



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

| Facultad de
MEDICINA

Relación entre trastornos psiquiátricos y la severidad de los intentos suicidas en pacientes atendidos en el servicio de emergencia en un Hospital Nacional de Lima, Perú en el 2025

Relationship between psychiatric disorders and the severity of suicide attempts in patients treated in the emergency department of a National Hospital in Lima, Peru, in 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
PSIQUIATRÍA

AUTORA

ESTEPHANIA REYES LAUREL

ASESOR

CARLOS ALBERTO ORELLANO TUESTA

LIMA-PERÚ

2026

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	REYES LAUREL ESTEPHANIA

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertenecientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, autora del proyecto de investigación titulado: **Relación entre trastornos psiquiátricos y la severidad de los intentos suicidas en pacientes atendidos en el servicio de emergencia en un Hospital Nacional de Lima, Perú en el 2025**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ORELLANO TUESTA CARLOS ALBERTO	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **22%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3601599642**; fecha de entrega: **25/06/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 10 de julio del 2026**



Firma del asesor
N° DNI: 42791670
ORCID: 0000-0002-3666-8753

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

2. RESUMEN

Introducción: El intento suicida constituye un problema relevante de salud pública debido a su frecuencia, riesgo de recurrencia y gravedad clínica, pudiendo ocasionar desenlaces fatales. A pesar de su importancia, en el Perú aún existe escasa evidencia sobre la relación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) de estos episodios en pacientes atendidos en servicios de emergencia. **Objetivo:** Evaluar la relación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de la severidad del intento suicida, mediante la Escala de Riesgo y Rescate, en pacientes atendidos en la Emergencia de un Hospital Nacional de Lima, Perú, durante el año 2025. **Metodología:** El estudio tiene un diseño observacional, analítico y de corte transversal. La población estará conformada por pacientes atendidos por intento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2025. La muestra estará constituida por un mínimo de 260 historias clínicas que cumplan los criterios de selección, seleccionadas de manera consecutiva hasta completar el tamaño muestral calculado. El diagnóstico psiquiátrico se obtendrá de los registros clínicos y será clasificado según CIE-10. La severidad del intento suicida será evaluada mediante la Escala de Riesgo y Rescate, considerando sus dos dimensiones: riesgo y potencial de rescate. Se empleará estadística descriptiva, análisis bivariado y regresión logística binaria. **Resultados:** Se espera identificar la frecuencia de los trastornos psiquiátricos y su relación con las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate). **Conclusión:** Este estudio busca aportar evidencia local útil para la valoración clínica inicial y la

priorización de intervenciones en salud mental. **Palabras clave:** Intento suicida, trastornos mentales, emergencia.

3. INTRODUCCIÓN:

El suicidio constituye un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, con más de 700 000 muertes anuales y una carga significativa de enfermedad, especialmente en países de ingresos medianos y bajos (1). La Organización Mundial de la Salud señala que por cada muerte por suicidio ocurren probablemente más de 20 intentos suicidas, lo que evidencia la magnitud del fenómeno y su impacto sanitario global (2). En este contexto, los intentos suicidas representan una de las urgencias más frecuentes y complejas en salud mental, debido a su elevada morbilidad, la posibilidad de secuelas físicas y psicológicas, y el alto riesgo de repetición y eventual consumación. Por ello, los servicios de emergencia cumplen un rol crítico, ya que usualmente son el primer punto de contacto de estos pacientes con el sistema sanitario y el escenario inicial para la evaluación, estabilización y detección de factores de riesgo asociados (3).

En este marco, el intento suicida se entiende como un comportamiento autolesivo no fatal realizado con, al menos, algún grado de intención de morir; por ello, constituye una manifestación central de la conducta suicida y un antecedente clínico de alto valor para la evaluación del riesgo posterior (4,5). Sin embargo, los intentos suicidas no son eventos homogéneos, ya que difieren en su gravedad clínica y en el riesgo vital que comprometen (6,7). En ese sentido, la severidad del intento suicida puede concebirse como un constructo multidimensional que comprende, entre otros aspectos, la letalidad del método empleado, el grado de intencionalidad suicida, la

magnitud del daño físico producido, la necesidad de hospitalización o manejo intensivo y la probabilidad de muerte asociada al episodio (6,7). Dado que se trata de un fenómeno multidimensional, requiere ser evaluado de manera objetiva, ya que la ausencia de estandarización puede generar valoraciones clínicas inconsistentes. En ese sentido, la Escala de Riesgo y Rescate (Risk-Rescue Rating Scale, RRRS) constituye una herramienta útil para valorar de manera estructurada las dimensiones de la severidad del intento suicida, mediante la relación entre el riesgo médico y la posibilidad del rescate (8), dimensiones que, para el presente estudio, serán analizadas de manera independiente.

