



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

Trabajo de titulación para optar al título de Médico General

**Título: Intento autolítico en población amazónica, Hospital José
María Velasco Ibarra, Tena, 2021**

**Autora
Vásquez Pinango Erika Beatriz**

**Tutor
Dr. Adrián Díaz Acosta**

Riobamba, Ecuador. 2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Erika Beatriz Vásquez Pinango, con cédula de ciudadanía 1724438369, autor (a) (s) del trabajo de investigación titulado: Intento autolítico en población amazónica, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena, 2021, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 19 de julio 2022.



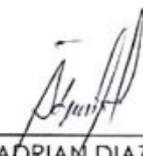
Erika Beatriz Vásquez Pinango

C.I: 1724438369

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR

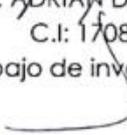
ACTA FAVORABLE - INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CARRERAS NO VIGENTES

En la Ciudad de Riobamba, a los 21 días del mes de julio de 2022, luego de haber revisado el Informe Final del Trabajo de Investigación presentado por el estudiante **ERIKA BEATRIZ VÁSQUEZ PINANGO** con CC: **1724438369**, de la carrera **MEDICINA** y dando cumplimiento a los criterios metodológicos exigidos, se emite el **ACTA FAVORABLE DEL INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN** titulado "**INTENTO AUTOLÍTICO EN POBLACIÓN AMAZÓNICA, HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, TENA, 2021**", por lo tanto se autoriza la presentación del mismo para los trámites pertinentes.



Dr. ADRIAN DIAZ ACOSTA
C.I: 1708045560

Docente tutor del trabajo de investigación Carrera de Medicina



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quiénes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación "Intento autolítico en población amazónica, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena, 2021" por Erika Beatriz Vásquez Pinango, con cédula de identidad número 1724438369, bajo la tutoría de Dr. Adrián Díaz Acosta; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba al 19 de julio 2022

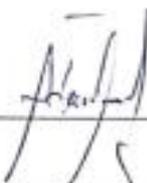
Dr. Wilson Nina Mayancela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. María Belén Espindola Lara
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Adrián Díaz Acosta.
TUTOR



CERTIFICACIÓN

Que, **ERIKA BEATRIZ VÁSQUEZ PINANGO** con CC: **1724438369**, estudiante de la Carrera **MEDICINA, NO VIGENTE**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**INTENTO AUTOLÍTICO EN POBLACIÓN AMAZÓNICA, HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, TENA, 2021**", cumple con el 1 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **URKUND**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 12 de julio de 2022



Dr. ADRIAN DIAZ ACOSTA
C.I.: 1708045560
Docente tutor del trabajo de investigación

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada a toda persona con su diversidad intrínseca, entes La presente investigación está dedicada a toda persona con su diversidad intrínseca, entes potenciales que superan cada día una lucha interna y social contra el estigma y la discriminación de la salud mental. A Cristian, amigo y sobreviviente de un intento suicida. “El dolor mental es menos dramático que el dolor físico, pero es más común y también más difícil de soportar” Clive Staples Lewis

Erika Vásquez

AGRADECIMIENTO

A mi familia, mis padres y hermanos y a mi querido Danilo ejemplos de lucha, que en conjunto me brindan su amor y apoyo cada día; eje fundamental y soporte vital para mi pervivencia y la progresión de mis estudios. Al hospital General José María Velasco Ibarra, sus pacientes y colaboradores que incluyen cada uno de mis docentes de internado rotativo y mi tutor del presente proyecto, por otorgarme una experiencia enriquecedora como futuro profesional y facilitarme una guía durante esta investigación. A mi alma máter, la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme sus puertas y permitirme forjar como un ente productivo en una noble carrera orientada al servicio social.

Erika Vásquez

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	13
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	16
1.3. OBJETIVOS:	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
CAPÍTULO II.....	18
1. MARCO TEÓRICO	18
2.1. HISTORIA NATURAL Y FISIOPATOLOGÍA	19
Modelo de estrés-diátesis (vulnerabilidad) de Mann	20
Modelo integrativo de Oquendo	20
Modelo integrativo de Turecki	21
2.2. FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO	23
2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS INTOXICACIONES	27
Intoxicación hiperaguda o fulminante	27
Intoxicación aguda	27
Intoxicación subaguda o tardía	28
Intoxicación crónica.....	28
Intoxicación por productos domésticos.....	28
Intoxicación por productos agrícolas e industriales	29
2.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	33
2.5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	34
2.6. TRATAMIENTO PREVENTIVO	37
2.7. TRATAMIENTO DE SOPORTE Y DESCONTAMINACIÓN	38
CAPÍTULO III	42
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.3. ÁREAS DE ESTUDIO	42
3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	42
3.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	43
3.5.1. Criterios de inclusión	43
3.5.2. Criterios de exclusión	43

3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS	43
3.7. VARIABLES DE ESTUDIO.....	43
Variables dependientes.....	43
Variables independientes	44
3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
3.8. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	48
3.9. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.10. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.....	48
3.10.1. Plan de recolección de datos.....	48
3.10.2. Plan de análisis	48
3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	48
CAPÍTULO IV	49
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
4.1. ANÁLISIS.....	49
4.2 DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO V	69
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
5.1. CONCLUSIONES	69
5.2. RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Comparación de los modelos de conducta suicida.....	20
Tabla 2 Suicidio y factores de riesgo generales más comunes.....	24
Tabla 3 Factores de riesgo de suicidio en adolescentes	25
Tabla 4 Factores de riesgo para autolesiones no suicidas en adolescentes.....	27
Tabla 5 Clasificación según la toxicidad de insecticidas comercializados en España .	29
Tabla 6 Escala de PERSONAS TRISTES Modificada	35
Tabla 7 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.....	35
Tabla 8 Distribución de la población por género	49
Tabla 9 Distribución de la población por edades	49
Tabla 10 Distribución de la población según su autoidentificación o grupo étnico	52
Tabla 11 Distribución de la población por género según su autoidentificación o grupo étnico.....	52
Tabla 12 Distribución de la población por género según su nivel de instrucción.....	54
Tabla 13 Distribución de la población por género según su estado civil.....	55

Tabla 14 Distribución de la población por género según intentos previos.....	57
Tabla 15 Distribución de la población por género según el consumo de alcohol, tabaco o drogas.....	58
Tabla 16 Distribución de la población según acontecimientos vitales estresantes	60
Tabla 17 Distribución de la población por género según el método empleado.....	63
Tabla 18 Distribución de la población según el tipo de sustancia utilizada.....	66
Tabla 19 Instrumentos en atención primaria para la identificación de factores de riesgo para las autolesiones no suicidas en adolescentes.....	76
Tabla 20 Formato para la recopilación de datos sobre intentos autolíticos.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo integrativo de Oquendo	21
Figura 2 Modelo integrativo de Turecki.....	21
Figura 3 Nomograma de Proudfoot.....	32
Figura 4 Distribución de la población por género según sus rangos de edades.....	50
Figura 5 Distribución de la población por género según sus rangos de edades.....	51
Figura 6 Distribución de la población por género según su autoidentificación o grupo étnico.....	53
Figura 7 Distribución de la población por género según su nivel de instrucción	54
Figura 8 Distribución de la población por género según su estado civil	56
Figura 9 Distribución de la población por género según intentos autolíticos previos.....	57
Figura 10 Distribución de la población por género según el consumo de alcohol, tabaco o drogas	59
Figura 11 Distribución de la población según acontecimientos vitales estresantes.....	61
Figura 12 Distribución de la población según el método empleado.....	62
Figura 13 Distribución de la población según el método empleado.....	63
Figura 14 Distribución de la población por género según el método empleado	65
Figura 15 Distribución de la población según el tipo de sustancia utilizada	67

RESUMEN

El incremento de suicidios a nivel nacional y global ha logrado que se dé mayor énfasis en la atención en salud mental a fin de mejorar las estrategias sobre el comportamiento suicida. Desde la atención de emergencia, se utilizan diversas estadificaciones como la escala de Sad Persons para determinar el riesgo inminente y dar tratamientos de soporte o descontaminación sobre todo en casos de envenenamientos autoinfligidos. Este estudio pretende determinar la incidencia de intentos autolíticos en la población amazónica atendidos en el hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero – diciembre del 2021. Desarrolla una investigación transversal, retrospectiva con carácter de aproximación explicativo y descriptivo, para abordar adecuadamente la problemática de investigación. De un total de 34 pacientes con descripción CIE-10 desde X60 a X84, la media de edad fue de 29,7 años, sobresale el género femenino con 52,9 % de intentos autolíticos. El 61,8 % de toda la población es indígena con nivel secundario en su mayoría. El género masculino 40%, tuvo un consumo habitual de alcohol, tabaco o drogas, el femenino 38,9 % y un único caso transgénero. De estos, los problemas familiares 17,6 % y los problemas de pareja 14,7 % mismo porcentaje que los síntomas asociados a trastornos afectivos son los factores de riesgo más sobresalientes. Se requiere mayor investigación sobre intentos autolíticos según sus grupos étnicos a fin de comprender sus contextos culturales, históricos, políticos, así como la influencia positiva o negativa de la familia como factor de riesgo o protector dentro de la modificación a la conducta suicidada en la población adulta.

Palabras clave: intento autolítico, población amazónica, factores de riesgo suicida.

Abstract

The increase in suicides at a national and global level has led to a greater emphasis on mental health care in order to improve strategies for suicidal behavior. In emergency care, various staging, such as the Sad Persons scale, are used to determine the imminent risk and provide support or decontamination treatment, especially in cases of self-inflicted poisoning. This study aims to determine the incidence of suicide attempts in the Amazonian population treated at *Hospital General José María Velasco Ibarra* from January to December 2021. It develops a cross-sectional, retrospective investigation with an explanatory and descriptive approach based on adequately addressing the research problem. Of 34 patients with ICD-10 descriptions from X60 to X84, the average age was 29.7 years, and the female gender stands out with 52.9% of suicide attempts. 61.8% of the entire population is indigenous, with a secondary level for the most part. The male gender, 40%, had a habitual consumption of alcohol, tobacco, or drugs, the female gender, 38.9%, and a single transgender case. Of these, family problems are 17.6%, couple problems 14.7%, and symptoms associated with affective disorders are the most outstanding risk factors. More research is required on suicide attempts according to their ethnic groups to understand their cultural, historical, and political contexts, as well as the positive or negative influence as a risk or protective factor in the modification of suicidal behavior in the adult population.

Keywords: suicide attempt, Amazonian population, suicide risk factors.



HUGO HERNAN
ROMERO ROJAS

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio como prioridad en salud pública es uno de los problemas que se enfrenta cada año por alcanzar las metas de reducción bajo el plan de acción de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyectado al año 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Se estima que anualmente 800000 personas se suicidan a nivel mundial mientras que a nivel nacional representa uno del país con altas tasas (Rebekka Gerstner, 2021) (Ministerio de Salud Pública, 2021). Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental y de estos, solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Por tanto, los trastornos mentales representan un cargamento importante de enfermedad e incluso discapacidad mundial (OPS, 2017).

Dentro de las condiciones que se expresan los problemas de salud mental, la ideación, intención y plan suicida, el suicidio es la última expresión manifiesta por diversos factores de riesgo que se resaltan desde un nivel individual, interpersonal, de la sociedad y en sí del sistema sanitario. (Rebekka Gerstner, 2021). Además de estos, se incluyen la edad, género, grupo étnico, antecedentes de un intento autolítico previo, trastornos mentales preexistentes como la depresión, factores sociales, ambientales, entre otros (Stanley, 2018).

Por otro lado, hay que tomar en cuenta es el impacto económico que producen los intentos autolíticos, el Ministerio de Salud Pública (MSP) al año 2018 calcula USD 5'215.590 anual aproximadamente en tratamiento y se estima, además, que las cifras podrían incrementarse dependientes del método empleado, siendo de mayor peso las intoxicaciones. Todo esto sin añadir el costo psicológico y social que repercute.

Por su gran impacto, se reconoce como una de las carencias de atención a la salud mental de la OMS, por ello, la determinación de reducir su frecuencia se evidencia integrado en la estrategia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible señalado en la meta 3.4 cuyo propósito es promover la salud mental y el bienestar valorando la satisfacción de estos a través de la disminución de la tasa de mortalidad por suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2021).

De acuerdo con los métodos empleados durante la conducta suicida, la intoxicación es frecuente y causante del 50% aproximadamente del total de suicidios debido a su mayor disponibilidad en la mayoría de los países. Además, al haber mayor disponibilidad de productos químicos-farmacológicos predispone una utilización inapropiada como la ingesta medicamentosa voluntaria siendo un diagnóstico frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias (Reyes Estévez, 2019). En cuanto a los métodos a nivel nacional usados para conductas suicidas, el 72% de los suicidios representa ahorcamientos, 17% por plaguicidas y otros químicos, 5% por armas de fuego, 3% por saltos de gran altitud y 2% por cortes. (Ministerio de Salud Pública, 2021).

La razón de profundizar en el estudio de los trastornos mentales en nuestra sociedad es que atañen a cualquier individuo independientemente de la etapa del desarrollo que curse y,

además, se requiere aclarar cómo cada uno de los factores de riesgo pueden influir su pronóstico y en consecuencia la injerencia de atención sanitaria.

Esto evidencia la necesidad de fomentar estudios sobre este tema tanto a nivel nacional como en América Latina abordando la investigación de los temas de salud mental en población nativa. Además, su variabilidad desde un contexto general o social, del particular o de los sectores sociales existentes y de cada uno los factores influyentes en la conducta autolítica interactuando entre sí a través de sucesos constructores de estilos saludables y destructivos, expresándose mediante indicadores de salud, enfermedad y, en este caso, conductas autolíticas (Alejandra Vargas-Espíndola, 2017).

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio como un drama social que afecta a miles de personas a nivel mundial, en la actualidad, dada la acuciosidad, importancia y prevalencia que tienen los comportamientos o conductas suicidas, se evidencia una creciente marcada de información con un déficit mayormente en países en vías de desarrollo. Si bien, factores como los relacionales, neurológicos, fisiopatológicos, psicológicos, ambientales, económicos, sociales, demográficos pueden dar origen o influir al desarrollo de conductas autolíticas, entender su nivel de participación, los convierte en determinantes útiles para la identificación y manejo en atención primaria.

La razón de profundizar en el estudio de las conductas o comportamiento autolíticos en nuestra sociedad es que atañen a cualquier individuo independientemente de la etapa del desarrollo en que se encuentre; además, el nivel socioeconómico, sociocultural, enfermedades preexistentes, creencias, pueden influir su pronóstico. Por efecto, se requiere aclarar cómo cada uno de estos repercuten en la injerencia de atención sanitaria.

El gran número de ingesta de productos químicos o farmacológicos con finalidad autolítica atendidas en los servicios de urgencias de nuestro país hace prioritario su estudio para profundizar en el fenómeno y establecer protocolos de actuación en prevención y vigilancia. La ingesta de sustancias tóxicas se considera el método más empleado en las tentativas autolíticas, tanto en hombres como en mujeres, comprendiendo las tres cuartas partes de los casos reportados. En Ecuador, el porcentaje de mortalidad por suicidio presenta variaciones dependientes de ubicación geográfica; los distintos métodos utilizados para conductas suicidas, el 72% de los suicidios representa a ahorcamientos, 17% por plaguicidas y otros químicos, 5% por armas de fuego, 3% por saltos de gran altitud y 2% por cortes. (Ministerio de Salud Pública, 2021).

La disponibilidad de productos químicos, farmacológicos y su utilización inapropiada cada vez mayor, hacen que los intentos autolíticos por ingesta voluntaria sean un diagnóstico más frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias sin contar con el impacto económico que produce no solamente a nivel individuo sino colectivo. Por otro lado, cabe señalar la dependencia relacionada al grupo etario, al género, etnia, edad, sexo, determinando así las

áreas de intervención más afectados, variando la incidencia de conducta autolítica, sin quedar exentos de repercusiones dependientes de cada variable.

En tal virtud, lo que se pretende mediante esta investigación es identificar y cuantificar el valor de las variables mencionadas en poblaciones nativas de la zona disgregada del resto de población general, que presentan riesgo de conductas autolíticas y autolesivas con tendencia suicida. En consecuencia, existe una necesidad de estudios sobre este tema tanto a nivel nacional y la pertinencia de abordar la investigación escasamente documentada y conocida sobre conducta autolítica en la población nativa con proyección a posibilitar un modelo de cuidado adecuado.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La conducta o comportamiento suicida que abarca desde la ideación con un riesgo variable determinado según el grado de afección de cada variable y de etiología multicausal. Debido al aumento potencial de conducta suicida a partir del año 2000, al 2014 la OMS/OPS determina el plan de acción sobre salud mental adecuándolo a cada país con fin de garantizar las necesidades y poder mejorar su sistema de investigación y control de salud mental.

Pese a que es un tema delicado e incluso ilegal en determinados países, en los que sí se cuentan datos, podría estar subestimado y ser incluso reportado como un accidente u otra causa de muerte (World Health Organization, 2014). La relación de conductas autolíticas y trastornos mentales es de grado variable según diversas literaturas, sin embargo, se estima que hasta el 90% de los suicidios presentan antecedentes psiquiátricos previos (G Turecki, 2016).

La conducta suicida o autolítica difiere entre sexos, regiones demográficas, grupos etarios, etnias, entornos sociopolíticos y su vínculo a diversos factores de riesgo se manifiesta como una etiología heterogénea. En el país, la prevención de conductas suicidas abarca una atención adecuada desde el primer nivel y en consecuencia la atención prehospitalaria, hospitalaria y de emergencias, logrando así la atención oportuna en personas con conductas suicidas, atendándose desde la ideación suicida y evitar la muerte posterior (Ministerio de Salud Pública, 2021).

