿Alguna vez has convivido con alguien que padecía depresión, enfermedad mental o intentos de suicidio? No___Sí___
4. ¿Alguna vez alguno de tus padres u otro adulto te golpeó tan fuerte que tuviste marcas o resultaste lesionado(a)? No___Sí___
5. ¿Alguna vez has convivido con alguien que actuara de manera tal que te atemorizara?
No___Sí___
6. ¿Alguna vez fuiste tocado(a), o se te pidió que tocaras, a un adulto o a alguien al menos 5 años mayor con intenciones sexuales? No___Sí___
7. ¿Alguna vez no tuviste suficiente que comer, que utilizar ropa sucia y a nadie que te protegiera, cuidase o que te llevase al médico cuando era necesario? No___Sí___
8. ¿Alguna vez fuiste testigo de situaciones en las que adultos de la casa se golpearan, abofetearan, patearan o amenazaran físicamente entre sí? No___Sí___
9. ¿Pasaste tiempo con alguien que consume drogas o demasiadas bebidas alcohólicas?
No___Sí___
10. ¿Sientes que nadie de tu familia te ama ni piensa que eres importante o especial?
No___Sí___

Suma las veces en las que haya contestado "Sí": _____. Este es el puntaje acumulado de ACE

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Investigador principal: Luis Paul Castañeda Tirado

Título proyecto: Experiencias adversas en la infancia como predictor de conducta suicida

Centro: Hospital Víctor Lazarte Echegaray

Datos del participante/paciente

Nombre:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre

1. Declaro que he leído la hoja resumen del estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la hoja resumen del estudio y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha: _____ Firma del participante/paciente: _____

Fecha: _____ Firma del asentimiento del menor: _____

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha: _____

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Cuando el sujeto participante sea un menor de edad:

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales a la persona responsable legal del menor, que el menor ha sido informado de acuerdo a sus capacidades y que no hay oposición por su parte”. El responsable legal otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento. (El menor firmará su asentimiento cuando por su edad y madurez sea posible).

Fecha: _____

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento.