A partir de ello, los trastornos psiquiátricos constituyen uno de los principales ejes explicativos de la conducta suicida, ya que la suicidalidad se observa de manera transversal en múltiples diagnósticos mentales y no se limita a una sola categoría clínica. En particular, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de personalidad han sido reconocidos como condiciones especialmente relevantes, lo que respalda el papel central de la psicopatología en la comprensión clínica de este fenómeno. En consecuencia, los trastornos psiquiátricos representan una dimensión fundamental para interpretar la conducta suicida y orientar su abordaje en pacientes atendidos en servicios de emergencia (9,10).

No obstante, las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) no depende exclusivamente de la presencia de trastornos psiquiátricos, sino también de la interacción de variables sociodemográficas, clínicas y contextuales. En ese sentido, factores como la edad, el sexo, el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas pueden modular el riesgo y las características del

intento suicida (11,12). De igual modo, los factores psicosociales desempeñan un papel central, ya que un menor soporte social se asocia con mayor frecuencia de conductas suicidas, mientras que la exposición a eventos vitales estresantes, la soledad y las dificultades interpersonales incrementan la vulnerabilidad clínica (13). Finalmente, el acceso al método suicida constituye un determinante crítico, dado que la disponibilidad de medios más letales aumenta la probabilidad de lesiones severas y de desenlaces fatales (14).

Sobre esta base, la evidencia internacional ha mostrado de manera consistente que diversos trastornos psiquiátricos se asocian con mayor riesgo de conducta suicida. En particular, los trastornos afectivos ocupan un lugar central, ya que la depresión mayor y el trastorno bipolar se han relacionado con un riesgo sustancialmente mayor de conducta suicida y muerte por suicidio; además, en pacientes con trastorno depresivo mayor, el comportamiento suicida se ha asociado con mayor comorbilidad psiquiátrica, mayor mortalidad global y mayor utilización de servicios de salud (15,16). De igual manera, en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se ha documentado una asociación importante con la suicidalidad, y la evidencia longitudinal señala que las experiencias psicóticas incrementan el riesgo posterior de ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado (17). Asimismo, la impulsividad, especialmente en su dimensión afectiva, ha sido relacionada con conductas suicidas y puede favorecer la transición hacia intentos de mayor riesgo (18). Por otro lado, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de personalidad también figuran entre los diagnósticos más vinculados a suicidalidad, con alta prevalencia de conducta suicida y un riesgo particularmente elevado cuando coexisten factores emocionales y psicosociales que facilitan el paso de la

ideación al intento (19). En conjunto, estos hallazgos sugieren que, aunque la evidencia internacional respalda una asociación sólida entre trastornos psiquiátricos y conducta suicida, sigue siendo más limitada la investigación que analiza específicamente las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) en relación con diagnósticos psiquiátricos.

En consonancia con ello, en América Latina la investigación sobre conducta suicida ha crecido, pero continúa concentrándose principalmente en factores de riesgo y protección para ideación e intento suicida, más que en el análisis específico de las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) según diagnóstico psiquiátrico. Una revisión sistemática reciente en adolescentes y jóvenes latinoamericanos mostró heterogeneidad metodológica y un predominio de estudios centrados en ideación e intento, más que en desenlaces clínicos complejos (20).

De manera similar, en el Perú los estudios disponibles se han centrado principalmente en la identificación de factores de riesgo y características sociodemográficas, con menor desarrollo de investigaciones que integren variables clínicas como la gravedad del intento en relación con diagnósticos psiquiátricos específicos (21). Aunque algunos estudios han explorado la relación entre trastornos mentales y características del intento, como el método empleado, estos son limitados y no abordan integralmente la gravedad clínica del episodio (22). En consecuencia, persiste una brecha de conocimiento en torno a la relación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) en contextos hospitalarios del país.