En el país, se ha registrado un aumento de 56% de la tasa de muertes por suicidio siendo mayor a partir de los 25 años y en el género masculino. Además, las tasas de suicidio estimado por zonas demográficas, evidencia una creciente notable en la sierra y el oriente comparado con el resto del país, sin embargo, queda en duda los métodos empleados más frecuentes, la diferencia entre zonas urbanas o rurales propias a nivel amazónico y más específicamente en la población del Napo y atendidos en el HJMVI ya que muchas de las emergencias y hospitalizaciones no se constata adecuadamente si se trata de una lesión autoinfligida o un accidente (Ministerio de Salud Pública, 2021). Por otro lado, los datos mencionados son analizados hasta el 2019 existiendo a partir de entonces un nuevo factor de riesgo, acontecimiento estresante como es el COVID – 19, surgiendo a partir de entonces variabilidad de los factores de riesgo que inducen a los intentos autolíticos desde diferente nivel, partiendo desde el particular, comunitario, la sociedad y por consiguiente al sistema sanitario.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la incidencia de intentos autolíticos en la población amazónica atendidos en el hospital General José María Velasco Ibarra (HGJMVI) en el periodo enero – diciembre del 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la incidencia de intentos autolíticos según su autoidentificación acorde con las atenciones en hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero- diciembre del 2021.
- Precisar el grupo etario que mayor incidencia de intentos autolíticos existe de acuerdo con las atenciones realizadas en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero- diciembre del 2021.
- Diferenciar cual es la frecuencia del consumo de alcohol, tabaco, drogas, en los pacientes con intentos autolíticos en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero- diciembre del 2021.
- Determinar cuáles son los acontecimientos vitales estresantes que rige en los intentos autolíticos en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero- diciembre del 2021.
- Reconocer los métodos empleados más comunes en intentos autolíticos en pacientes nativos atendidos en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero- diciembre del 2021.

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO

El suicidio se expresa como una gran problemática de mortalidad y morbilidad grave a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 800000 personas mueren por suicidio anualmente siendo la segunda causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 29 años, el primero lo ocupan los accidentes de tránsito y homicidio (Organización Mundial de la Salud, 2021) (Organización Mundial de la Salud, 2018). De estos, aproximadamente el 79% de los suicidios ocurrieron en países de bajos recursos (World Health Organization Geneva, 2018) en donde los recursos dirigidos a la salud mental, así como al cumplimiento de estrategias de mejoramiento de los sistemas de información y vigilancia se escatiman.

La tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial entre 1990 - 2016 ha disminuido un 32,7 % estandarizado según la edad, esta disminución no se evidenció en América Latina, África subsahariana occidental, Europa oriental y Asia Pacífico de altos ingresos (Naghavi, 2019) pese a que es un objetivo propuesto por la ONU, disminuir la tasas de suicidios y para ello sustancialmente incrementar la comprensión de la conducta suicida para su efecto según su plan de acción (Organización Mundial de la Salud, 2021). El impacto negativo se difunde desde las personas más cercanas como familiares, amigos, conocidos, afectando así la inserción social, laboral, al personal de salud, reincidiendo un efecto devastador y de gran envergadura (Naghavi, 2019).

El suicidio como un problema de salud pública, en el Ecuador fue responsable de 13.024 muertes entre 2001 al 2015 interpretándose como 135.731 años de vida en ese periodo. Entre el año 2015 al 2018 los suicidios superan a la muerte por agresión interpersonal siendo sus víctimas en edades comprendidas entre los 15 a 40 años y más preocupante son los suicidios entre 10 a 14 años agrosando un 322% correspondiente a niñas con respecto a 480% en niños entre los años 1990 al 2017 (Ministerio de Salud Pública, 2021). A escala mundial, según el último informe en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el suicidio entre adolescentes y jóvenes en distintos países auguran las tasas más altas; en Ecuador, aproximadamente 300 jóvenes y adolescentes de 10 a 24 años en dos décadas se suicidaron anualmente. En este mismo informe, en los adolescentes las tasas de suicidio de 10 a 19 años, fue de 7,5% y de 15 a 24 años de 13,6 % por 100 000 habitantes sólo en Ecuador, en otros países como Colombia las tasas fueron de 4,7 y 9,4 y en Perú 1,1 y 1,9 respectivamente (Gerstner RMF, 2018).

Las lesiones autoinfligidas, intentos autolíticos y el suicidio propiamente, en el 2010 corresponde a la dieciochoava causa de muerte a nivel mundial en relación con los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), esto es 1,5% del total de AVAD, mientras que para el 2019 se registra 1,3% indicando una disminución de suicidios como causa de muerte. En relación con las tasas de suicidio a escala mundial hay una reducción de 36% entre 2000 al 2019 sin embargo, en algunas regiones de las Américas, hubo un

incremento de 17% en ese mismo periodo. La reducción de la mortalidad por suicidio es fluctuante al evaluarlo en relación con los factores de vulnerabilidad de los años subsiguientes hasta la actualidad, por tanto, el registro adecuado y seguimiento regular forma la base de las estrategias nacionales y considerada como meta global e incluida como indicador en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En este sentido, es necesario impulsar programas de prevención para el suicidio con el fin de cumplir la meta del ODS en reducir en un tercio la tasa mundial de suicidios para 2030. (Organización Panamericana de la Salud, 2014) (World Health Organization, 2021)

2.1. HISTORIA NATURAL Y FISIOPATOLOGÍA

Las intoxicaciones comprenden un alto índice de mortalidad y morbilidad sumado a un significativo consumo sanitario. Comprenden una consulta frecuente en los servicios de emergencia y se estima que el 80 % la vía de entrada es digestiva (Jiménez, 2019).

El suicidio a nivel mundial es considerado como una crisis en salud pública, que requiere gran comprensión, estrategias en investigación, políticas y soluciones. Para entender las conductas suicidas, hay que adentrarse desde sus orígenes, causas y más aún su conceptualización. Se cita reiteradamente a los aportes de Durkheim sobre la suicidología, quien correlaciona la integración social del individuo con conductas suicidas y la tipología social del suicida (Anna Mueller, 2021). Durkheim, además, define al suicidio como toda muerte realizada por la misma víctima de resultado incierto. Presenta al suicidio como indicador entre la integración y desintegración social, por tanto, a mayor índice de suicidio es mayor la desintegración de la comunidad. Categoriza entonces el suicidio en función de sus actitudes y comportamiento en egoísta, altruista y anómico (Sarzynska, Majewska, Juchnowicz, & Juchnowicz, 2019).

El suicidio egoísta es la separación del marco social, político, afectivo o religioso que vincula al individuo con la comunidad y favorece a la etiología suicida. En este tipo de suicidio, el individuo se siente como ente único separado de su comunidad (Sarzynska, Majewska, Juchnowicz, & Juchnowicz, 2019). En el suicidio altruista, la interacción excesiva con el grupo o su nula identidad individual dentro de la sociedad; la carencia de una sostenida individualidad conduce al suicidio. Por otro lado, en el suicidio anómico o estado de desajuste, los suicidios se deben a la incapacidad de dominar las pasiones originada del dualismo entre los instintos y la moral (Neira, 2018). Sin embargo, sus aportes presentan limitaciones metodológicas; no estudia las tasas de suicidio para poder documentar y para comprender el comportamiento individual (Sarzynska, Majewska, Juchnowicz, & Juchnowicz, 2019).

Actualmente, el término suicidio está inmerso dentro del término conducta o comportamiento suicida que comprende distintos actos definidos por separado y en relación entre sus distintas variables e intencionalidad (Julio A. Guija, 2012) (Baca-García, 2018). Además, se integra a la conducta suicida según distintos modelos que vinculan aspectos clínicos, biológicos o genéticos de cada individuo con los factores de riesgo que condujeron

al individuo a desencadenar una conducta suicida. A fin de comprender acerca de la conducta suicida, se da paso al modelo de superposición de Blumenthal, un modelo multidisciplinar, con apertura a la investigación en base a factores de riesgo genéticos, psicológicos, biológicos y sociales. Actualmente, están más difundidos los modelos de estrés-diátesis de Mann, Oquendo o Turecki (J. Corbella Corbella, Suicidio, 2019).

Tabla 1 Comparación de los modelos de conducta suicida

Característica	Mann	Oquendo	Turecki
Impulsividad	X	X	X
Agresividad	X	X	X
Pesimismo	X	X	
Neuroticismo		X	
Desesperanza	X	X	
Sistema serotoninérgico	X	X	X
Colesterol	X		X
Sistema noradrenérgico	X	X	
Sistema dopaminérgico		X	
Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal		X	X
Genética	X	X	X
Sufrimiento en la infancia		X	X
Eje I	X	X	X
Eje II	X	X	X
Eje III	X		

Fuente: Neurobiology of suicidal behavior (Julio A. Guija, 2012).

Modelo de estrés-diátesis (vulnerabilidad) de Mann

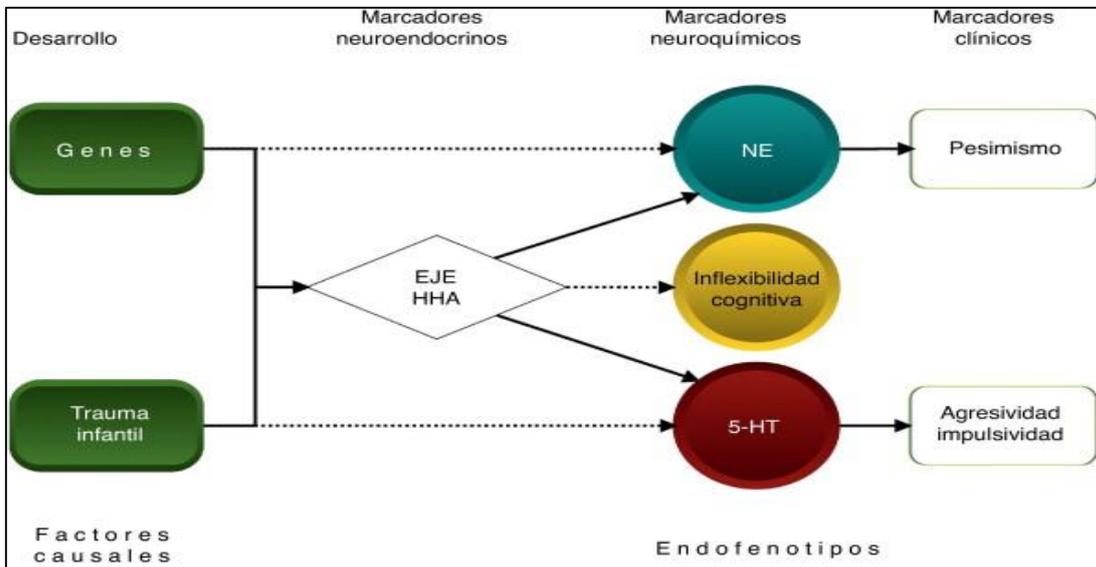
Se basa en la predisposición de factores como los antecedentes personales, familiares, la agresividad, la impulsividad, disfunción serotoninérgica y noradrenérgica, que acompañe a un acontecimiento importante o una enfermedad psiquiátrica para que aparezca la conducta suicida (Julio A. Guija, 2012) (J. Corbella Corbella, Suicidio, 2019).

Modelo integrativo de Oquendo

Este modelo se centra en las experiencias tempranas, los factores de riesgo clínicos como los endofenotipos determinados por factores genéticos y ambientales que produzcan impulsividad, agresividad, neuroticismo, pesimismo y desesperanza. La alteración de las funciones neuronales vinculadas a la parte endocrina, anatómica o cognitiva, fisiológica y neuroquímica que alteren los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico y afección del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) por acción conjunta con los demás

factores mencionados, se interprete los hallazgos correspondientes a la conducta suicida (Julio A. Guija, 2012) (J. Corbella Corbella, Suicidio, 2019).

Figura 1 Modelo integrativo de Oquendo



Fuente: HHA: hipotálamo-hipofisario-adrenal; 5-HT: serotonina; NE: norepinefrina (Julio A. Guija, 2012)

Modelo integrativo de Turecki

Figura 2 Modelo integrativo de Turecki



Fuente: 5-HT: serotonina (Julio A. Guija, 2012).

Este modelo se basa en la relación entre los trastornos de personalidad como factores de riesgo clínicos, por ejemplo, síntomas como la impulsividad y la agresividad en el suicidio. Las psicopatologías infantiles como el abuso físico, sexual y la negligencia parental influyen negativamente en la vida adulta por acumulo de experiencias que modifican la dinámica del suicidio. Además, relaciona a los sujetos con síntomas como la agresividad y la impulsividad

a los factores biológicos de la conducta suicida definido como endofenotipo (Julio A. Guija, 2012).

Apoyado de los diversos factores que explican los modelos de conducta suicida, se requiere identificar el tipo de espectro correspondiente dentro de la conducta suicida.

- **Suicidio consumado:** acto consciente suicida con consecuencias de muerte.
- **Ideación suicida:** pensamientos o deseos sobre la propia muerte.
- **Intención suicida:** es la determinación de grado variable para cometer un suicidio.
- **Comunicación suicida:** es la amenaza o plan suicida.
- **Autolesión/gesto suicida:** conducta autoinfligida utilizada sin deseo de muerte, pero con una finalidad.
- **Riego suicida:** grado versátil de cometer un acto suicida.
- **Plan suicida:** es la organización de actos según el método a usarse con finalidad de muerte.
- **Intento de suicidio:** acto autoinfligido con intención de muerte sin alcanzarla (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Por otro lado, la asociación de rasgos como la etnia, identidad sexual, discapacidad física, enfermedades graves o catastróficas, las relaciones familiares y la vinculación social, pueden conducir a un etiquetamiento y exclusión. La asociación de estas u otras características dependientes del momento histórico de cada persona, diferencias sociales, económicas o culturales puede evocar a que una persona, reúna criterios de algún tipo de trastorno mental. Se estima que el 72% de personas con trastornos depresivos y 85 % de personas con trastorno de espectro de la esquizofrenia son víctimas de estigmatización – discriminación entre pares y en sociedad (Herazo, 2015). Las enfermedades mentales, son el 13 % de la carga total de enfermedades de alta prevalencia y de inicio precoz manejables con recursos sanitarios adecuados en salud mental. Se predice que los trastornos depresivos unipolares hasta el 2030, serán considerados como primera causa de carga de enfermedad (Richard Mollica, 2018).

Por lo tanto, se propone en concordancia con los aportes del DSM -5 que el riesgo suicida dentro de la conducta suicida se incluya en la valoración clínica de todo individuo y se distinga como una patología por separado si cumple con los criterios necesarios (Julio A. Guija, 2012).

La mayor parte de pobladores perteneciente a distintas comunidades, variando en características administrativas, costumbre, ubicación geográfica, cosmovisión entre otras; buscan asistencia para aliviar sus molestias físicas y mentales a sanadores tradicionales, médicos generales o líderes espirituales y rara vez son encaminados al psiquiatra debido a estigmas sociales en este tipo de asistencia sanitaria (Richard Mollica, 2018). La estructura familiar, como unidad social básica y cada uno de sus miembros, en conjunto produce influencia en el bienestar psíquico individual (Sarzynska, Majewska, Juchnowicz, & Juchnowicz, 2019); el jefe del hogar puede no ser uno de los padres sino el hermano mayor, tíos, abuelos/as por motivos laborales, educacionales u otro produciendo la ruptura del

modelo estructural familiar. La diferencia del nivel educativo de cada integrante causa una culturación o por defecto de deculturación. Entre los factores de riesgo vinculados a conductas suicidas, los hábitos nocivos como el exceso del consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas, son un detonante temporal o prolongado de violencia intrafamiliar, deterioro del parentesco en la red familiar. Como consecuencia, las experiencias emocionales, en los niños, adolescentes, jóvenes, adultos y conyugales, provoca alteraciones perceptivas psicosociales, experiencias traumáticas que puede alterar el curso en torno emocional, afectiva, social, sexual y el desarrollo psicoeducativo con pérdida del ánimo y de la percepción de vida.

Gozar de una salud mental y de bienestar general, inicia desde una educación desde el personal sanitario hacia la población general. Organizar y financiar la asistencia en salud mental es una meta difícil tomando en cuenta las escasas investigaciones, la densidad poblacional y la carga de enfermedad sobre todo en países en vías de desarrollo. El 94 % de artículos relacionados a salud mental, son aportaciones de países de altos ingresos mientras que únicamente el 6 % corresponde a países con ingresos medios y bajos pese a que forman el 85 % de población mundial (Richard Mollica, 2018).

2.2. FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO

La conducta/comportamiento suicida como manifestación multicausal, dependiente inicialmente desde factores demográficos como el grupo etario, género, tendencia social o individual (Ministerio de Salud Pública, 2021) (Bilsen, 2018), debe evaluarse a partir de lineamientos establecidos por la OMS y los adaptados a protocolos nacionales.

Las personas en transición de intento suicida al suicidio en concreto, ocurre a menudo en un estado de impulso como sucesos agudos tras factores estresantes, psicosociales, sumado a la disponibilidad de medios y métodos para suicidarse que van a determinar la letalidad del acto suicida. Los factores de riesgo en las diferentes poblaciones, varía según la región, el país y etapas de desarrollo humana siendo más frecuente a partir de la adolescencia donde existe mayor vulnerabilidad por una transición de un estado de ánimo a otro, cambios biológicos y búsqueda de identidad que sin una estabilidad personal, apoyo familiar, estructural y de recursos económicos como parte de los factores protectores que atenúen la conducta autolítica y produzca una disminución del incremento de comorbilidades, (Bilsen, 2018) el suicidio se hace efectivo.

Tabla 2 Suicidio y factores de riesgo generales más comunes

Diagnóstico primario	Demografía	Personalidad factores	comorbilidades	Factores sociales	Otro factores
Bipolar	Masculino	Límite	abuso de sustancias	Divorciado	Medio disponible
Esquizofrenia	Mayor edad	Narcisista	Pánico trastorno	Viudo	Historia de abuso infantil
trastorno depresivo Importante	raza blanca	Antisocial	Ansiedad	vive solo	Pocos razones para seguir Vivo
distimia	Homosexualidad	Impulsivo		Aislado	Muchos eventos adversos
Ajustamiento trastorno	Historia de intento			Preocupaciones de dinero	Cambio en las calificaciones
Conducta trastorno	Familia historia			Otro pérdidas	Cambio de amigos
Psicosis	ideas suicidas			sin religión	Armas en el hogar
	Sin esperanza				

Fuente: Libro de texto completo de psiquiatría de Kaplan & Sadock. (Benjamin Sadock, 2015)

Las investigaciones relacionadas sobre conductas suicidas tienen mayor relevancia sobre la población joven y adolescente, siendo de interés creciente el estudio en población infantil. A menudo se refiere a los niños como incapaces de comprender la muerte cognitivamente o cuantificar la letalidad de sus actos autodestructivos, sin embargo, la evidencia sugiere que los niños a partir de los ocho años tienen una comprensión de muerte y suicidio (Soole & Leo, 2015). La vulnerabilidad de conductas suicidas se asocia a antecedentes del suicidio familiar, la agresión impulsiva y trastornos del estado de ánimo de los padres (Kanita Dervic, 2008) entre las principales causas. Según un estudio epidemiológico realizado en Nueva Zelanda, el suicidio en poblaciones infantiles indígenas abarca al 60 % en comparación de los no indígenas (Soole & Leo, 2015).

Existen investigaciones con mayor identificación blanca que en otros grupos étnicos o raciales. Más del 20 % de investigaciones asociadas a conductas suicidas no detallan las características raciales y más del 50 % no señalan su origen étnico (Sarah Carter, 2021). Sin embargo, existe escasa información referente a autoidentificación en países latinoamericanos.

Otro punto es, cómo los antecedentes de intentos suicidas ya sea antes o después de tener un hijo, puede influir en el riesgo de intento suicida de sus hijos como factor epigenético y ambiental. Además, si el hecho ocurre después del nacimiento, difiere en la edad que tenía su descendencia, siendo más nocivo una exposición temprana a distintas adversidades. Estudios intergeneracionales, asocian mayor riesgo suicida a los hijos con intentos suicidas maternos que paternos, sobre todo en etapas de embarazo, preembarazo y en fases de desarrollo de la infancia y adolescencia (Ana Ortin-Peralta, 2021).

Características de personalidad

Los intentos suicidas son un proceso de duración variable en el tiempo, desde días, hasta años; es un suceso repentino, impulsivo e inesperado que va desde la ideación hasta el intento o acto suicida. Los jóvenes, por encontrarse en una etapa transitoria, tienden a manejar sus emociones con dificultad variable entre una dicotomía de pensamientos, encajándolos a menudo a extremos positivos o negativos sin apertura a graduación de matices, lo que los conduce a incapacidad de resolución de problemas, baja autoestima, inseguridad, cambios de comportamiento hasta una crisis emocional (Bilsen, 2018).

Factores familiares

Una de las fuentes de apoyo más importante es la familia, se estima que el 50 % de los casos de suicidio tienen relación con este factor. La comunicación inefectiva, sumado a la violencia, problemas socioeconómicos, la intención suicida es una forma de evadir con los problemas entre cada uno de sus miembros (Bilsen, 2018).

Tabla 3 Factores de riesgo de suicidio en adolescentes

Factores sociodemográficos	Factores de salud mental	Eventos vitales negativos y diversidad familiar
Femenino por intento Masculino por suicidio consumado Bajo nivel socioeconómico Bajo nivel de educación	Depresión, ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Drogas y alcohol abuso/dependencia Desesperación (G Turecki, 2016) Intento de suicidio previo Tendencia impulsiva o agresiva Trastorno mental de los padres Fácil acceso a métodos letales Exposición a la conducta suicida de otros	Divorcio o separación de los padres Muerte de los padres Experiencias negativas en la infancia, abuso infantil Antecedentes familiares de conducta suicida Dificultades interpersonales Encarcelamiento

Fuente: Revista de la Asociación Médica Coreana (Jeon & Woo, 2013).

Consumo de sustancias

El alcoholismo y el consumo de sustancias son considerados como un trastorno mental. Se estima que el 27 al 62 %, corresponde a hombres a partir de los 16 años, incrementando hasta 8 veces el riesgo suicida. Por otro lado, el alcohol es frecuentemente el detonante de un intento suicida aún sin síntomas depresivos que se investiga posteriormente tras la entrevista médica (Belloso, 2021).

Trastornos asociados

Los trastornos mentales más frecuentes son la depresión y ocasionalmente junto a la ansiedad como más sobresalientes. El trastorno depresivo incrementa hasta 5 veces el riesgo suicida. Frecuentemente el paciente presentaba una depresión mayor que le condujo al intento suicida (Belloso, 2021). Otro tipo de trastornos asociados son el trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno asociado a la esquizofrenia, trastorno límite de personalidad, trastornos alimentarios, trastornos en la esfera psicótica y trastorno antisocial (Ministerio de Salud Pública, 2021), (Belloso, 2021).

Intento de suicidio previo

Parte de las personas que cometen suicidio, habían tenido antecedentes de intentos previos, con una estimación del 30 % y un incremento de hasta 20 veces de volver a experimentarlo e incluso aumentando su letalidad y enlazado a la atención integral recibida tras el primer intento (Belloso, 2021).

Enfermedades médicas

Debido a su impacto y apreciación personal, las enfermedades crónicas o severas como el cáncer, el sida, la obesidad, enfermedades autoinmunes, trastornos mentales, la epilepsia por mencionar algunas, al alterar el funcionamiento cotidiano y social de la persona, conduciéndolo a determinar una conducta suicida (Belloso, 2021).

Maltrato, abuso o traumas en edades tempranas

El soporte activo en el desarrollo individual es tan importante sobre todo en edades tempranas donde se cimentan actitudes y la personalidad de una persona. Es en esta etapa, donde también se evidencia más el maltrato físico o emocional, abuso sexual que conducen a la depresión u otros síntomas psiquiátricos con efectos según el transcurso del tiempo. En la adolescencia, por ejemplo, la agresión social como el bullying, el cyberbullying, comportamientos entre sus pares sobre intentos o suicidios, constituyen una gran influencia a cometer estos actos (Belloso, 2021).

Estado mental

La dificultad para identificar emociones o las nulas estrategias para regularlas, conducen a sentimientos de desesperanza, culpabilización, ideas de minusvalía, baja autoestima puede conducir a la autoagresión o intentos suicidas. Por tanto, la capacidad de resolver problemas, la estabilización emocional, la distracción pueden aquietar las ideas suicidas (Belloso, 2021).

Tabla 4 Factores de riesgo para autolesiones no suicidas en adolescentes

Modificables	Modulables	No modificables
<ul style="list-style-type: none">• Maltrato infantil• Desórdenes alimenticios• Bullying o matoneo• Factores estresantes• Comportamientos impulsivos• Contagio social	<ul style="list-style-type: none">• Trastornos psiquiátricos• Rasgos de la personalidad del grupo B	<ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Orientación sexual• Antecedente familiar de ALNS• Trastornos familiares

Fuente: Elaboración propia a partir de Plener et al. (Martha Ospina Gutiérrez, 2019).

Independientemente de características sociodemográficas, factores psicológicos, socioeconómicos, factores estresantes negativos, la diversidad familiar, entre otros; los intentos autolíticos son un paso hacia el suicidio consumado. Es en este sentido donde, la identificación de factores de riesgo y su manejo junto con el incremento de factores protectores, el apoyo médico, familiar y social representan un punto decisivo en el paradigma de la conducta suicida.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS INTOXICACIONES

Dentro de las tentativas o intentos autolíticos, la voluntad del sujeto para someterse a efectos tóxicos de diversas sustancias es dependiente de la dosis aplicada, la intencionalidad, la adición de otro tipo de sustancia como alcohol, drogas, fármacos. Se asocia además la velocidad de absorción, la duración y severidad de las manifestaciones clínicas distinguiéndose formas de intoxicación y presentación de cuadros tóxicos detallados a continuación (Abad, 2019).

Intoxicación hiperaguda o fulminante

La intoxicación del agente le sigue al cuadro clínico, dependiente del tipo de tóxico y la vía de entrada. Se destacan la vía endovenosa con una absorción directa al torrente sanguíneo y la vía respiratoria por su difusión alveolar instantánea (Abad, 2019).

Intoxicación aguda

Es un tipo de intoxicación de rápida absorción y corta duración puede ser de única administración o varias dosis repetidas y en un tiempo menor a 24 horas. Para que las manifestaciones clínicas se manifiesten, se requiere la absorción y distribución del tóxico, aunque de corto tiempo hasta que por efecto del mecanismo de acción se exterioricen. Un

ejemplo son los psicofármacos depresores del sistema nervioso central (SNC) cuya duración son de minutos a horas (Abad, 2019).

Intoxicación subaguda o tardía

Es la exposición del tóxico en un periodo de días a semanas hasta la aparición de las manifestaciones clínicas que determinen el cuadro clínico.

Intoxicación crónica

Comprende la exposición al tóxico de forma reiterada y durante mucho tiempo cuyas manifestaciones clínicas se manifiestan en un periodo de meses o años. El mecanismo de intoxicación se expresa por su acumulación debido a una menor eliminación en el organismo con la consiguiente concentración en los tejidos hasta alcanzar un nivel donde se producen lesiones en los tejidos. Otro mecanismo son las exposiciones repetidas sin la necesidad de un cúmulo tóxico del producto en el organismo, se destaca en este grupo las sustancias cancerígenas. Los cuadros clínicos en las intoxicaciones crónicas, en general de exposición prolongada y repetida, se manifiestan de una evolución lenta si no se tratan oportunamente existiendo sus excepciones (Abad, 2019).

En cuanto a la toxicidad, los parámetros objetivos dependen del tipo de tóxico y varían según su capacidad de producir efectos tóxicos, la vía de administración, las propiedades farmacocinéticas, la dosis de la sustancia, la naturaleza y condición del sujeto sobre el que actúa modulando así su respuesta tóxica. Existe además la toxicidad selectiva donde se distingue la afinidad de un toxico sobre un órgano o función biológica específica; en este grupo se puede clasificar en sustancias nefrotóxicas, hepatotóxicas, neurotóxicas, neumotóxicas, hematotóxicas, etc. (Abad, 2019).

Intoxicación por productos domésticos

Cáusticos: Se distinguen los álcalis con un pH de >11 de los ácidos con pH de <3 . En el primer grupo se encuentran limpiadores, amoníaco, lavavajillas de máquina, limpiadores de WC, la lejía que producen mayormente lesiones esofágicas y orofaríngeas a diferencia de los ácidos como el oxálico, ácido clorhídrico (sulfumán), limpiacristales, fluorhídrico, que afectan más al estómago (Abad, 2019).

No cáusticos: a diferencia de los cáusticos, estos producen menos daño gastrointestinal. Se distinguen en este grupo los detergentes, suavizantes, el metanol con unas dosis tóxicas de 30 ml y letales de 60 ml mientras que, el etilenglicol tiene dosis tóxicas de 50 ml y letales de 100 ml. El monóxido de carbono es un toxico frecuente producido por inhalación de humo o mala combustión en calderas, braceros, etc. (Abad, 2019).

Intoxicación por productos agrícolas e industriales

Las intoxicaciones provocadas por productos agrícolas, comprende un conjunto xenobióticos que se pueden clasificar según su función como plaguicidas o pesticidas a los empleados para controlar, destruir o prevenir la acción de animales, vegetales o animales que perjudiquen al hombre o a las cosechas. Se diferencian de este grupo los plaguicidas no agrícolas denominados biocidas y que se emplean para uso doméstico (García, 2020).

Tabla 5 Clasificación según la toxicidad de insecticidas comercializados en España

TOXICIDAD			
Insecticidas	Muy alta	Moderada	Baja
Organofosforados	Carbofenotión Clorfenvinfos Disulfotón Fonofos Forato Fosfamidón Mecarbam Metamidofos Metilparatión Mevinfós Ometoato Paratión Sulfotep	Acetato Clorpirifos Diazinón Diclorvós Dicrotofos Dimetoato Etión Fentión Metidatión Monocrotofos Merfos Triclorfón	Fenitrotión Malatión Temefós
Carbamatos	Aldicarb Carbofurano Metomilo Oxamilo	Bendiocarb Metiocarb Promecarb Propoxur	Carbaril
Organoclorados	Endosulfán	Dienocloro Hexacloro- benceno Lindano	Clorobencilato Dicofol Metoxicloro

Piretroides			Aletrina Bioaletrina Cifenoetrín Ciflutrín Cipermetrín Deltametetrín Fenotrín Fenvalerato λ -cihalotrín Permetrín Pinamín Piretro Piriproxifén Tetrametrina Transflutrín
Neonicotinoides			Acetamiprid Clotianidina Dinotefuran Flonicamid Imidacloprid Nitenpiram Nitiazina Tiacloprid Tiametoxam

Fuente: (García, 2020)

Insecticidas

Producto químico utilizado para eliminación de insectos, son comúnmente usados en la conducta suicida, la intoxicación puede ser por vía inhalatoria, ingesta o absorción cutánea. Existen cinco grupos principales de insecticidas: organofosforados, carbamatos, organoclorados, piretroides y neonicotinoides (García, 2020).

Insecticidas organofosforados: Los organofosforados (paratión con una dosis letal de 10 mg y malatión de 60 g) producen inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa con síntomas muscarínicos, nicotínicos, cardiológicos y afectación del SNC cuyos síntomas pueden aparecer hasta 2 -3 semanas tras la exposición, relacionándose la neurotoxicidad retardada por inhibición de la esterasa neurotóxica ocasionando persistencia sintomatológica o recidiva del cuadro clínico tras un período de recuperación. Tienen un amplio volumen de distribución, metabolizados a nivel hepático para generar, en ocasiones, compuestos aún más tóxicos (Abad, 2019) (García, 2020).

Para el diagnóstico se determina la actividad de las colinesterasas intraeritrocitaria (normal de 29-36 U/g de hemoglobina) y sérica (butirilcolinesterasa, BChE normal 7 y 19 U/mL) cuyas cifras varían por factores genéticos, patológicos e individuales por lo que se sigue la evolución de las colinesterasas siendo la colinesterasa sérica sensible, menos específica de generación en días a semanas mientras la colinesterasa eritrocitaria tarda de 1 – 2 meses hasta normalizarse (García, 2020).

Insecticidas carbamatos: corresponden (metomil y aldicarb) a un conjunto de xerobióticos de metabolización hepática, que inhiben transitoriamente la acetilcolinesterasa (ACE) con efectos tóxicos muscarínicos y nicotínicos periféricos de menor duración e intensidad a los organofosforados. Las manifestaciones clínicas dependen de la dosis y vía de absorción, aparecen cuando la actividad colinesterasa está inhibida más del 50% (García, 2020).

Insecticidas organoclorados: (lindano dosis letal de 8g, DDT - hexaclorociclohexano 20 a 30 g, clordano dosis de 6 a 60 g) son productos derivados clorados de los hidrocarburos, poseen alta liposolubilidad y estabilidad química convirtiéndose en una amenaza para la salud por su poder carcinógeno y mutágeno. Su acción tóxica se manifiesta por la concentración en tejidos con alto porcentaje de grasa (estimulación del SNC, ganglios nerviosos, tejido adiposo y glándulas suprarrenales). Poseen una acción inhibitoria de la actividad ATPasas relacionadas con la fosforilación oxidativa, alteran el transporte sodio – potasio a través de las membranas neuronales sobre todo a nivel axonal. Alteran el ion Ca, la actividad Ca – ATPasa y fosfocinasa, produciendo un enlentecimiento de la repolarización que produce la propagación de potenciales de acción (García, 2020), (Francisco Vasserot, 2022).

El diagnóstico debe ser seriado, atendiendo a la función renal y hepática. Para el cribado inicial se debe determinar la AChE y la butirilcolinesterasa estableciendo las concentraciones base para valorar la variabilidad individual (Francisco Vasserot, 2022).

Insecticidas piretroides: el efecto tóxico en este grupo corresponde al extracto de pelitre o piretro a partir del cual se sintetizan insecticidas conocidos como piretroides presentes en la mayoría de los insecticidas de uso doméstico. Poseen una toxicidad baja y puede provocar reacciones de hipersensibilidad (García, 2020)

Insecticidas neonicotinoides: corresponde a una nueva generación de insecticidas con baja toxicidad y efecto irritante por contacto con la piel y mucosas.

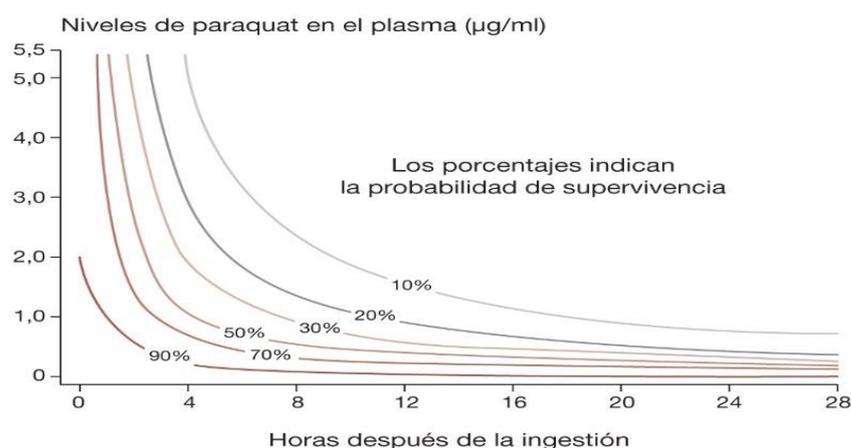
Herbicidas

Son pesticidas con elevada toxicidad entre los que se destacan el diquat, glifosato, paraquat, glufocinato y derivado del fenoxiacético (García, 2020).

Bipiridilos: producen un bloqueo en procesos de respiración celular. El paraquat es un herbicida no selectivo, barato y muy utilizado por lo que es usado en países en vías de desarrollo, introducido al mercado mundial en 1962 como Gramoxone, la dosis letal mínima

es de 10-15 ml del producto concentrado. El órgano diana en la intoxicación es el pulmón produciendo insuficiencia respiratoria con fibrosis pulmonar como causa común de muerte (García, 2020). Alcanza su concentración máxima una hora tras la ingestión, con predilección a órganos con saturación elevada como el pulmón, hígado y riñón. Los niveles de intoxicación se clasifican de acuerdo con la dosis, la intoxicación leve va de 20 mg/kg con recuperación sin secuelas, intoxicación moderada con dosis entre 20 y 40 mg/kg en la que se produce daño renal, hepático y pulmonar. La dosis > 40mg/kg presenta disfunción multiorgánica y muerte entre 24 – 48 horas. La ingesta de 30 ml a una concentración de 20 – 25% es mortal mientras que 10 ml puede provocar una enfermedad significativa. Los niveles de Paraquat determinados en radioinmunoanálisis tienen valor pronóstico, mientras que la concentración sérica con relación a la intoxicación aguda y el momento de la intoxicación predice la probabilidad de muerte. El análisis de Paraquat en orina mediante la prueba de ditionito tiene un valor diagnóstico y debe realizarse tras 6 horas tras la ingesta La predicción de mortalidad se puede estimar en un nomograma con una sensibilidad y especificidad del 90% para lo cual debe obtenerse una muestra sérica de al menos 4 horas tras la ingesta (García, 2020).