Esta brecha resulta especialmente relevante si se considera que, pese a los avances normativos e institucionales en salud mental en el Perú, aún no se dispone de suficiente evidencia local que permita establecer con claridad cómo se relacionan los distintos trastornos psiquiátricos con las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate). Ello adquiere particular importancia en un contexto en el que la Ley de Salud Mental N.º 30947 promueve el acceso a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, y en el que el Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024–2028 busca ampliar el acceso y fortalecer la atención en los distintos niveles del sistema sanitario (23).

En este escenario, el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) constituye un espacio particularmente pertinente para el estudio de esta problemática, dado que concentra la atención de pacientes con intentos suicidas de distinta gravedad y con diversos trastornos psiquiátricos subyacentes. Según un reporte institucional, el intento de suicidio representa la primera causa de atención en las áreas de toxicología y psiquiatría de la emergencia del hospital; además, el 80 % de dichas atenciones corresponde a intentos de suicidio y el 60 % de los pacientes atendidos por esta causa son adolescentes y jóvenes, lo que evidencia la magnitud y relevancia clínica del problema en este establecimiento de salud (24). Asimismo, el hospital ha fortalecido recientemente su capacidad resolutoria mediante la implementación de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, destinada a la atención de pacientes con episodios psicóticos, intoxicaciones, autoagresión y situaciones de alto riesgo suicida, en articulación con los centros de salud mental comunitaria de Lima Norte (25). Todo ello configura

un espacio idóneo para analizar la relación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) en pacientes atendidos en la emergencia.

En este contexto, el presente estudio resulta relevante porque contribuirá a comprender mejor la relación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate) en pacientes atendidos en el servicio de emergencia, un problema clínico que continúa siendo insuficientemente estudiado en el contexto peruano. Asimismo, aportará un modelo metodológico útil para futuras investigaciones al integrar en un mismo análisis el diagnóstico psiquiátrico, la severidad del intento suicida y variables clínicas o sociodemográficas (26).

Además, los resultados tendrán utilidad clínica directa, porque permitirán reconocer perfiles de mayor riesgo y optimizar la atención en emergencia. Esto es relevante porque la evaluación clínica estructurada del riesgo suicida ha demostrado capacidad para predecir intentos suicidas posteriores, especialmente cuando integra información clínica detallada recogida durante la atención (27). De esta manera, la investigación se alinea con la necesidad de fortalecer la prevención del suicidio y mejorar la respuesta de los servicios de salud mental en el Perú.

En consecuencia, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de la severidad del intento suicida en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital Nacional? Esta interrogante guía el presente estudio, que busca generar evidencia útil para la identificación temprana de pacientes de mayor riesgo, la toma de

decisiones clínicas en emergencia y el diseño de estrategias de prevención e intervención en salud mental.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la relación de los trastornos psiquiátricos con las dimensiones de la severidad del intento suicida (riesgo y potencial de rescate), mediante la Escala de Riesgo y Rescate, en los pacientes atendidos en la emergencia de un Hospital Nacional de Lima, Perú.

Objetivos específicos

- Describir la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con intentos suicidas.
- Describir los niveles de riesgo y del potencial de rescate del intento suicida.
- Analizar la relación entre los trastornos psiquiátricos y el nivel de riesgo del intento suicida.
- Analizar la relación entre los trastornos psiquiátricos y el potencial de rescate del intento suicida.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Diseño del Estudio

El estudio tiene un diseño observacional, analítico y de corte transversal.

b) Población

La población del estudio estará compuesta por pacientes atendidos por intento suicida en la Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2025, según los registros obtenidos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad comprendida entre 18 años y 65 años.
- Historias clínicas con información completa para el registro de las variables del estudio.
- Pacientes con diagnóstico de intento suicida evaluados por el servicio de psiquiatría.

Criterios de exclusión:

- Atenciones posteriores al primer intento suicida registrado del mismo paciente durante el periodo de estudio.

c) Muestra

La muestra estará constituida por las historias clínicas de los pacientes atendidos por intento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de enero a diciembre de 2025, que cumplan los criterios de selección. Se calculará el tamaño muestral mediante la fórmula para estimar una proporción cuando no es posible determinar con precisión el tamaño de la población fuente, a causa de la ausencia de un registro completo de pacientes con intento suicida y al subregistro inherente a este tipo de eventos.

Para el cálculo se considerará un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), una precisión absoluta del 5% ($d = 0,05$) y una proporción esperada de 18,7%, correspondiente a la frecuencia de pacientes con alto riesgo de intento suicida reportada por Park et al. (26) en una población de características similares. Asimismo, se incrementará el tamaño muestral en un 10% para compensar posibles pérdidas por historias clínicas incompletas o con información insuficiente para

evaluar las variables de interés. Con estos parámetros, el tamaño mínimo de muestra será de 260 historias clínicas.

La selección de las historias clínicas se realizará de manera consecutiva, incluyendo todos los registros elegibles disponibles hasta completar el tamaño muestral calculado.

d) Definición operacional de variables: Ver Anexo.

e) Procedimiento y técnicas:

La recolección de datos será realizada por la investigadora, previa autorización de la Dirección del Hospital Cayetano Heredia, la jefatura del Servicio de Emergencia y el comité de ética institucional. Después, se coordinará con la Unidad de Estadística e Informática para obtener el listado de pacientes atendidos por intento suicida durante el año 2025.

Se revisarán los registros disponibles de pacientes atendidos por intento suicida durante el periodo de estudio, hasta alcanzar el tamaño muestral calculado. A partir de dicho listado, se revisarán las historias clínicas físicas o electrónicas disponibles en el hospital y se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión correspondientes. Se excluirán los casos que no cumplan con los criterios establecidos, los registros repetidos del mismo paciente por intento suicida durante el periodo de estudio y aquellos que no cuenten con información suficiente para evaluar las variables principales.

Los datos de los pacientes elegibles serán registrados en una ficha de recolección elaborada para el estudio. Esta incluirá datos sociodemográficos, diagnóstico psiquiátrico, características clínicas del intento suicida, método empleado,

tratamiento requerido y datos necesarios para aplicar la Escala de Riesgo y Rescate. Luego, la información obtenida será trasladada a una base de datos en Microsoft Excel, utilizando códigos numéricos para preservar la confidencialidad de los pacientes.

Antes de la recolección definitiva, se tomará un subconjunto de historias clínicas para realizar una prueba piloto para estimar la disponibilidad y consistencia de la información que requiere el estudio. El diagnóstico psiquiátrico será extraído de la historia clínica según clasificación CIE-10. En caso de comorbilidad, se registrará el diagnóstico principal consignado. Con respecto a las dimensiones de la severidad del intento suicida se utilizará la Escala de Riesgo y Rescate (RRRS), en su versión en español. No se realizará una adaptación transcultural formal de la escala, debido a que sus ítems corresponden a variables clínicas objetivas y observables, lo que reduce la influencia de factores culturales o lingüísticos en su interpretación. La escala es un instrumento cuantitativo que permite valorar la gravedad del intento suicida considerando sus dos dimensiones: riesgo y potencial rescate (28). Para la aplicación de la escala se elaborará un manual de codificación con criterios específicos para asignar el puntaje de cada ítem según la información consignada en las historias clínicas. La puntuación de cada dimensión de la escala RRRS requerirá la disponibilidad completa de los ítems que la componen. En caso de información incompleta para uno o más ítems de una dimensión, el caso será excluido del análisis de dicha dimensión.

Cada dimensión de la RRRS cuenta con 5 ítems, cada ítem será calificado de 1 a 3 puntos, obteniéndose un puntaje total de 5 a 15 para cada una de las dos dimensiones del instrumento (29). El puntaje total de la dimensión de riesgo será calculado a

partir de los ítems correspondientes al método utilizado, compromiso de conciencia, toxicidad o lesiones, reversibilidad y tratamiento requerido, mientras que el puntaje total de la dimensión de potencial de rescate será calculado a partir de los ítems relacionados con el lugar del intento, tipo de rescatador, probabilidad de descubrimiento, accesibilidad al rescate y tiempo hasta el hallazgo. La dimensión de riesgo será clasificado en bajo riesgo (5 a 8 puntos) y alto riesgo (9 a 15 puntos), mientras que la dimensión de potencial de rescate será clasificado en alto rescate (10 a 15 puntos) y bajo rescate (5 a 9 puntos) (29). Para fines analíticos, ambas dimensiones serán categorizadas de manera dicotómica y analizadas de manera independiente.

f) Aspectos éticos del estudio:

Previamente a la ejecución del protocolo, será autorizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y luego será evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del HNCH. Todos los datos serán tratados de manera anónima y confidencial, se designará un identificador numérico y se eliminará cualquier información que identifique al paciente. Esto es conforme a lo establecido por la Ley N.º 29733 (Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento). Además, se considera un estudio de riesgo mínimo, al utilizar información secundaria sin intervención directa sobre los participantes.

g) Plan de análisis:

El análisis estadístico se realizará utilizando el software STATA versión 17. Primero, se tabulará los datos recolectados en una base de datos para ser sometidos a un proceso de control de calidad.