Figura 3 Nomograma de Proudfoot.



Fuente: (García, 2020)

Glifosato: se asocia su toxicidad a sus diluyentes (principalmente el surfactante polioxietilamina y la isopropilamina) que al principio activo glifosato propiamente. La toxicocinética mediante absorción digestiva es del 40 % en animales de experimentación, alcanza su concentración plasmática más alta a las 2 horas tras ingesta con una semivida de eliminación de 4 horas. No se absorbe en la piel intacta y se elimina por la orina, sin metabolizar en caso de ingesta (García, 2020).

Etilenglicol

Posee estructura similar al alcohol etílico, utilizado como anticongelante de radiadores de automóvil, disolvente de plástico, colas, tintes y barnices. Tras su ingesta, su distribución corporal alcanza su pico a las 1 a 4 horas cuya dosis toxica es de 50 -100 ml, dosis >100 ml

se considera mortal. Se considera tóxica una dosis $> 0,5$ g/l, si supera a 2 g/l es potencialmente mortal. Se convierte en alcohol aldehído, ácido glicólico y ácido glioxílico como el metabolito más tóxico se convierte hasta ácido fórmico (García, 2020)

2.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En el caso de insecticidas organofosforados se manifiestan por la acumulación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas; los trastornos del ritmo cardíaco, el coma convulsivo y la insuficiencia respiratoria son posibles causas de muerte mientras que, las manifestaciones tardías o crónicas son la neuropatía periférica, trastornos de la conducta, del ánimo y la memoria (García, 2020). El síndrome intermedio produce afección de los músculos respiratorios, proximales de las extremidades y flexores del cuello hasta incluso la insuficiencia ventilatoria.

Los insecticidas organoclorados a dosis tóxica producen síntomas neurológicos cuanto más precoces peor es el pronóstico. En la intoxicación aguda constan de 2 fases. La primera fase (0 – 24 horas) aparecen cefaleas, parestesias, malestar general, alteración del tracto digestivo, posteriormente, hiperexcitabilidad, fasciculaciones temblores, confusión, disminución del nivel de conciencia, síntomas cardiovasculares (shock cardiogénico, inestabilidad hemodinámica) son más frecuente las convulsiones y el estatus epiléptico mientras que la causa de muerte frecuente se da por insuficiencia respiratoria, arritmias cardíacas y deterioro neurológico. La segunda fase (mayor a 24h) los síntomas son derivados del metabolismo enterohepático. Las manifestaciones hepáticas como elevación de las transaminasas, alteración de la coagulación, ictericia, colestasis; manifestaciones renales como la hematuria y oliguria (Francisco Vasserot, 2022).

Los síntomas sistémicos en el caso de insecticidas neonicotinoides sólo se han descrito por ingesta como las náuseas, diarrea, vómito, dolor abdominal, vértigo y cefalea. A dosis muy elevadas producen síntomas colinérgicos, fracaso cardiorrespiratorio y alteración del SNC (García, 2020).

En la intoxicación por bupiridilos, como Paraquat, la forma aguda consta de 3 fases y es producida tras la ingesta de 20 a 50 mg/kg. En la fase gastrointestinal, se producen manifestaciones inmediatas o hasta 24 horas como náuseas, vómitos, epigastralgia, dolor abdominal y retroesternal, disfonía, perforación esofágica o gástrica. Puede presentarse hemorragia digestiva, enfisema subcutáneo por perforación esofágica, disfagia, sialorrea, diarrea y pancreatitis con dolor abdominal intenso. La fase hepatorenal se presenta 24 – 48 horas, el aumento de bilirrubinas y transaminasas indica necrosis centrolobulillar hepática. El aumento de nitrógeno ureico, creatinina y proteinuria indican la afectación renal y la oliguria y anuria una necrosis tubular aguda. La tercera fase es la pulmonar, inicia con tos, disnea e hipoxemia refractaria al tratamiento, taquipnea y cianosis progresiva. Se caracteriza por una lesión pulmonar, espacios alveolares infiltrados por líquido, leucocitos y hemorragia, atelectasia posteriormente rápida proliferación de fibroblastos con fibrosis generalizada (García, 2020).

La forma subaguda se diferencia de la subaguda porque la dosis toxica es menor a 20 mg/kg cuyos síntomas son de menor intensidad que la forma aguda, menor probabilidad de evolución a la fibrosis, pero puede persistir el compromiso funcional y radiológico permanente (García, 2020).

Tras la ingesta de glifosato, inicialmente produce irritación gastrointestinal (dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea) y a grandes ingestas causticación de la mucosa digestiva. En casos graves, el paciente presentará afección multiorgánica que puede progresar al fracaso respiratorio o shock refractario en un periodo de 12 a 72 horas (García, 2020).

2.5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Debido al riesgo inmediato que puede desencadenarse las intoxicaciones intencionales por sustancias lícitas o ilícitas, en la que existe el riesgo inmediato de padecimiento desde la ideación hasta el acto suicida (Jiménez, 2019). Se necesita una valoración inmediata que sea utilizada incluso de personal no psiquiátrico determinando la necesidad desde donde se realice la primera valoración y determinar si existe requerimiento de referencia u hospitalización. Para dar una estadificación según el riesgo que presente el paciente se utiliza diversas escalas para valorar el grado de intención o conducta suicida (Bonnett, 2022).

Desde los aportes de Patterson en 1983, y colaboradores hasta Hockberger y Rothstein la Escala mnemotécnica de personas triste se aprecia modificaciones para la valoración en pacientes suicidas. En el servicio de urgencias, una puntuación ≤ 5 indica que el paciente puede ser dado de alta de forma segura. Las puntuaciones entre 6 a 8 indica necesidad de consulta psiquiátrica; y puntuaciones de ≥ 9 evalúa la necesidad de hospitalización psiquiátrica (Bonnett, 2022).

Tabla 6 Escala de PERSONAS TRISTES Modificada

SIGLA	MNEMOTECNIA	CARACTERÍSTICA	SCORE
S	Sexo	Masculino	1
A	Edad	<19 o >45 años	1
D	Depresión o desesperanza	Admite depresión o disminución de la concentración, apetito, sueño, libido	2
P	Intentos previos o atención psiquiátrica	Atención psiquiátrica previa como paciente hospitalizado o ambulatorio	1
E	Uso excesivo de alcohol o drogas	Estigmas de adicción crónica o uso repetido reciente	1
R	Pérdida de pensamiento racional	Síndrome cerebral orgánico o psicosis	2
S	Separado, viudo o divorciado		1
O	Intento organizado o serio	Plan bien pensado o presentación que amenaza la vida	2
N	Sin apoyos sociales	Sin familia cercana, amigos, trabajo o afiliación religiosa activa	1
S	Intención futura declarada	Determinado a repetir el intento o ambivalente	2
SCORE	RIESGO		
<6	bajo		
6–8	Intermedio		
>8	alto		

Fuente: Changed from Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by non-psychiatrists using the SAD PERSONS score. (Bonnett, 2022).

Tras intentos suicidas, las indicaciones de hospitalización pueden ser absolutas y relativas e inclusive involuntarias de requerirse, las absolutas incluyen un intento previo violento, la psicosis, la ideación suicida con planes definidos para un intento repetido. En el caso de indicaciones relativas incluyen alta relación riesgo-rescate; alcoholismo; edad >45 años; vivir solo con escaso apoyo social; enfermedad mental grave; drogadicción; impotencia o agotamiento y desesperanza (Bonnett, 2022).

En personas con depresión mayor, identificado como un trastorno del humor o afectivo, el riesgo suicida es 20 veces más que en el resto de la población (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). Se detallan de los criterios diagnósticos asociados a este trastorno.

Tabla 7 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo	El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
	El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas	1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica

	muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas
	2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
	3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro	1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
	2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
	3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
	4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
	5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
	6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
	7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
D. Puede haber o no síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características	1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
	2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
	3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
	4. Empeoramiento matutino del humor depresivo
	5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación
	6. Pérdida marcada del apetito
	7. Pérdida de peso de al menos un 5% en el último mes
	8. Notable disminución del interés sexual

Elaborado por: Erika Vásquez

Fuente: (Martínez, 2014)

Episodio depresivo leve: están presentes 2 o 3 síntomas del criterio B. La persona está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Útil el seguimiento periódico de manera ambulatoria hasta descartar recaída (Martínez, 2014).

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. Estas personas probablemente tendrán dificultades para continuar con sus actividades cotidianas por lo que, el seguimiento ambulatorio continuo (Martínez, 2014).

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, como pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad y culpa. Por tanto, la conducta suicida presenta síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos (alucinaciones, retardo o excitación psicomotriz, delirios, verborrea, falta de autocontrol) denominándose episodio depresivo grave con síntomas psicóticos cuyos síntomas pueden o no ser concordantes con el estado anímico (Martínez, 2014).

Distinguir un cuadro clínico de conducta suicida de una conducta no lesiva, forma parte del diagnóstico diferencial. El conjunto de comportamientos voluntarios e intencionales a fin de producirse daño como la destrucción de tejidos de su cuerpo sin la intención suicida, cuya psicopatología, relaciona a una desregulación emocional (Martha Ospina Gutiérrez, 2019). Esta nominación supone un instrumento para conseguir algo o una forma de lograr un objetivo (atención de otros, despertar pena o interés de otros, estimularse, sentirse real) que no es la muerte. Sin embargo, es importante tener presente que tanto las conductas suicidas como las no suicidas pueden coexistir y que la presencia de una no excluye la otra (Belloso, 2021), (Martha Ospina Gutiérrez, 2019).

2.6. TRATAMIENTO PREVENTIVO

Un enfoque biopsicosocial en todo paciente con factores de riesgo para intentos suicidas es de vital importancia en la atención médica de rutina en atención primaria, cada etapa de vida debe anticiparse a un abordaje especial. La preparación y la relación médico – paciente debe basarse en la empatía, confianza, confidencialidad. Por otro lado, el juzgamiento de sus conductas, una barrera y provocar una falta de motivación al cumplimiento de las recomendaciones médicas (Martha Ospina Gutiérrez, 2019).

El periodo de crisis suicida que experimenta el paciente sea por un profesional sanitario, apoyo psicológico o un miembro de la familia; requiere contar con estrategias de protección, acceso a una búsqueda de ayuda, familiar, comunitario e intervención clínica si requiere. Se debe incrementar el apoyo familiar y social, formar habilidades de resolución de problemas, fortalecer la confianza en uno mismo, la espiritualidad y valores positivos, habilidades de resolución de conflictos y formas no violentas. Restringir y controlar la disponibilidad física de medios para cometer un intento suicida como los fármacos, productos de uso doméstico, limitar la disponibilidad de medios e información de reportajes sensacionalistas o de métodos de cometer suicidios. Por consiguiente, un tratamiento integral de enfermedades mentales y físicas (Belloso, 2021), (Martha Ospina Gutiérrez, 2019).

2.7. TRATAMIENTO DE SOPORTE Y DESCONTAMINACIÓN

Independientemente del agente causal en caso de un paciente intoxicado, se requiere una valoración completa y rápida del riesgo xenobiótico y distinguir su riesgo tóxico y mortal (Marc Ghannoum, 2021). Debe usarse la asistencia del soporte vital básico ABCD en caso de reanimación, conseguir una estabilización, una adecuada evaluación con exámenes de laboratorio y en caso de ser posible, colocar el antídoto y descontaminación intestinal (Marc Ghannoum, 2021). Además, de las medidas habituales además de pulsos periféricos, glucemia, llenado capilar, de soporte general y descontaminación de manera precoz, el monitoreo continuo de signos vitales y del paciente. Si la presión arterial diastólica (PAD) disminuye, descartar la posibilidad de sepsis o anafilaxia. En caso de existir excitabilidad miocárdica, se requiere monitorización del ECG, evitando el uso de aminas simpaticomiméticas (García, 2020).

Una vez descartada la obstrucción de la vía aérea o una patología respiratoria, verificar la estabilidad del paciente, proceder a canalizar vías, realizar una exploración física completa y desvestir de ser necesario sin desvalorizar las pérdidas de calor y evaluar el nivel de conciencia ya sea por la escala de Glasgow o como alternativa inicial rápida la escala de AVDN (alerta, responde a la voz, responde a estímulos, no responde) (Jiménez, 2019).

En presencia de signos muscarínicos que comprometen la ventilación (hipersecreción bronquial, broncoespasmo), debe utilizarse inmediatamente atropina que revierte el cuadro muscarínico, al bloquear la acción de la acetilcolina en los receptores muscarínicos de forma competitiva. Se puede añadir benzodiazepinas para contrarrestar manifestaciones del SNC no controlado por la atropina como la ansiedad y las convulsiones (García, 2020). Al metabolizarse también por la colinesterasa, debe evitarse el uso de relajantes musculares despolarizantes como la succinilcolina, ya que su acción se prolongaría (García, 2020).

En la intoxicación de organoclorados, no se describe un antídoto y el uso de la depuración renal o extrarrenal sólo se justifica en casos de insuficiencia renal. No existe antídoto para la intoxicación por organoclorados, se utilizará diazepam en caso de convulsiones, los fármacos vasoactivos deben usarse con precaución para evitar arritmias graves favorecidas por estos. Si la vía es digestiva y en un tiempo de ingestión menor a 4 horas puede emplearse carbón activado y/o lavado gástrico, existiendo el riesgo de broncoaspiración y neumonitis química, convulsiones y disminución del nivel de conciencia por lo que es una indicación controvertida (Francisco Vasserot, 2022)

El lavado gástrico en la intoxicación por Paraquat está contraindicado debido a sus características causticas. El uso de carbón activado debe emplearse lo antes posible, es probable que las terapias empleadas en cuidados intensivos en caso de manifestaciones de toxicidad sistémica como la hipoxia franca no mejoren los resultados, la fibrosis pulmonar es irreversible. En caso de daño renal, puede mejorar con terapia de remplazo renal. La hemodiálisis o hemofiltración es una opción de tratamiento tras 4 h de ingestión en pacientes con daño renal o terapia de reemplazo renal sin que estén presentes signos de intoxicación

grave al inicio de la terapia, sin embargo, no es una recomendación generalizada (García, 2020).

Se desaconseja la descontaminación digestiva en el caso del glifosato ya que presenta una naturaleza cáustica y no hay una evidencia de su eficacia. No existe un antídoto específico por lo que requiere medidas de soporte intensivo como tratamiento (García, 2020).

ANTIDOTO	TRATAMIENTO ADULTOS	SIGNOS DE INTOXICACIÓN	TÓXICO
<p>Soporte general</p> <p>Descontaminación</p> <p>Depuración</p>	<p>Atropina 2 mg repetida cada 10-30 minutos y evaluación dependiente secado.</p> <p>Carbón activado por sonda o por la boca 50 g tras el lavado gástrico si las condiciones del paciente lo permiten. Si el carbón se tolera, ha de repetirse una 2da dosis a las 2 h de la anterior.</p> <p>Por las características cinéticas de estos insecticidas, no está indicada la diuresis forzada ni las técnicas de depuración extrarrenal.</p>	<p>Síndrome muscarínico o colinérgico con bradicardia, miosis, broncoespasmo, sialorrea, náuseas, vómitos, broncorrea, diarreas, sudoración y lagrimeo. También un síndrome nicotínico o de placa motora con síntomas como taquicardia, hipertensión, hipotensión, midriasis calambres musculares, fasciculaciones y debilidad muscular. Finalmente, un síndrome neurológico central, con ansiedad, agitación, confusión, delirio, coma y convulsiones.</p>	<p>Toxicidad por organofosforados. Extremadamente tóxicos, tienen una dosis letal 50 (DL50), < 5 mg/kg como el diclorvos, el mevinfos, el monocrotofos, el metilparatión, el paratión y el metamidofos.</p>
<p>Soporte general</p> <p>Descontaminación</p> <p>Aumento de la eliminación</p>	<p>Lavado gástrico. El carbón activado se recomienda 50 g VO o con la SNG tras el lavado. El glifosato no tiene antídoto. Valore la indicación precoz de una hemodiálisis.</p>	<p>Náuseas, vómitos y diarreas, edema pulmonar no cardiogénico, distrés respiratorio, shock, fracaso renal agudo, alteraciones hepática y pancreática, arritmias ventriculares, trastornos de la conducta y de la consciencia, acidosis</p>	<p>Herbicida Glifosato ingesta > a 100 ml, especialmente en mayores de 40 años, podría tener graves consecuencias.</p>

		metabólica, leucopenia, plaquetopenia, etc.	
N-acetilcisteína	Inicial de N-acetilcisteína es de 150 mg/kg diluido en 200 ml de suero glucosado al 5% a perfundir entre 15 min. y 1 hora. Luego 50 mg/kg en 500 ml de glucosa al 5% durante 4 h, seguidos de 100 mg/kg en 1.000 ml de glucosa al 5% durante 16 horas.	Hepatotoxicidad, cuantos más vómitos haya, más probable es que la ingesta sea tóxica, alteración del nivel de conciencia, hipotensión-shock y signos ECG de isquemia miocárdica, fracaso renal, pancreatitis, encefalopatía hepática, coma e inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria aguda, sepsis, shock y fallo multiorgánico.	Intoxicación por Paracetamol en adultos: 125 mg/kg y 100 mg/kg si tiene algún factor de riesgo.
Naloxona	Dosis en adulto de 70 kg es de entre 0,2 y 0,4 mg i.v., hasta una dosis máxima de 10 mg según respuesta.	depresión del SNC, depresión respiratoria y pupilas mióticas lentamente reactivas	Intoxicación por opiáceos como la heroína, metadona, la codeína y el difenoxilato.
Fomepizol	Inicia con 15 mg/kg, con una dosis de mantenimiento de 10 mg/kg BID en 4 dosis seguida de 15 mg/kg BID hasta que los niveles de etilenglicol estén < 20 mg/dl (3 mmol/l).	Depresión del SNC 6 y 12 h después de la ingesta, neumonitis, edema pulmonar, lesión pulmonar aguda, deterioro renal en 24 y 72 h. Es mortal en 24-36 h.	Dosis toxica del Etilenglicol es aprox. 1-1,5 ml/kg
Carbón activado	Ingesta AAS entre 100-250 mg/kg dar carbón activado (25 g) si la ingesta < 6 h. Ingesta > 250 mg/kg. Carbón activado (25 g) si la ingesta < 6 h.	Náuseas, vómitos, taquicardia, taquipnea, fiebre y estupor, acúfenos y vértigos. Alteración del estado de conciencia, diátesis hemorrágica,	Dosis tóxicas de AAS: 100-250 mg/kg, de toxicidad moderada, y > 250 mg/kg, de toxicidad alta.

	<p>Si se desconoce la dosis ingerida de AAS solicitar glucemia, ionograma, equilibrio ácido-base y salicilemia para ubicar dosis tóxica. En pacientes con alteración mental, perfundir suero glucosado mientras se observa.</p>	<p>edema cerebral, pulmonar no cardiogénico, rabdomiólisis, fracaso renal, hipertermia, coma, convulsiones y shock.</p>	
Soporte general	<p>La prolongación del QRS se tratará con la administración de bicarbonato sódico. La hipotensión con la administración de sueroterapia y la perfusión de fármacos vasoactivos como noradrenalina. En los casos de prolongación de QT o la torsada de pointes, se deberá administrar sulfato magnésico.</p>	<p>Náuseas y vómitos, mareo, visión borrosa, midriasis, taquicardia, < nivel de consciencia. Convulsiones y las alteraciones electrocardiográficas (alargamiento del QRS y del QT) son raras.</p>	<p>ISRS: Las dosis tóxicas varían entre 6 mg/kg (fluoxetina) y 7 mg/kg (sertralina).</p>

Elaborado por: Erika Vásquez

Fuente: (Braitberg, 2020)

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto de titulación realizado con dominio emergente en Salud como producto social, con la línea de investigación Salud, en la que desarrolla una investigación básica, de tipo transversal, retrospectivo con un diseño de carácter de aproximación explicativo y descriptivo tomando en cuenta variables tanto cuantitativas como cualitativas, por lo cual, el presente proyecto de titulación presenta un enfoque mixto con el fin de abarcar tanto variables, dimensiones e indicadores que contribuyan adecuadamente el fin investigativo.

3.2. ALCANCE, ENFOQUE Y MÉTODOS

El estudio presenta un alcance investigativo mixto cualicuantitativo, basado en un proceso diferencial con el fin de abordar adecuadamente la problemática de investigación sobre la población estudiada, permitiendo concebir los diferentes elementos del proyecto de investigación, la descripción detallada de la investigación, sintetizando su contenido a la planificación establecida y sus diferentes etapas. Se detalla a continuación los métodos de investigación empleados.

- **Método inductivo – deductivo:** a partir de casos particulares tras el análisis de cada historia clínica, se procede a valorizar sus características, semejanzas tanto particulares como generales hasta llegar al análisis con los resultados obtenidos y proporcionar conclusiones de la investigación.
- **Método histórico:** tomando en cuenta el periodo de estudio correspondiente al año 2021 para identificar la prevalencia, incidencia y la correlación de intentos autolíticos entre la población estudiada contrastada a nivel nacional, por lo que se pretende proyectar y someter a criterio en futuras investigaciones.
- **Método descriptivo:** se pretende dar respuestas a los acontecimientos, situaciones y factores de riesgo que condujo a la población de estudio a incurrir un intento autolítico.

3.3. ÁREAS DE ESTUDIO

Pacientes atendidos en el hospital General José María Velasco Ibarra a partir de 18 años con sospecha y/o diagnóstico de intento autolítico y que fueron atendidos en el servicio de emergencia y hospitalización Medicina Interna en conjunto con la unidad de salud mental hospitalaria en el periodo enero a diciembre 2021.

3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Durante el periodo enero a diciembre 2021, se estima que 255 pacientes presentaron conductas suicidas de los cuales, para fines de este estudio, se seleccionó a quienes contaban con descripción de categorías de tres caracteres (X60 – X84) para su desglose a la

descripción de códigos de hasta cuatro caracteres y su CIE-10 respectivo. Entre ellos, 90 pacientes presentaron esta codificación, sin embargo, al repetirse su atención en algunos casos en el transcurso del año, se obtuvo un total de 34 pacientes con intentos autolíticos favorables para fines de este estudio.

3.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se investigó la población atendida en el servicio de emergencia y hospitalización de Medicina Interna en conjunto con la unidad de salud mental hospitalaria del hospital General José María Velasco Ibarra en la ciudad del Tena obteniéndose un total de 34 pacientes con diagnóstico de intento autolítico para su análisis estadístico y la caracterización de esta patología en la población amazónica.

3.5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que comprenden un rango de edad superior a los 18 hasta los 60 años valorados por intento autolítico y fueron atendidos en los servicios de emergencia y medicina interna con diagnóstico CIE-10 de categorías de tres caracteres (X60 – X84) para su desglose a la descripción de códigos de hasta cuatro caracteres en el hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero a diciembre 2021.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con intento autolítico que no se encuentren en el rango de edad establecido o que no pertenezcan al hospital General José María Velasco Ibarra.
- Pacientes con intento autolítico que no se encuentren dentro del periodo de estudio establecido.
- La investigación no incluye a pacientes prioritarios, niños, embarazadas o de manejo ambulatorio que pertenezcan o no al hospital General José María Velasco Ibarra.
- Pacientes con una codificación CIE-10 que no corresponda a un intento autolítico en sus diversas manifestaciones.

3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS

El estudio compila a personas con diagnóstico de intentos autolíticos y sus diversos métodos de violencia autoinfligida agrupados en rango de edades desde los 18 hasta los 60 años atendidos en el hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero a diciembre 2021.

3.7. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES DEPENDIENTES

- Método autoinfligido utilizado
- Acontecimientos vitales estresantes

- Consumo de alcohol, tabaco o drogas

Variables independientes

- Edad
- Género
- Etnia/autoidentificación
- Nivel de instrucción
- Antecedentes psiquiátricos previos
- Antecedentes de intentos autolíticos
- Medicación habitual
- Puntaje en la Escala de riesgo Sad Persons

3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Tipo	Definición Operacional	Escala de Clasificación
Edad	Cuantitativo	Periodo de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta el momento de referencia	De 18 hasta los 19 años De 20 a 24 años De 25 hasta los 59 años Mayores de 60 años
Autoidentificación	Cualitativo	Autoidentificación o reconocimiento de una persona en la sociedad y como parte de un grupo étnico	Mestiza Indígena Afroecuatoriana Blanca Montubia
Identidad de género	Cualitativo	Identidad de una persona en sentirse o no de acuerdo con el sexo biológico asignado al nacer	Masculino Femenino Transgénero
Estado civil	Cualitativo	Condición de la situación jurídica de una persona física, que le otorgan obligaciones o derechos determinada por sus relaciones familiares	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo Conviviente

Nivel de instrucción	Cualitativo	Grado de estudios de una persona que puede ser provisional o definitivos.	Primaria Secundaria Superior Ninguna
Intentos autolíticos previos	Cualitativo	Violencia autoinfligida previa de una persona con relación a su situación actual	Si No
Hábitos nocivos	Cualitativo	Conductas repetidas de una persona que provocan daño a su salud y producen un riesgo inmediato, mediano y largo plazo	Alcohol (ocasional/ habitual) Tabaco (ocasional/ habitual) Drogas (ocasional/ habitual)
Método autoinfligido	Cualitativo	Forma de autoagresión que una persona emplea con intención de causarse daño o la muerte. Estos pueden ser métodos activos (armas de fuego, armas blancas, ahorcamientos) o métodos pasivos (venenos, gases drogas).	Envenenamiento autoinfligido Lesión autoinfligida
Escala de Sad Persons	Cuantitativo	Herramienta utilizada para conocer el riesgo suicida. Acrónimo en ingles en el que cada característica define un	< 5 riesgo bajo 6 a 8 riesgo intermedio > 8 riesgo alto

		puntaje cuya suma define la conducta médica.	
--	--	--	--

3.8. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto utiliza un análisis de historias clínicas para la obtención de datos necesaria para su registro en una base de datos de Excel categorizada por sus distintas variables. Con el fin de clasificar y registrar la información a partir de 34 historias clínicas, los datos recolectados fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, con el fin de revelar los intentos autolíticos en la población amazónica atendidos en el hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero diciembre 2021.

3.9. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

- Revisión de historias clínicas que cumplen los criterios de inclusión
- Organización de información en una base de datos de Excel
- Tablas de procesamiento de análisis estadístico

3.10. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

3.10.1. Plan de recolección de datos

Para la recolección de datos, se seleccionó las historias clínicas con diagnóstico CIE-10 de categorías de tres caracteres (X60 – X84) para su desglose a la descripción de códigos de hasta cuatro caracteres que, además, cuenten con los criterios de inclusión establecidos con el fin de relacionar y determinar la situación de intentos autolíticos en el hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo enero a diciembre 2021 y su pertenencia a nivel nacional.

3.10.2. Plan de análisis

Tras la revisión de historias clínicas, se asoció la distinta información mediante agrupación de variables por tablas, rangos, categorías y gráficos para su descripción porcentual y de frecuencia para el suministro de resultados a fin de establecer conclusiones y comparaciones acerca de los intentos autolíticos.

3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la elaboración del presente proyecto, a todos los pacientes incluidos en este estudio, se respetó su confidencialidad, no involucra la manipulación de pacientes. Para su desarrollo y autorización se recurrió a la elaboración de documentos pertinentes dirigidos tanto al hospital General José María Velasco Ibarra y a la universidad Nacional de Chimborazo hasta su aprobación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS

Tabla 8 Distribución de la población por género

GÉNERO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	18	52,9	52,9	52,9
MASCULINO	15	44,1	44,1	97,1
TRANSGÉNERO	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Género

Según el presente estudio, con una población total de 34 pacientes, se registra un porcentaje poblacional de intentos autolíticos mayor para el género femenino, 52,9 % equivalente a 18 pacientes que, en hombres con un porcentaje de 44, 1 % correspondiente a 15 pacientes y 2,9 % que representa a un paciente identificado como transgénero.

A nivel nacional, la tasa de incidencia suicida indica mayor proporción para el género masculino desde el año 1999 al 2019 que para el género femenino y que además presenta menores variaciones en la progresión anual del periodo mencionado (Ministerio de Salud Pública, 2021). Existen estudios limitados sobre grupos minoritarios como el transgénero, sin embargo, se estima que presentan tasas más altas de síntomas asociados a trastornos afectivos e intentos autolíticos que el resto de población (Sav Zwickl, 2021).

Tabla 9 Distribución de la población por edades

EDAD DEL PACIENTE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 19 AÑOS	2	5,9	5,9	5,9
20 AÑOS	3	8,8	8,8	14,7
21 AÑOS	4	11,8	11,8	26,5

22 AÑOS	1	2,9	2,9	29,4
24 AÑOS	3	8,8	8,8	38,2
26 AÑOS	2	5,9	5,9	44,1
27 AÑOS	2	5,9	5,9	50,0
28 AÑOS	3	8,8	8,8	58,8
30 AÑOS	1	2,9	2,9	61,8
31 AÑOS	3	8,8	8,8	70,6
33 AÑOS	1	2,9	2,9	73,5
35 AÑOS	2	5,9	5,9	79,4
38 AÑOS	2	5,9	5,9	85,3
43 AÑOS	1	2,9	2,9	88,2
45 AÑOS	1	2,9	2,9	91,2
52 AÑOS	3	8,8	8,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 4 Distribución de la población por género según sus rangos de edades

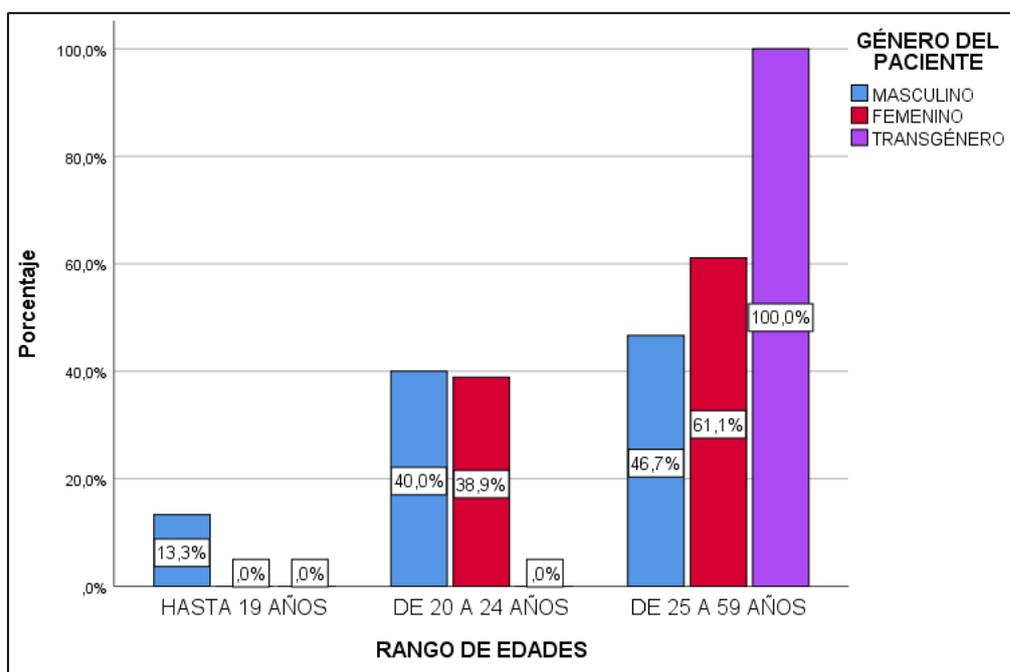
		RANGO DE EDADES			
GÉNERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	HASTA 19 AÑOS	2	13,3	13,3	13,3
	DE 20 A 24 AÑOS	6	40,0	40,0	53,3
	DE 25 A 59 AÑOS	7	46,7	46,7	100,0

	Total	15	100,0	100,0	
FEMENINO	DE 20 A 24 AÑOS	7	38,9	38,9	38,9
	DE 25 A 59 AÑOS	11	61,1	61,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGÉNERO	DE 25 A 59 AÑOS	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 5 Distribución de la población por género según sus rangos de edades



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Edad

Del total de la población estudiada, se ha agrupado por rangos de edades para fines investigativos comprendidas como adolescencia, juventud y adultez; obteniéndose un 13,3 % equivalente a 2 pacientes de género masculino en edades comprendidas hasta los 19 años equivalentes al grupo adolescente, 40 % en el rango de 20 a 24 años como población joven y 46,7 % en el rango de 25 a 59 años correspondiente a la población adulta para el mismo género. En el caso del género femenino, el rango de edad de 20 a 24 años equivale al 38,9 %, de 25 a 59 años corresponde el 61,1 % y un único caso del grupo transgénero comprende

100 % para esta población. Basándose en los datos obtenidos, la media es de 29,7 años. Por tanto, existe mayor incidencia de intentos autolíticos en la población adulta de género femenino y la totalidad del transgénero por ser un único caso.

Los intentos suicidas en el país presentan una mayor frecuencia en la adolescencia (10 a 14 años) que en la edad adulta y corresponde al género femenino (Ministerio de Salud Pública, 2021). En contraste a esta investigación, estudios señalan que los intentos suicidas son mayores en mujeres entre los 18 a 25 años (Shannon Lange, 2021).

Tabla 10 Distribución de la población según su autoidentificación o grupo étnico

		AUTOIDENTIFICACIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INDIGENA	21	61,8	61,8	61,8
	MESTIZA	13	38,2	38,2	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

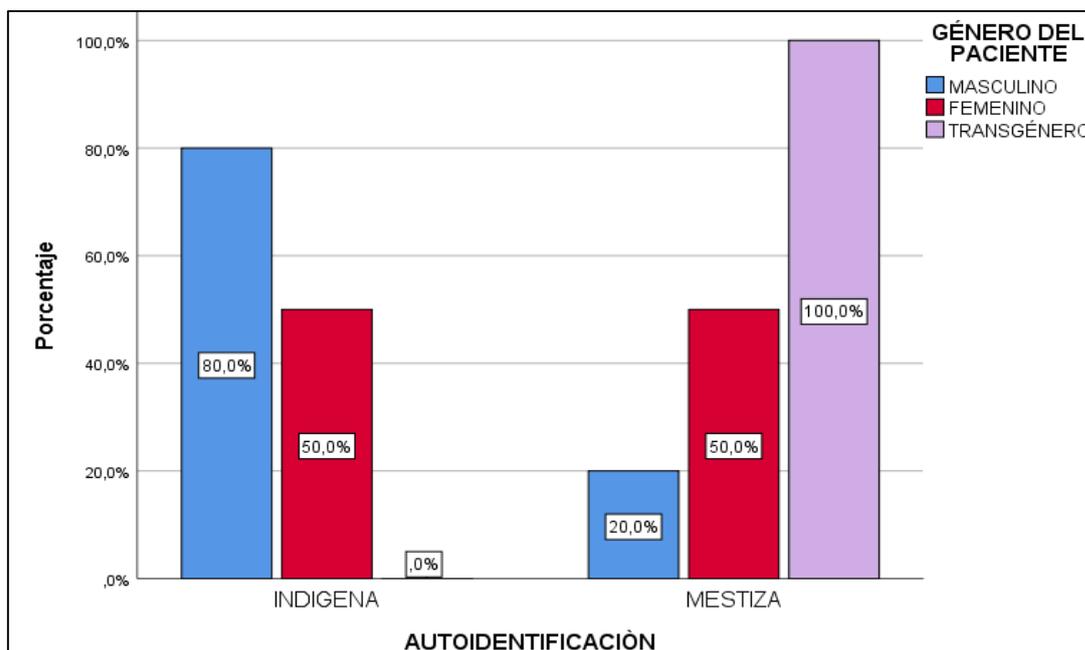
Tabla 11 Distribución de la población por género según su autoidentificación o grupo étnico

		AUTOIDENTIFICACIÓN			
GÉNERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	INDIGENA	12	80,0	80,0	80,0
	MESTIZA	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
FEMENINO	INDIGENA	9	50,0	50,0	50,0
	MESTIZA	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGÉNERO	MESTIZA	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 6 Distribución de la población por género según su autoidentificación o grupo étnico



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Autoidentificación o grupo étnico

La mayor incidencia de intentos autolíticos corresponde a la población indígena con un porcentaje de 61,8 % equivalente a 21 pacientes mientras que para la población mestiza el 38,2 % corresponde a 13 pacientes, no existen grupos étnicos afroecuatorianos o blancos para este estudio. Según la autoidentificación por géneros, existe mayor incidencia de población indígena del género masculino correspondiente al 80 % (12 pacientes) mientras que el género femenino equivale el 50 % (9 pacientes). El grupo poblacional autoidentificado como mestizo, el 20 % (3 pacientes) corresponde al género masculino y el 50 % de un total de 18 pacientes, representa al género femenino mientras que al grupo transgénero representa 100 % para un único caso.