Después, el análisis se realizará en tres niveles:

El análisis univariado, las variables cualitativas serán presentadas mediante frecuencias absolutas y relativas, expresadas en números y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas, primero se evaluará la normalidad de su distribución mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov; en función de ello, serán descritas mediante medidas de tendencia central y dispersión, según corresponda.

En relación con los datos faltantes, los casos con información incompleta en las variables principales del estudio, correspondientes a las dimensiones de la severidad del intento suicida evaluadas mediante la escala Risk-Rescue Rating Scale (RRRS), serán excluidos del análisis de la dimensión correspondiente. Para las variables secundarias, el análisis se realizará con datos disponibles, sin imputación de valores faltantes.

En el análisis bivariado, se evaluará la asociación entre la variable independiente principal, correspondiente a los trastornos psiquiátricos, y las dimensiones de la severidad del intento suicida: riesgo del intento suicida y potencial de rescate, ambas categorizadas como variables dicotómicas. Para el análisis, los diagnósticos psiquiátricos serán agrupados en categorías diagnósticas mayores, de acuerdo con su clasificación y relación nosológica. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas y cada uno de los desenlaces dicotómicos se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson o, cuando no se cumplan los supuestos correspondientes, la prueba exacta de Fisher. En el caso de las variables cuantitativas, como la edad y el número de intentos suicidas previos, su comparación con cada desenlace se realizará mediante la prueba t de Student para muestras independientes si presentan distribución normal, o mediante la prueba U de Mann-Whitney si presentan

distribución no normal. De esta manera, el análisis bivariado permitirá identificar las variables asociadas tanto al alto riesgo del intento suicida como al bajo potencial de rescate.

En el análisis multivariado se empleará regresión logística binaria, dado que las variables dependientes del estudio, correspondientes al riesgo del intento suicida y al potencial de rescate, serán analizadas de forma dicotómica. En el primer modelo, la variable dependiente será el riesgo del intento suicida, codificado como bajo riesgo y alto riesgo. En el segundo modelo, la variable dependiente será el potencial de rescate del intento suicida, codificado como alto rescate y bajo rescate. Se incluirán en el modelo multivariado aquellas variables con valores de $p < 0,20$ en el análisis bivariado o que sean consideradas clínicamente relevantes. Los resultados serán presentados mediante odds ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valores de p .

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suicide Worldwide In 2019: Global Health Estimates. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
2. Suicide [Internet]. [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
3. Wordefo DK, Kassim FM, Birhanu E, Mamo G. Suicidal behaviors and associated factors among patients attending an emergency department: a facility-based cross-sectional study. BMC Psychiatry. 25 de junio de 2023;23(1):1. doi:10.1186/s12888-023-04949-9
4. Suicide [Internet]. [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Large M, Corderoy A, McHugh C. Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 1 de marzo de 2021;55(3):254-67. doi:10.1177/0004867420931161