En consecuencia, se correlaciona los resultados obtenidos en este estudio con los datos del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) sobre poblaciones indígenas pues en este estudio, los Waoranis y Shuar (indígenas amazónicos) representan un alto índice de envenenamientos autoinfligidos. Sin embargo, a nivel nacional la población mestiza tiene mayor impacto (Ministerio de Salud Pública, 2021). Además, evidencia a nivel internacional señala que, la conducta suicida en la población indígena es subestimada por carencia de datos científicos que lo avalen (Alejandra Vargas, 2017).

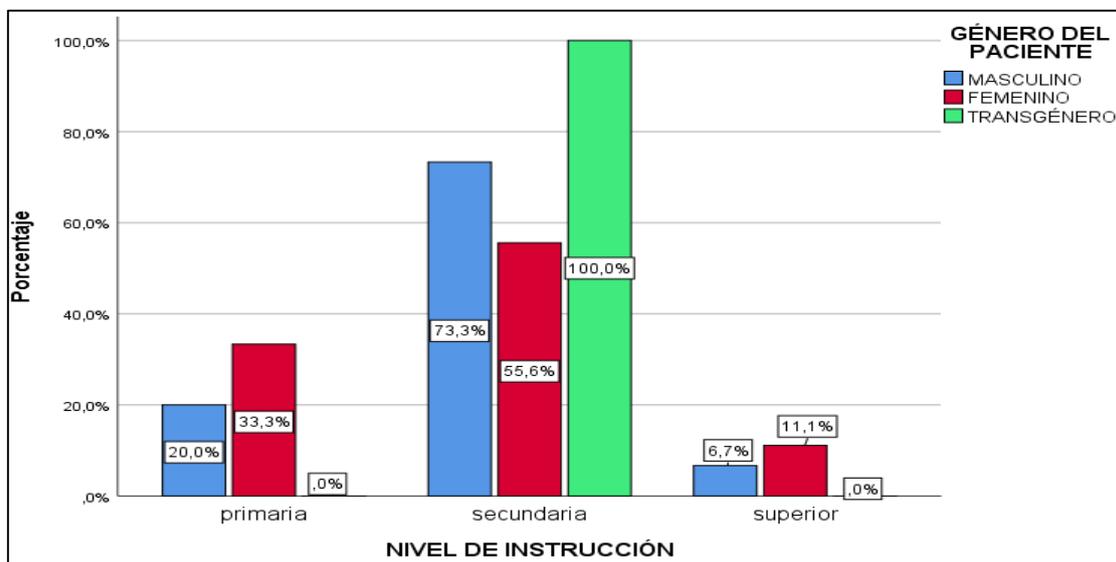
Tabla 12 Distribución de la población por género según su nivel de instrucción

		INSTRUCCIÓN			
GÉNERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	primaria	3	20,0	20,0	20,0
	secundaria	11	73,3	73,3	93,3
	superior	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
FEMENINO	primaria	6	33,3	33,3	33,3
	secundaria	10	55,6	55,6	88,9
	superior	2	11,1	11,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGÉNERO	secundaria	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 7 Distribución de la población por género según su nivel de instrucción



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Nivel de instrucción

Los datos recolectados indican que el nivel de instrucción de la población estudiada, la educación secundaria es la más representativa para el género masculino y corresponde el 73,3 % con una frecuencia de 11 pacientes, le sigue la instrucción primaria al 20 % con una frecuencia de 3 y la educación superior de 6,7 % equivalente a 1 en frecuencia. Para el género femenino la instrucción secundaria corresponde el 55,6 % con frecuencia de 6 pacientes, la primaria el 33,3 % con una frecuencia de 6 y la superior de 2 pacientes que corresponde al 11,1 %. El grupo transgénero corresponde el 100% con una frecuencia de uno. Por tanto, los intentos autolíticos son mayores en la instrucción secundaria. Según el nivel de instrucción a nivel nacional, la educación básica figura en la mayoría de las personas que se suicidaron en el año 2018 (Ministerio de Salud Pública, 2021).

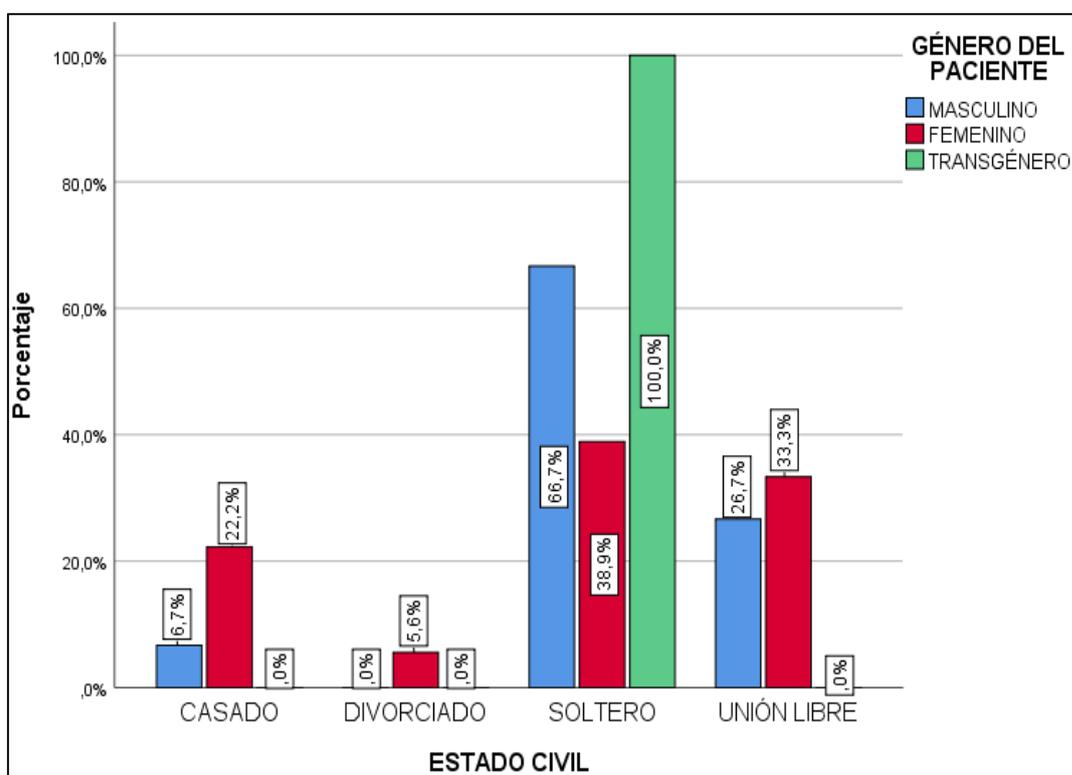
Tabla 13 Distribución de la población por género según su estado civil

ESTADO CIVIL					
GENERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	CASADO	1	6,7	6,7	6,7
	SOLTERO	10	66,7	66,7	73,3
	UNION LIBRE	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
FEMENINO	CASADO	4	22,2	22,2	22,2
	DIVORCIADO	1	5,6	5,6	27,8
	SOLTERO	7	38,9	38,9	66,7
	UNION LIBRE	6	33,3	33,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGENERO	SOLTERO	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 8 Distribución de la población por género según su estado civil



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Estado civil

El porcentaje de personas con intento autolítico en este estudio tiene un predominio el género masculino soltero con una frecuencia de 10 que representa el 66,7 %, le sigue el género femenino con un 38,9 % que corresponde a 7 en frecuencia y el 100 % del género transgénero de un único caso. Con relación a la unión libre, hay mayor incidencia en el género femenino, el 33,3 % representa a 6 en frecuencia, le sigue el género masculino con un 26,7 % correspondiente a 4 en frecuencia. El estado civil casado, figura el género femenino con una frecuencia de 4 que corresponde el 22,2 % y el género masculino el 6,7 % representa a uno en frecuencia. Existe un único caso equivalente al 5,6 % en estado civil divorciado para el género femenino.

El mayor porcentaje de suicidios consumados en el país fue en la población soltera con predominio en mujeres, le sigue el estado civil casado con mayor proporción en hombres (Ministerio de Salud Pública, 2021). Por otro lado, los adolescentes de padres separados o divorciados presentan mayor riesgo de intento suicida y dificultades académicas (Kénora Chau, 2022).

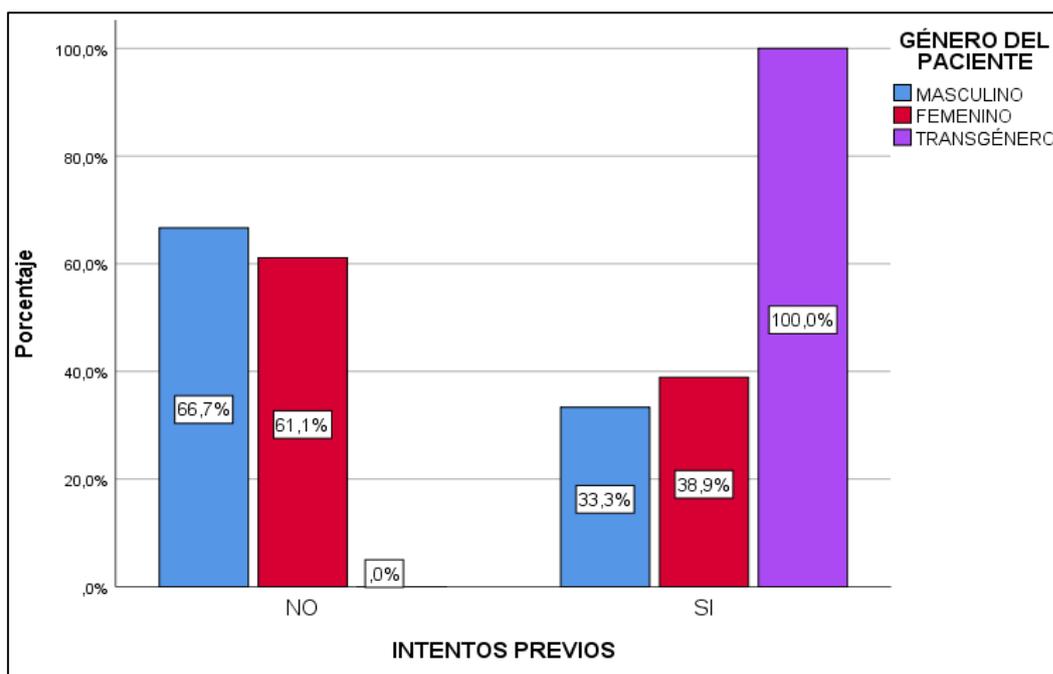
Tabla 14 Distribución de la población por género según intentos previos

		INTENTOS PREVIOS			
GÉNERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	NO	10	66,7	66,7	66,7
	SI	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
FEMENINO	NO	11	61,1	61,1	61,1
	SI	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGÉNERO	SI	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 9 Distribución de la población por género según intentos autolíticos previos



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Intentos autolíticos previos

Los intentos previos en este estudio, es más representativa la ausencia de casos en el género masculino con una frecuencia de 10 y un 66,7 % y el femenino el 61,1 % representa a 11 en frecuencia. Para los pacientes que, si tuvieron intentos previos, el transgénero equivale al

100 % del único caso, le sigue el género femenino con 38,9 % con 7 en frecuencia y el género masculino con una frecuencia de 5 correspondiente al 33,3 %.

Se estima que, en el país, la tasa de recurrencia a intentos suicidas previos es del 50 – al 80 % (Ministerio de Salud Pública, 2021). La repetición de un intento suicida es más evidente en los primeros meses tras el primer intento siendo limitados los casos de suicidio consumado (Leire Azcarate-Jimenez, 2019).

Tabla 15 Distribución de la población por género según el consumo de alcohol, tabaco o drogas

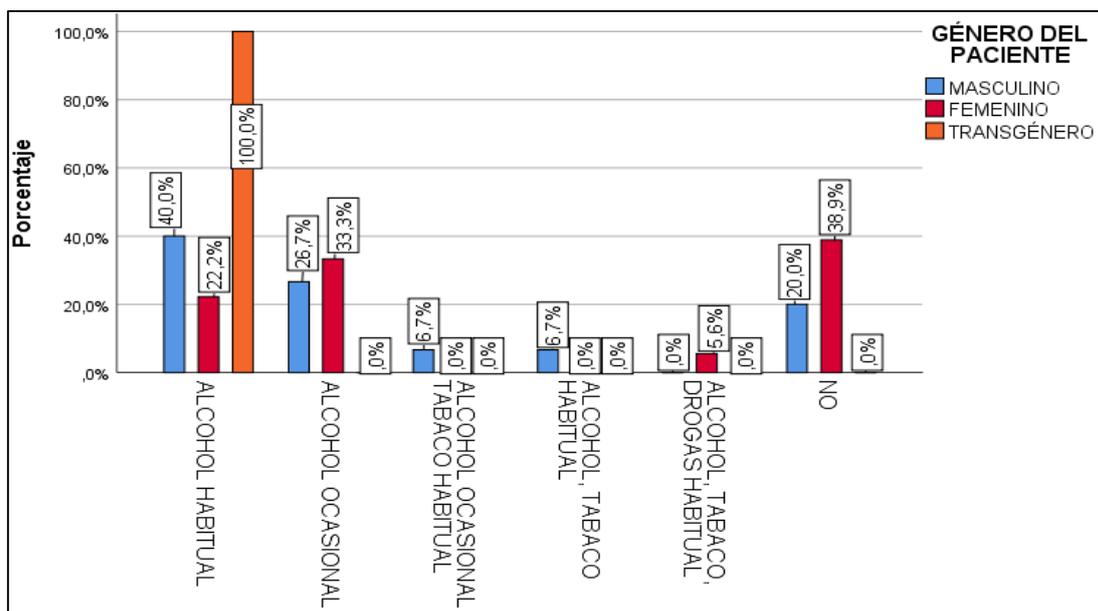
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO O DROGAS

GENERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	ALCOHOL HABITUAL	6	40,0	40,0	40,0
	ALCOHOL OCASIONAL	4	26,7	26,7	66,7
	ALCOHOL OCASIONAL, TABACO HABITUAL	1	6,7	6,7	73,3
	ALCOHOL, TABACO HABITUAL	1	6,7	6,7	80,0
	NO	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	FEMENINO	ALCOHOL HABITUAL	4	22,2	22,2
	ALCOHOL OCASIONAL	6	33,3	33,3	55,6
	ALCOHOL, TABACO, DROGAS HABITUAL	1	5,6	5,6	61,1
	NO	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGENERO	ALCOHOL HABITUAL	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 10 Distribución de la población por género según el consumo de alcohol, tabaco o drogas



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Consumo de alcohol, tabaco o drogas

De acuerdo con la población de estudio, el consumo de alcohol predomina en el género transgénero al 100 % del único caso, le sigue el masculino con el 40% equivalente a 6 en frecuencia y el género femenino con el 22,2 % o 4 en frecuencia para el consumo habitual de alcohol. El consumo de alcohol ocasional es más incidente para el género femenino con un 33,3 % con 6 de frecuencia y un 26,7 % o 4 en frecuencia para el masculino. El consumo de alcohol ocasional y tabaco habitual corresponde a un único caso del 6,7 % de género masculino y 6,7 % para consumo de alcohol y tabaco habitual. El uso de alcohol, tabaco y drogas habitual corresponde al género femenino con el 5,6 % con un único caso. Los pacientes con intento autolítico sin el consumo de sustancias psicotrópicas mencionadas, figura el género femenino con una frecuencia de 7 o el 38,9 % sobre el masculino con una frecuencia de 3 o el 20 %. Por consiguiente, la práctica de hábitos nocivos es más sobresaliente en el género masculino que en el femenino, ya sea de forma habitual u ocasional.

En el país, no hay evidencias estatales de las tasas de consumo de sustancias nocivas como factor de riesgo para intentos suicidas. Por otro lado, se estima que existe mayor riesgo de trastornos mentales, uso de sustancias nocivas, suicidios e intentos suicidas en grupos minoritarios como homosexuales y bisexuales que entre heterosexuales (Tanya Nystedt, 2019).