6. Austria-Corrales F, Jiménez-Tapia A, Astudillo-García CI, Arenas-Landgrave P, Xochihua-Tlecuitl T, Cruz-Cruz C, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: validity and psychometric properties of an online Spanish-language version in a Mexican population sample. *Front Public Health*. 5 de septiembre de 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1157581
7. Quesada-Franco M, Braquehais MD, Valero S, Beneria A, Ramos-Quiroga JA, Baca-García E, et al. A comparison of medically serious suicide attempters admitted to intensive care units versus other medically serious suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 19 de diciembre de 2022;22(1):805. doi:10.1186/s12888-022-04427-8
8. Stangeland T, Hanssen-Bauer K, Siqueland J. Testing the psychometric properties of the risk-rescue rating scale: a lethality measure for suicide attempts. *Int J Ment Health Syst*. 30 de enero de 2025;19(1):5. doi:10.1186/s13033-025-00662-0
9. Arnone D, Karmegam SR, Östlundh L, Alkhyeli F, Alhammadi L, Alhammadi S, et al. Risk of suicidal behavior in patients with major depression and bipolar disorder – A systematic review and meta-analysis of registry-based studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 de abril de 2024;159:105594. doi:10.1016/j.neubiorev.2024.105594
10. Álvarez A, Guàrdia A, González-Rodríguez A, Betriu M, Palao D, Monreal JA, et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. diciembre de 2022;143:104964. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104964
11. Brådvik L. Suicide Risk and Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16 de septiembre de 2018;15(9). doi:10.3390/ijerph15092028
12. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. doi:10.3390/ijerph15071425
13. Hu FH, Zhao DY, Fu XL, Zhang WQ, Tang W, Hu SQ, et al. Effects of social support on suicide-related behaviors in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 1 de mayo de 2023;328:324-33. doi:10.1016/j.jad.2023.02.070
14. Hawton K, Knipe D, Pirkis J. Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*. octubre de 2024;9(10):e796-801. doi:10.1016/S2468-2667(24)00157-9 PubMed PMID: 39265608.
15. Lundberg J, Cars T, Lampa E, Ekholm Selling K, Leval A, Gannedahl A, et al. Determinants and Outcomes of Suicidal Behavior Among Patients With Major

- Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 1 de diciembre de 2023;80(12):12. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.2833
16. Tondo L, Vazquez GH, Baldessarini RJ. Suicidal Behavior Associated with Mixed Features in Major Mood Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. marzo de 2020;43(1):83-93. doi:10.1016/j.psc.2019.10.008 PubMed PMID: 32008690.
 17. Yates K, Lång U, Cederlöf M, Boland F, Et. A. Association of Psychotic Experiences With Subsequent Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths. *JAMA Psychiatry*. 2019. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3514
 18. Bruno S, Anconetani G, Rogier G, Del Casale A, Pompili M, Velotti P. Impulsivity traits and suicide related outcomes: A systematic review and meta-analysis using the UPPS model. *Journal of Affective Disorders*. 15 de octubre de 2023;339:571-83. doi:10.1016/j.jad.2023.07.086
 19. Leza L, Haro B, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J. Substance use disorder and lifetime suicidal behaviour: A scoping review. *Psychiatry Research*. 1 de abril de 2024;334:115830. doi:10.1016/j.psychres.2024.115830
 20. Bello LSH, de la Hoz Restrepo F, Paternina AMR, Bello LSH, de la Hoz Restrepo F, Paternina AMR. Risk and protective factors for suicidal ideation and attempt in Latin American adolescents and youth: systematic review. *Psicología desde el Caribe*. abril de 2024;41(1):1-28. doi:10.14482/psdc.41.1.115.658
 21. Granda LEÁ, Guerra MMM, Aucancela LG. El Suicidio Adolescente: Un Problema Latente en América Latina. Revisión Bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 18 de julio de 2024;8(1):12013-30. doi:10.37811/cl_rcm.v8i3.12047
 22. Barreto CA, Alarcon ALT, Raymundi RJT, Saavedra JE. Asociación del método de intento suicida con trastornos mentales y autoestima en adultos atendidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana, 2015. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 25 de septiembre de 2025;88(3):194-211. doi:10.20453/rnp.v88i3.5253
 23. Ley N.º 30947 [Internet]. [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
 24. El intento de suicidio es la primera causa de atención de Toxicología y Psiquiatría en la Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia [Internet]. [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hnch/noticias/1020190-el-intento-de-suicidio-es-la-primera-causa-de-atencion-de-toxicologia-y-psiquiatria-en-la-emergencia-del-hospital-nacional-cayetano-heredia>