Tabla 16 Distribución de la población según acontecimientos vitales estresantes

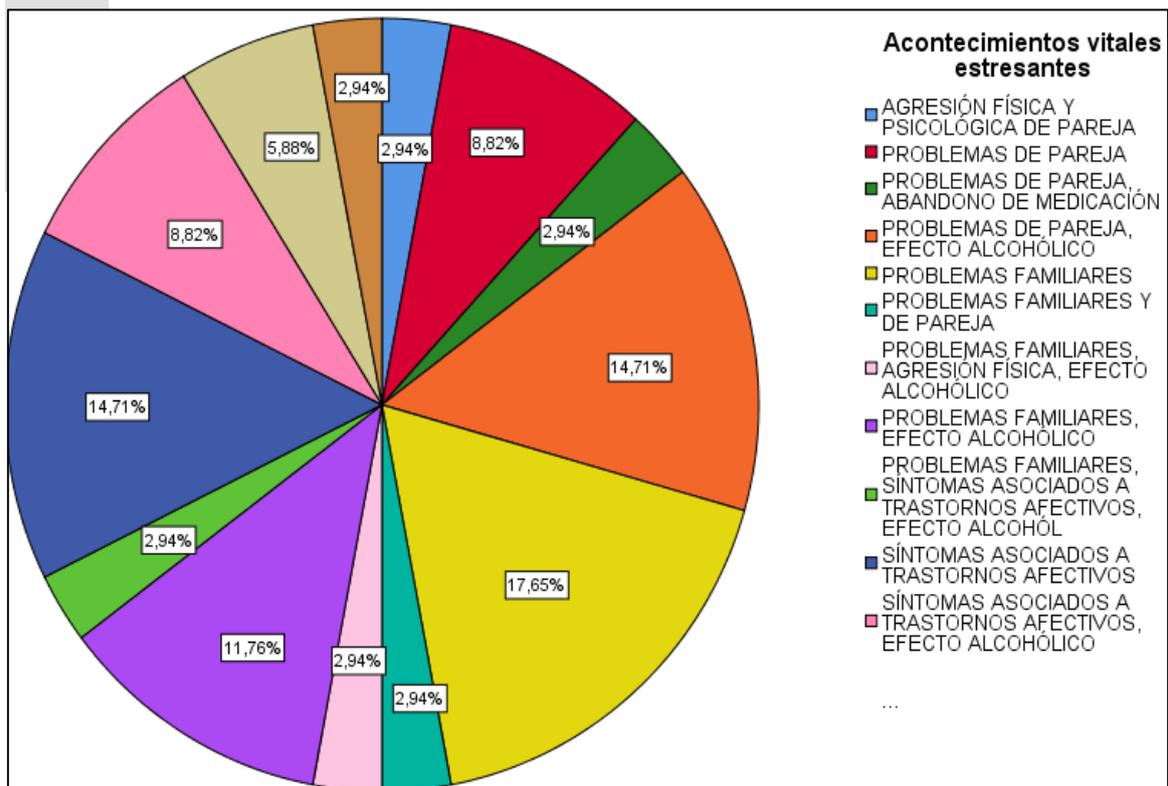
		Acontecimientos vitales estresantes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AGRESIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DE PAREJA	1	2,9	2,9	2,9
	PROBLEMAS DE PAREJA	3	8,8	8,8	11,8
	PROBLEMAS DE PAREJA, ABANDONO DE MEDICACIÓN	1	2,9	2,9	14,7
	PROBLEMAS DE PAREJA, EFECTO ALCOHÓLICO	5	14,7	14,7	29,4
	PROBLEMAS FAMILIARES	6	17,6	17,6	47,1
	PROBLEMAS FAMILIARES Y DE PAREJA	1	2,9	2,9	50,0
	PROBLEMAS FAMILIARES, AGRESIÓN FÍSICA, EFECTO ALCOHÓLICO	1	2,9	2,9	52,9
	PROBLEMAS FAMILIARES, EFECTO ALCOHÓLICO	4	11,8	11,8	64,7
	PROBLEMAS FAMILIARES, SÍNTOMAS ASOCIADOS A TRASTORNOS AFECTIVOS, EFECTO ALCOHÓLICO	1	2,9	2,9	67,6
	SÍNTOMAS ASOCIADOS A TRASTORNOS AFECTIVOS	5	14,7	14,7	82,4
	SÍNTOMAS ASOCIADOS A TRASTORNOS AFECTIVOS, EFECTO ALCOHÓLICO	3	8,8	8,8	91,2

SÍNTOMAS ASOCIADOS A TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E IDEAS DELIRANTES	2	5,9	5,9	97,1
SÍNTOMAS ASOCIADOS A TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E IDEAS DELIRANTES, EFECTO ALCOH	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 11 Distribución de la población según acontecimientos vitales estresantes



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021.

Acontecimientos vitales estresantes

En relación con los acontecimientos estresantes que influyeron en la población estudiada a cometer un intento autolítico, se coteja cada caso según su historia clínica. El mayor porcentaje está relacionado a problemas familiares con un 17,65 %, le siguen los problemas de pareja bajo efecto alcohólico con un 14,71 % junto con los síntomas asociados a trastornos afectivos con una frecuencia de 5 con el mismo porcentaje. Los pacientes con problemas familiares bajo efecto alcohólico representan el 11,76 % y en menor porcentaje los problemas familiares y agresión física bajo efecto alcohólico con un 8,82 % al igual que los problemas de pareja con una frecuencia de 3. Los pacientes registrados con síntomas asociados a trastornos esquizotípicos e ideas delirantes representan el 5,9 % con 2 de frecuencia. Existe un caso único para los acontecimientos registrados como agresión física y psicológica de pareja; problemas de pareja, abandono de medicación; problemas familiares y de pareja; problemas familiares, agresión física, efecto alcohólico; problemas familiares, síntomas asociados a trastornos afectivos, efecto alcohólico que representa cada caso el 2,94 %. Como resultado de este estudio, los factores de riesgo más influyentes resaltan los problemas de pareja y familiares, seguido de síntomas asociados a trastornos afectivos, rasgos de personalidad y trastornos mentales.

Se estima que las enfermedades mentales son de inicio precoz, es así como los trastornos afectivos corresponden a los 26 años, la edad media para los trastornos de ansiedad es 15 años y los del consumo de alcohol y drogas es de 21 años. Se asocia a estos el bajo nivel educativo, escasos ingresos económicos entre otros (Richard Mollica, 2018). Al igual que en esta investigación, estudios señalan que las relaciones interpersonales deficientes son la causa más común de intentos suicidas (Soo Hyun Kim, 2020).

Figura 12 Distribución de la población según el método empleado

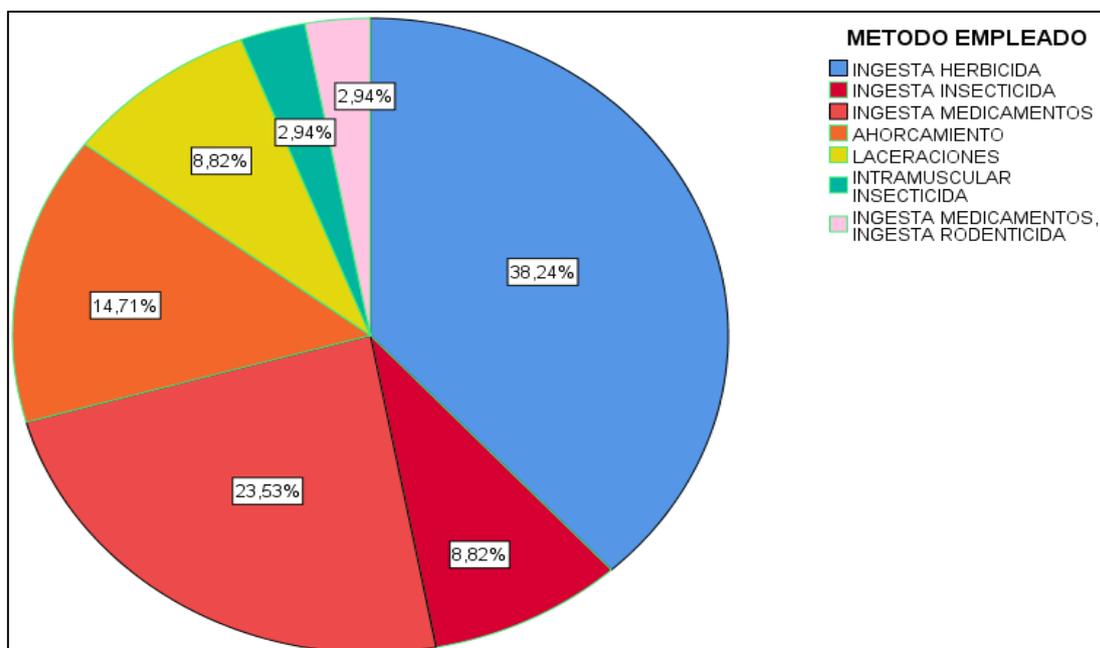
MÉTODO EMPLEADO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INGESTA HERBICIDA	13	38,2	38,2	38,2
	INGESTA INSECTICIDA	3	8,8	8,8	47,1
	INGESTA MEDICAMENTOS	8	23,5	23,5	70,6
	AHORCAMIENTO	5	14,7	14,7	85,3
	LACERACIONES	3	8,8	8,8	94,1
	INTRAMUSCULAR INSECTICIDA	1	2,9	2,9	97,1
	INGESTA MEDICAMENTOS, INGESTA RODENTICIDA	1	2,9	2,9	100,0

Total	34	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra.
Periodo enero a diciembre 2021

Figura 13 Distribución de la población según el método empleado



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra.
Periodo enero a diciembre 2021

Método empleado para el intento autolítico

El método empleado más común en esta población en orden de frecuencia fue la ingesta herbicida con una frecuencia de 13 equivalente al 38,24 %, le sigue la ingesta de medicamentos 23,53 % con una frecuencia de 8. El ahorcamiento corresponde el 14,71 % y tiene una frecuencia de 5. En el caso de la ingesta insecticida y el empleo de laceraciones corporales tienen una frecuencia de 3 equivalente a 8,82 % cada uno. El método menos empleado fue el uso de insecticida intramuscular y la ingesta medicamentos e ingesta rodenticida con una frecuencia de 1 equivalente al 2,9 % en cada caso.

Tabla 17 Distribución de la población por género según el método empleado

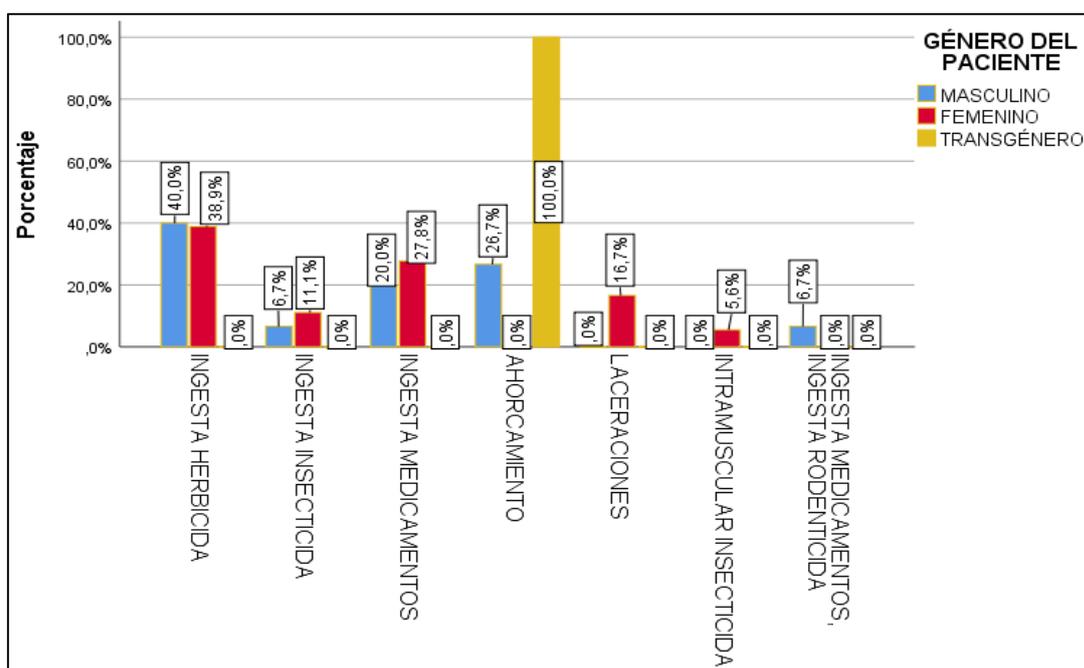
		MÉTODO EMPLEADO			
GÉNERO DEL PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	INGESTA HERBICIDA	6	40,0	40,0	40,0

	INGESTA INSECTICIDA	1	6,7	6,7	46,7
	INGESTA MEDICAMENTOS	3	20,0	20,0	66,7
	AHORCAMIENTO	4	26,7	26,7	93,3
	INGESTA MEDICAMENTOS, INGESTA RODENTICIDA	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
FEMENINO	INGESTA HERBICIDA	7	38,9	38,9	38,9
	INGESTA INSECTICIDA	2	11,1	11,1	50,0
	INGESTA MEDICAMENTOS	5	27,8	27,8	77,8
	LACERACIONES	3	16,7	16,7	94,4
	INTRAMUSCULAR INSECTICIDA	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	
TRANSGÉNERO	AHORCAMIENTO	1	100,0	100,0	100,0

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Figura 14 Distribución de la población por género según el método empleado



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Método empleado para el intento autolítico según el género

El método empleado agrupado por género, se distingue el ahorcamiento al 100 % para un único caso transgénero y 26,7 % equivalente a una frecuencia de 4 para el género masculino. La ingesta herbicida fue más empleada en para el género masculino con una frecuencia de 6 equivalente al 40 % y 38,9% con una frecuencia de 7 el género femenino, le sigue la ingesta de medicamentos 27,8 % con una frecuencia de 5 para el género femenino y 20 % con una frecuencia 3 para el masculino. La ingesta de insecticidas el de 11,1 %, frecuencia de 2 para el género femenino y 6,7 % con una frecuencia de 1 para el género masculino. Las laceraciones son empleadas por el género femenino con una frecuencia de 3 o el 16,7 % sin casos del género masculino. Existe un único caso para la ingesta medicamentos e ingesta rodenticida 6,7 % para el género masculino y el uso de insecticida intramuscular 5,6 % para el género femenino. Basándonos en estos resultados, podemos decir que predomina el autoenvenenamiento para el género masculino y femenino y como método activo, el ahorcamiento para el género masculino y para el único caso transgénero.

A nivel nacional, los intentos autolíticos se registran por envenenamientos disgregado mayormente en mujeres adolescentes y en hombres en la edad adulta (Ministerio de Salud Pública, 2021). Del mismo modo, en la población asiática el autoenvenenamiento es el método más empleado en intentos suicidas le siguen las lesiones autoinfligidas y el ahorcamiento entre los más sobresalientes variando según la edad (Soo Hyun Kim, 2020).

Tabla 18 Distribución de la población según el tipo de sustancia utilizada

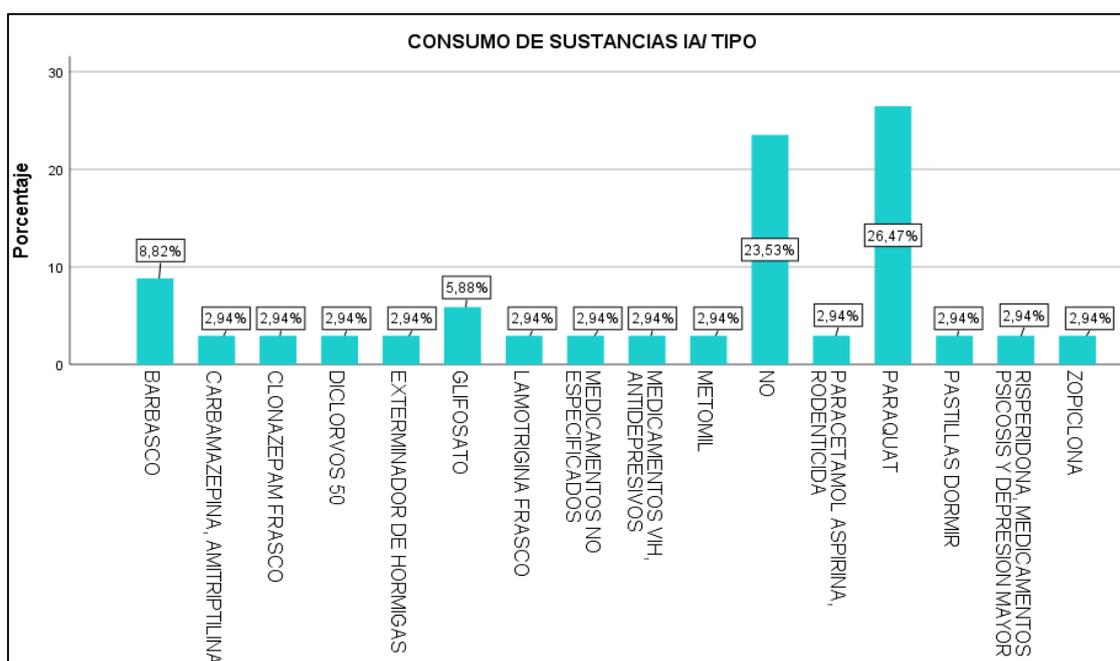
CONSUMO DE SUSTANCIAS IA/ TIPO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BARBASCO	3	8,8	8,8	8,8
	CARBAMAZEPINA, AMITRIPTILINA	1	2,9	2,9	11,8
	CLONAZEPAM	1	2,9	2,9	14,7
	DICLORVOS 50	1	2,9	2,9	17,6
	EXTERMINADOR DE HORMIGAS	1	2,9	2,9	20,6
	GLIFOSATO	2	5,9	5,9	26,5
	LAMOTRIGINA	1	2,9	2,9	29,4
	MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS	1	2,9	2,9	32,4
	MEDICAMENTOS VIH, ANTIDEPRESIVOS	1	2,9	2,9	35,3
	METOMIL	1	2,9	2,9	38,2
	NO	8	23,5	23,5	61,8
	PARACETAMOL ASPIRINA, RODENTICIDA	1	2,9	2,9	64,7
	PARAQUAT	9	26,5	26,5	91,2
	PASTILLAS DORMIR	1	2,9	2,9	94,1
	RISPERIDONA, MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS Y ANTIPSICÓTICOS	1	2,9	2,9	97,1
	ZOPICLONA	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra.
Periodo enero a diciembre 2021

Figura 15 Distribución de la población según el tipo de sustancia utilizada



ELABORADO POR: Erika Vásquez

FUENTE: Revisión de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Periodo enero a diciembre 2021

Tipo de sustancia más utilizada

El tipo de sustancia más utilizada en los intentos autolíticos es el Paraquat con una frecuencia de 9 equivalente al 26,47 %, le sigue el barbasco con un 8,82 % con 3 de frecuencia, y el glifosato con un 5,88 % con una frecuencia de 2. La población que no consumió ninguna sustancia al intento suicida fue del 23,53 %. El resto de población representa el 2,94 % por consumo de carbamazepina, amitriptilina; clonazepam; diclorvos 50; exterminador de hormigas; lamotrigina; paracetamol, aspirina, rodenticida; pastillas dormir; risperidona, medicamentos antidepresivos y antipsicóticos; medicamentos VIH, antidepresivos; metomil; carbamazepina, amitriptilina; clonazepam; zopiclona y medicamentos no especificados para cada caso de intoxicación.

4.2 DISCUSIÓN

Identificados los diversos tipos de violencia autoinfligida, los intentos suicidas tienen más altas tasas que los suicidios consumados con gran impacto económico, social, familiar y personal. En los últimos 30 años a nivel nacional, se produjo un aumento del 56 % de suicidios con mayor índice de muertes en el género masculino (Ministerio de Salud Pública, 2021). Sin embargo, es necesario señalar que un alto número de intentos, no constan por una inadecuada codificación CIE – 10 con diagnóstico de tres caracteres (X60 – X84) para su descripción de hasta cuatro caracteres correspondientes a los variados tipos de violencias autoinfligidas, sino que constan como traumatismos o envenenamientos (S00 – T98) desestimando los valores reales de intentos suicidas como se indica en este estudio.