25. Nuevo UHSMA del hospital Cayetano Heredia fortalecerá atención integral a pacientes con problemas de salud mental [Internet]. [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hnch/noticias/1097085-nuevo-uhsma-del-hospital-cayetano-heredia-fortalecera-atencion-integral-a-pacientes-con-problemas-de-salud-mental>
26. Park S, Lee Y, Youn T, Kim BS, Et. A. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. BMC Public Health. 2018. doi:10.1186/s12889-018-5387-8
27. Bentley KH, Kennedy CJ, Khadse PN, Brooks Stephens JR, Madsen EM, Flics MJ, et al. Clinician Suicide Risk Assessment for Prediction of Suicide Attempt in a Large Health Care System. JAMA Psychiatry. 1 de junio de 2025;82(6):599-608. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.0325
28. Weisman AD. Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. Archives of General Psychiatry. 1972. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750240065010
29. Jang SY, Choi HJ, Kim H, Kim HJ. Analyzing the Impact of Social Distancing Policies During COVID-19 on the Risk and Rescue of Suicide Attempters Presenting to the Emergency Department: Applying the Risk-Rescue Rating Scale. Psychiatry Investig. 17 de febrero de 2025;22(2):175-85. doi:10.30773/pi.2024.0095

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto:

Autofinanciado.

	Detalle	Costo estimado (S/.)
Materiales de escritorio	Lapiceros, corrector, engrampador, cuaderno.	S/. 100
Transporte		S/. 400
Servicios	Trámites administrativos, copias.	S/. 200
Otros	Imprevistos.	S/. 200
TOTAL		S/. 900

Cronograma de actividades:

El presente estudio se desarrollará durante el año 2026, conforme a las etapas previstas para la revisión bibliográfica, elaboración del protocolo, aprobación ética, recolección de datos, depuración de la base, análisis estadístico, redacción de resultados y revisión final del informe.

Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
Revisión bibliográfica y marco teórico	✓	✓	✓	✓						
Elaboración del protocolo y aprobación ética				✓	✓					
Recolección de datos					✓	✓				
Depuración y codificación de datos						✓	✓			
Análisis estadístico							✓	✓		
Redacción de resultados y discusión								✓	✓	
Revisión final y envío a revista									✓	✓

8. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Forma de registro
Trastornos psiquiátricos	Independiente	Cualitativa politómica nominal	El diagnóstico psiquiátrico será obtenido de la historia clínica y clasificado de acuerdo con la CIE-10. En caso de comorbilidad, se	1 = Trastornos afectivos 2 = Trastornos psicóticos 3 = Trastornos de personalidad

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Forma de registro
			considerará el diagnóstico principal consignado en la historia clínica. Para el análisis, los diagnósticos psiquiátricos serán agrupados en categorías diagnósticas mayores, de acuerdo con su clasificación y relación nosológica.	4 = Trastornos por consumo de sustancias 5= Otros trastornos psiquiátricos
Riesgo del intento suicida	Dependiente	Cualitativa dicotómica nominal	Se obtendrá a partir de la suma de los 5 ítems de la dimensión riesgo de la Risk–Rescue Rating Scale (RRRS): método utilizado, compromiso de conciencia, toxicidad/lesiones, reversibilidad y tratamiento requerido. El puntaje total oscilará entre 5 y 15 puntos. Posteriormente, se clasificará en bajo riesgo y alto riesgo.	0 = Bajo riesgo (5–8 puntos) 1 = Alto riesgo (9–15 puntos)
Potencial de rescate del intento suicida	Dependiente	Cualitativa dicotómica nominal	Se obtendrá a partir de la suma de los 5 ítems de la dimensión de potencial de rescate de la Risk–Rescue Rating Scale (RRRS):	0 = Alto rescate (10–15 puntos) 1 = Bajo rescate (5–9 puntos)

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Forma de registro
			lugar del evento, tipo de rescatador, probabilidad de descubrimiento, accesibilidad al rescate y tiempo hasta el hallazgo. El puntaje total oscilará entre 5 y 15 puntos. Posteriormente, se clasificará en alto rescate y bajo rescate.	
Edad	Covariable	Cuantitativa continua	Edad en años cumplidos del paciente al momento de la atención, según registro en la historia clínica.	En años; ≥ 18 años
Sexo	Covariable	Cualitativa dicotómica nominal	Sexo del paciente registrado en la historia clínica al momento de la atención.	0 = Femenino 1 = Masculino
Ocupación	Covariable	Cualitativa politómica nominal	Se obtendrá a partir de la información registrada en la historia clínica durante la atención.	1 = Empleado 2 = Desempleado 3 = Independiente 4 = Ama de casa 5 = Estudiante 6 = Jubilado
Nivel educativo	Covariable	Cualitativa politómica ordinal	Nivel de instrucción formal alcanzado por el paciente al momento de la atención, según lo registrado en la historia clínica.	1 = Sin instrucción 2 = Primaria incompleta 3 = Primaria completa 4 = Secundaria incompleta 5 = Secundaria completa

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Forma de registro
				6 = Superior incompleta 7 = Superior completa
Antecedentes familiares de suicidio	Covariable	Cualitativa dicotómica nominal	Presencia de antecedente familiar de suicidio o intento suicida, según lo registrado en la historia clínica.	0 = No 1 = Sí

Anexo 2. Ficha de recolección de datos.

I. Datos generales

1. Código del registro

2. Fecha de atención en emergencia

Día/Mes/Año:

3. Edad (en años cumplidos)

4. Sexo

- ☐ Femenino
☐ Masculino

5. Ocupación

- ☐ Empleado
☐ Desempleado
☐ Independiente
☐ Ama de casa
☐ Estudiante
☐ Jubilado
☐ No consignado

6. Nivel educativo

- ☐ Sin instrucción
☐ Primaria incompleta
☐ Primaria completa
☐ Secundaria incompleta

- ☐ Secundaria completa
- ☐ Superior incompleta
- ☐ Superior completa
- ☐ No consignado

II. Antecedentes clínicos

7. Antecedentes familiares de suicidio o intento suicida

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No consignado

8. Trastorno psiquiátrico consignado en la evaluación clínica

- ☐ Trastornos afectivos
- ☐ Trastornos psicóticos
- ☐ Trastornos de personalidad
- ☐ Trastornos por consumo de sustancias
- ☐ Otro diagnóstico psiquiátrico
- ☐ No consignado

Especifique diagnóstico consignado

III. Risk–Rescue Rating Scale (RRRS): dimensión riesgo

Registrar el puntaje correspondiente a cada ítem según la información consignada en la historia clínica.

Método utilizado

- ☐ 1 = Ingestión / corte / puñalada
- ☐ 2 = Ahogamiento / asfixia / estrangulación
- ☐ 3 = Salto / arma de fuego
- ☐ No consignado

Compromiso de conciencia

- ☐ 1 = Ausente
- ☐ 2 = Confusión / semicoma
- ☐ 3 = Coma / coma profundo
- ☐ No consignado

Toxicidad o lesiones

- ☐ 1 = Leve
- ☐ 2 = Moderada
- ☐ 3 = Severa
- ☐ No consignado

Reversibilidad

- ☐ 1 = Buena (<24 h)

- ☐ 2 = Regular (1–6 días)
- ☐ 3 = Mala (>7 días o secuelas)
- ☐ No consignado

Tratamiento requerido

- ☐ 1 = Primeros auxilios / emergencia
- ☐ 2 = Hospitalización / tratamiento rutinario
- ☐ 3 = Cuidados intensivos / tratamiento especial
- ☐ No consignado

Puntaje total de riesgo (suma de ítems 11 al 15)

Clasificación del riesgo

- ☐ Bajo riesgo (5–8 puntos)
- ☐ Alto riesgo (9–15 puntos)

IV. Risk–Rescue Rating Scale (RRRS): dimensión potencial de rescate

Registrar el puntaje correspondiente a cada ítem según la información consignada en la historia clínica.

Lugar del evento

- ☐ 1 = Remoto
- ☐ 2 = No familiar / no remoto
- ☐ 3 = Familiar
- ☐ No consignado

Tipo de rescatador

- ☐ 1 = Transeúnte
- ☐ 2 = Profesional
- ☐ 3 = Persona cercana
- ☐ No consignado

Probabilidad de descubrimiento

- ☐ 1 = Descubrimiento accidental
- ☐ 2 = Descubrimiento incierto
- ☐ 3 = Descubrimiento casi seguro
- ☐ No consignado

Accesibilidad al rescate

- ☐ 1 = No pidió ayuda
- ☐ 2 = Dejó indicios
- ☐ 3 = Pidió ayuda
- ☐ No consignado

Tiempo hasta el hallazgo

- ☐ 1 = Mayor de 4 horas
- ☐ 2 = Menor de 4 horas
- ☐ 3 = Inmediato / dentro de 1 hora

☐ No consignado

Puntaje total de rescate (suma de ítems 18 al 22)

Clasificación del potencial de rescate

☐ Alto rescate (10–15 puntos)

☐ Bajo rescate (5–9 puntos)

Responsable de la recolección: _____

Fecha: _____