Tras la recopilación de datos demográficos, el género femenino presenta mayor índice de intentos autolíticos; con relación a la edad, hubo predominio en un rango de 25 a 59 años para todos los grupos. En relación con la autoidentificación, predomina la población indígena sobre el resto de las categorías. Cabe destacar que al ser de localidad amazónica la población de estudio, existen diversos grupos étnicos o nacionalidades en esta región con un índice considerable de intentos autolíticos por envenenamientos como los Waoranis y Shuar (Ministerio de Salud Pública, 2021). La importancia de determinar los factores sociodemográficos y psiquiátricos por etnias, son necesarias para la comprensión de sus contextos culturales, económicos, históricos, políticos, así como de sus propias experiencias y poder diferenciarlos de un patrón general. Se requiere por tanto para fines investigativos, una distinción racial y étnica desde un primer abordaje en los servicios de salud que determine grupos considerables a un trabajo comunitario tomando en cuenta sus necesidades y prioridades, importante al análisis conjunto de países en vías de desarrollo.

Los acontecimientos vitales estresantes que contribuyeron a efectuar un intento suicida según este estudio corresponden a factores de un contexto familiar y de pareja. Las carentes interrelaciones positivas o el apoyo entre padres, hermanos, cónyuge sumado al uso de sustancias como alcohol o drogas, favorecen al desarrollo de síntomas asociados a trastornos afectivos como detonantes al intento suicida, independiente del rol familiar que ocupaba cada miembro de este grupo de población. La detección oportuna de estos, ligado con la atención de un profesional de salud especializado que dé seguimiento hasta descartar el riesgo suicida inminente, disminuiría el efecto económico y social dentro de las atenciones hospitalarias que repercuten tras un intento suicida.

Se requiere mayor investigación sobre la influencia positiva o negativa en la estructura familiar, como factor de riesgo o factor protector dentro de la modificación a los intentos suicidas y en las interrelaciones de la población adulta, fundamentales para reconocimiento de un adecuado abordaje y prevención.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los intentos autolíticos forman parte de la conducta suicida y un problema de salud pública en el Ecuador. Los pacientes atendidos en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo de estudio tuvieron una tendencia predominante en el género femenino con un 52,9 % del total de 34 pacientes selectos siendo más incidente en la edad adulta a partir de los 25 años hasta los 59 años con una media de 29,7 años. Conforme a los pacientes clasificados con CIE-10 (X60 – X84) ajustado a 90 pacientes, el 37,7% corresponde a los pacientes elegidos en esta investigación. Contrario a este estudio, a nivel nacional los intentos autolíticos son más frecuentes en el género femenino en la adolescencia mientras que el suicidio consumado es mayor en hombres en la edad adulta (Ministerio de Salud Pública, 2021).
- Con relación a la autoidentificación de la población estudiada, dentro de los tipos de autoidentificación más frecuentes a nivel nacional, únicamente se distinguen la indígena y la mestiza siendo la indígena más sobresaliente con el 61,8 % de toda la población y 80 % del género masculino por distinción de géneros. Sin embargo, en base a esto, se desconoce cuáles son correspondientes a los grupos étnicos y nacionalidades más representativos de la región amazónica.
- En cuanto al nivel de instrucción, los intentos autolíticos en este estudio corresponden al nivel secundaria en todos los grupos por género con el 73,3% en el género masculino, 55,6 % en el femenino y el 100 % por ser un único caso en el transgénero. Contrario a las tasas de suicidio en el Ecuador donde el nivel de instrucción como factor de riesgo, corresponde a la educación primaria o básica. Tanto para este estudio como en el país, el estado civil soltero tiene mayor impacto (Ministerio de Salud Pública, 2021).
- La relación de hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco o drogas, el género masculino tiene mayor tendencia al consumo de alcohol habitual con un 40% al igual que el único transgénero al 100 % mientras que, el género femenino el 38,9 % no tiene el hábito de consumo. El alcoholismo y la adicción de sustancias forman parte de los factores de riesgo suicida y variadas enfermedades no transmisibles. En el país, se estima que el 20 % de suicidios tres años previos fueron bajo efectos del alcohol (Ministerio de Salud Pública, 2021).
- En este estudio, el 33,3 % del género masculino tuvo algún intento autolítico previo, el 38,9 % del género femenino y el 100 % del único caso transgénero. Por otra parte, dentro de los acontecimientos vitales estresantes, tienen mayor porcentaje los problemas familiares con el 17,6 % y los problemas de pareja bajo efecto alcohólico con el 14,7 % del mismo porcentaje que los síntomas asociados a trastornos afectivos como los más sobresalientes que en conjunto se suman a los factores de riesgo para los intentos suicidas.

- Referente a los métodos empleados para cometer un intento autolítico, en la población estudiada la ingesta herbicida es la más predominante con un 38,2 %, le sigue la ingesta de medicamentos 23,5 % y los ahorcamientos 14,7 % como los más sobresalientes. La asociación entre intentos suicidas y el suicidio a nivel nacional, tienen alto índice en los cantones de la Amazonía y la sierra hasta el 2019 y de estos, se distingue al Tena como uno de los más elevados en la provincia del Napo. Se añade a esto, el efecto económico tanto en la hospitalización tras un intento autolítico, los tratamientos de soporte y descontaminación, así como el apoyo psicoterapéutico y de rehabilitación a nivel personal y social (Ministerio de Salud Pública, 2021).

5.2. RECOMENDACIONES

- Pese a la diversidad de información nacional como internacional sobre prevención del suicidio y conductas suicidas, no hay una reducción exponencial sobre la incidencia de esta patología por lo que, radica la importancia de conocer acerca de los factores protectores y la promoción en salud mental del personal sanitario con el fin de aumentar las campañas y trabajo extramural dirigido a la población general cuya atención se centra en la familia y en el ámbito educativo para reconocer, mejorar y controlar los variados factores de riesgo.
- Una acertada entrevista médica, así como su registro en la historia clínica desde un primer contacto es crucial para favorecer una adecuada codificación CIE-10 sobre los diferentes tipos de violencia autoinfligida y no sean catalogados como alguna clase de accidente o envenenamiento no intencional o indeterminado que, por ende, limita la atención pertinente ya sea mediante una hospitalización o de forma ambulatoria.
- Es importante socializar sobre el manejo apropiado y prevención del uso inadecuado de medicamentos, así como de distintos productos químicos, productos nocivos o tóxicos útiles de uso doméstico o agroindustrial, al igual que su adecuado almacenamiento con el fin de evitar algún tipo de intoxicación presentándose como intento o suicidio por mala administración de estos.
- La información analizada en relación con toda la población amazónica atendida en el hospital General José María Velasco Ibarra, a pesar de proporcionar una noción sobre los intentos autolíticos es limitada en relación con nivel provincial y nacional. Para establecer un análisis predictivo y cómo mejorar la conducta suicida en el país, se requiere estudios con una mayor población y sus distintos factores de riesgo, con el fin de determinar una mejora en cuanto a intentos autolíticos y su pertinencia en salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, V. C. (2019). Etiología General de las Intoxicaciones. En G. Calabuig, Medicina legal y toxicológica (págs. 779 - 784). Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491130963000513.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
- Alejandra Vargas, J. C. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Rev. Fac. Med.*, 65(1), 129 - 135. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>
- Alejandra Vargas-Espíndola, J. C.-G.-L. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Rev. Fac. Med.*, 129 - 135. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00129.pdf>
- Ana Ortin-Peralta, M. K.-S. (2021). Parental suicide attempts and offspring's risk of attempting or dying by suicide: does the timing of a parental suicide attempt matter? *Psychological Medicine*, 1- 5. Obtenido de <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/parental-suicide-attempts-and-offsprings-risk-of-attempting-or-dying-by-suicide-does-the-timing-of-a-parental-suicide-attempt-matter/77184361D8FC2880999940AE27265E78>
- Anna Mueller, S. A. (2021). The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Frontiers Psychology*, 12(621569). doi:10.3389/fpsyg.2021.621569
- Baca-García, M. L. (2018). Retos actuales en la investigación en suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 1 -3. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1888989117301258?scrollTo=%23bib0110>
- Belloso, S. G. (2021). Conducta suicida y suicidio. En L. L. García, Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia (págs. 452-460). Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491138471000437.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
- Benjamin Sadock, V. S. (2015). Libro de texto completo de psiquiatría de Kaplan & Sadock. Filadelfia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *FRONTIERS IN PSYCHIATRY*, 9(540). doi:10.3389/fpsy.2018.00540
- Bonnett, H. G. (2022). Depression, suicide, and posttraumatic stress disorder. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323694735001066?scrollTo=%23hl0000469>
- Braitberg, G. (2020). Fármacos y antídotos en la intoxicación aguda. En C. Ronco, Cuidados intensivos en nefrología (págs. 574-588). Obtenido de

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491135630000988?scrollTo=%23hl0000497>

Francisco Vasserot, C. d. (2022). Intoxicaciones por plaguicidas. En A. C. Cruz, Tratado de medicina intensiva (págs. 854-859). Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B978849113588300115X.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

G Turecki, D. B.-T. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673615002342>

García, E. S. (2020). Intoxicaciones por productos agrícolas. En F. Rozman., *Medicina Interna* (págs. 2519-2524). España. Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491135456003239.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Gerstner RMF, S. I. (2018). Epidemiology of suicide among adolescents and young adults in Ecuador. *Pan American Journal of Public Health* . Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49163>

Herazo, A. C.-A. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0034745015000438?scrollTo=%23hl0000161>

J. Corbella Corbella, J. G. (2019). Suicidio. En G. Calabuig, *Medicina legal y toxicológica* (7 ed., págs. 338-347). España. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130963000252?scrollTo=%23hl0000121>

J. Corbella Corbella, J. G. (2019). Suicidio. En G. Calabuig, *Medicina legal y toxicológica* (7 ed., págs. 338-347). Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130963000252?scrollTo=%23hl0000121>

Jennifer Leap, V. V. (2020). COVID-19 Epidemiology, Pathophysiology, Transmission, Symptoms. *CRITICAL CARE NURSING QUARTERLY*, 43(4), 338-342. doi:10.1097/CNQ.0000000000000319

Jeon, H. J., & Woo, J. M. (2013). Recent statistics and risk factors of suicide in children and adolescents. *Journal of the Korean Medical Association*, 56(2), 93-99. doi:10.5124/jkma.2013.56.2.93

Jiménez, R. P. (2019). Situaciones críticas e intoxicaciones agudas. En C. Misol, *Atención primaria* (8 ed., págs. 1159-1176). España. Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491131854000438.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

- Julio A. Guija, L. G.-M. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 161-171. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0377473212000855>
- Kanita Dervic, D. A. (2008). Completed Suicide in Childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 271-291. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0193953X08000191>
- Kénora Chau, C. S. (2022). Asociaciones entre las dificultades escolares y el tipo de familia y el papel de las dificultades socioeconómicas, conductuales y de salud en adolescentes tempranos: un estudio de base poblacional. *Nordic Journal of Psychiatry*. doi:10.1080/08039488.2022.2030402
- Koichi Yuki, M. F. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical Immunology*, 215, 1 - 7. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S152166162030262X>
- Leire Azcarate-Jimenez, J. L.-G. (2019). Intentos repetidos de suicidio: un estudio de seguimiento. *ACTAS ESPANOLAS DE PSIQUIATRIA*, 47(4), 127-136. Obtenido de <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000483422200001>
- Marc Ghannoum, D. M. (2021). Optimización de la eliminación de tóxicos. En B. y. Rector, *El riñón* (11 ed., págs. 2148-2173). Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491138969000670.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
- Martha Ospina Gutiérrez, M. U. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(8), 546-551 . doi:10.1016/j.semerg.2019.02.010
- Martínez, N. M. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 294-299. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-depresivos-ninos-adolescentes-S1696281814702070>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de Lineamientos 2021: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). (D. N. Normatización, Ed.) Obtenido de Guía de Práctica Clínica (GPC): https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The BMJ*. Obtenido de <https://doi.org/10.1136/bmj.l94>

Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Scielo. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140>

Omar Belmehdi, M. H. (2021). Molecular Structure, Pathophysiology, and Diagnosis of COVID-19. *Biointerface Research in Applied Chemistry*, 11(3), 10215 - 10237. doi:10.33263/BRIAC113.1021510237

Organización Mundial de la Salud. (2018). ESTADO ACTUAL DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-two-the-current-status-of-the-health-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). Suicidio. Obtenido de Datos y cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Suicide Mortality in the Americas: Regional Report. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH), Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA), Washington, DC. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Rebekka Gerstner, J. D. (2021). Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de Lineamientos 2021: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>

Reyes Estévez, J. M. (2019). Análisis descriptivo de los intentos autolíticos mediante intoxicación medicamentosa. *Psiquiatría Biológica*, 26(2), 80-84. Obtenido de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134593419300090.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Richard Mollica, C. B. (2018). Salud mental global en el siglo xxi . En T. Stern, Massachusetts General Hospital. *Tratado de Psiquiatría Clínica* (2 ed., págs. 990-999). España. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491132127000948?scrollTo=%23hl0000664>

Sarah Carter, S. C. (2021). Suicide Attempts Among Racial and Ethnic Groups in a Nationally Representative Sample. *JOURNAL OF RACIAL AND ETHNIC HEALTH DISPARITIES*. doi:<https://doi.org/10.1007/s40615-021-01115-3>

Sarzynska, M. K., Majewska, M., Juchnowicz, D., & Juchnowicz, H. K. (2019). Risk factors of suicide with reference to the theory of social integration by Emile Durkheim. *PSYCHIATRIA POLSKA*, 53(4), 865-881. doi:10.12740/PP/92217

Sav Zwickl, A. F.-L. (2021). Factores asociados con intentos de suicidio entre adultos transgénero australianos. *Psiquiatría BMC*, 21(81). doi:10.1186/s12888-021-03084-7

Shannon Lange, C. B. (2021). Proporción de personas con ideación suicida en el último año que intentaron suicidarse en los últimos 10 años en los Estados Unidos y la influencia

de la edad y el sexo. *CRISIS-THE JOURNAL OF CRISIS INTERVENTION AND SUICIDE PREVENTION*, 42(2), 152-156. doi:10.1027/0227-5910/a000690

Soo Hyun Kim, H. J. (2020). Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: comparison of young, middle aged and older people. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(46). doi:<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00378-3>

Soole, R. K., & Leo, D. D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review. *ARCHIVES OF SUICIDE RESEARCH*, 19(3), 285-304 . doi:10.1080/13811118.2014.996694

Stanley, I. H. (2018). Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 11(86), 946–960. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fccp0000342>

Tanya Nystedt, M. R. (2019). Sexual orientation, suicide ideation and suicide attempt: A population-based study. *Psychiatry Research*, 275, 359-365. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119300265?via%3Dihub>

Tran T., L. W. (2014). Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments. *BMC Psychiatry*(14), 76.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Recuperado el 27 de febrero de 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=6B53B5C2731FD526D6CA4F97ECF58BFE?sequence=1

World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization Geneva. (2018). National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>

Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious Diseases*, 53(10), 737-754. doi:10.1080/23744235.2021.1924397

ANEXOS

Tabla 19 Instrumentos en atención primaria para la identificación de factores de riesgo para las autolesiones no suicidas en adolescentes

<i>Instrumento</i>	<i>FrALNS identificable</i>
<i>Historia clínica HEEADSSS</i>	Modificables, modulables y no modificables
	<i>Modificables</i>
	• Maltrato infantil
	• Desórdenes alimenticios
	• Acoso escolar o matoneo
	• Factores estresantes
	• Comportamientos impulsivos
<i>Familiograma</i>	<i>No modificables</i>
	• Orientación sexual
<i>Ecomapa</i>	<i>Modificables</i>
	• Factores estresantes
<i>APGAR familiar</i>	<i>Modificables</i>
	• Factores estresantes
<i>Scoff</i>	<i>Modificables</i>
	• Desórdenes alimenticios
<i>Eat26</i>	<i>Modificables</i>
	• Desórdenes alimenticios
<i>Crafft</i>	<i>Modificables</i>
	• Comportamientos impulsivos
<i>Raaps</i>	<i>Modificables</i>
	• Desórdenes alimenticios
	• <i>Acoso escolar</i>
	• Factores estresantes
	• Comportamientos impulsivos
	<i>Modulables</i>
	• Trastornos psiquiátricos
<i>No modificables</i>	
	• Orientación sexual

Fuente: Elaboración de Vieira et al. (Martha Ospina Gutiérrez, 2019).

Tabla 20 Formato para la recopilación de datos sobre intentos autolíticos

categoría	Escala de Clasificación
Edad	De 18 hasta los 19 años De 20 a 24 años De 25 hasta los 59 años Mayores de 60 años
Etnia	Mestiza Indígena Afroecuatoriana Blanca Montubia
Identidad de género	Masculino Femenino Transgénero
Estado civil	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo Conviviente
Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior Ninguna
Intentos autolíticos previos	Si No
Hábitos nocivos	Alcohol (ocasional/ habitual) Tabaco (ocasional/ habitual) Drogas (ocasional/ habitual)
Método autoinfligido	Envenenamiento autoinfligido Lesión autoinfligida
Escala de Sad Persons	< 5 riesgo bajo 6 a 8 riesgo intermedio > 8 riesgo alto

<p>Acontecimientos vitales estresantes</p>	<p>Agresión física y psicológica de pareja Problemas de pareja Problemas de pareja, abandono de medicación Problemas de pareja, efecto alcohólico Problemas familiares Problemas familiares y de pareja Problemas familiares, agresión física, efecto alcohólico Problemas familiares, efecto alcohólico Problemas familiares, síntomas asociados a trastornos afectivos, efecto alcohólico Síntomas asociados a trastornos afectivos Síntomas asociados a trastornos afectivos, efecto alcohólico Síntomas asociados a trastornos esquizotípicos e ideas delirantes Síntomas asociados a trastornos esquizotípicos e ideas delirantes, efecto alcoholismo</p>
<p>Método empleado</p>	<p>Ahorcamiento Ingesta herbicida Ingesta insecticida Ingesta medicamentos Ingesta medicamentos, ingesta rodenticida Ingesta herbicida Ingesta insecticida Ingesta medicamentos Intramuscular insecticida Laceraciones</p>

ELABORADO POR: Erika Vásquez