

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CARRERA DE MEDICINA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico General

#### TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del proyecto

***“INTENTO AUTOLÍTICO: INCIDENCIA DE CASOS POR GRUPOS DE EDADES (15-19 AÑOS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 – DICIEMBRE 2017”***

Autor(es): Sampedro Guerrero Jorge Anthony

Sayay Herrera Jhonny Vinicio

Tutora. Dra. Zilma Diago Alfes

**Riobamba - Ecuador**

**2018**

## CERTIFICADO

Por la presente, yo Dra. Zilma Diago Alfes con CI: 1756815518. En calidad de TUTOR del proyecto de investigación titulado “*INTENTO AUTOLÍTICO: INCIDENCIA DE CASOS POR GRUPOS DE EDADES (15-19 AÑOS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 – DICIEMBRE 2017*”, propuesto por el señor Sampedro Guerrero Jorge Anthony con CI: 060414217-4, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Medicina, luego de haber realizado las debidas correcciones certifico que se encuentra apto para la defensa pública.

  
-----  
Dra. Zilma Diago Alfes  
Esp. 1er Grado en PSYQUIATRIA  
CI: 1756815518

Dra. Zilma Diago Alfes

**TUTOR CIENTÍFICO**

## CERTIFICADO

Por la presente, yo Dra. Zilma Diago Alfes con CI: 1756815518. En calidad de TUTOR del proyecto de investigación titulado “*INTENTO AUTOLÍTICO: INCIDENCIA DE CASOS POR GRUPOS DE EDADES (15-19 AÑOS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 – DICIEMBRE 2017*”, propuesto por el señor Sayay Herrera Jhonny Vinicio con CI: 060478754-9, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Medicina, luego de haber realizado las debidas correcciones certifico que se encuentra apto para la defensa pública.

Dra. Zilma Diago Alfes  
Esp. 1er Grado En PSICHIATRÍA  
NUMERO DE REGISTRO 1515927

-----  
Dra. Zilma Diago Alfes

**TUTOR CIENTÍFICO**

## ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

### CERTIFICACIÓN

Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ***“INTENTO AUTOLÍTICO: INCIDENCIA DE CASOS POR GRUPOS DE EDADES (15-19 AÑOS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 – DICIEMBRE 2017”***, realizado por los señores Jorge Anthony Sampedro Guerrero y Jhonny Vinicio Sayay Herrera y dirigido por: Dra. Zilma Diago Alfes.

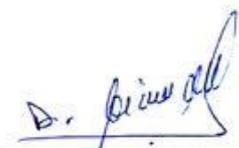
Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remita la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, 2 de octubre del 2018

Dr. Wilson Lizardo Nina Mayancela

**PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Dra. Víctor Enrique Ortega Salvador

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Dr. Ángel Gualberto Mayacela Alulema

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Dra. Zilma Diago Alfes

**TUTOR Y MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**





## AUTORÍA

Somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos, concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. En tal virtud los resultados, conclusiones y recomendaciones realizadas en la presente investigación titulada: ***“INTENTO AUTOLÍTICO: INCIDENCIA DE CASOS POR GRUPOS DE EDADES (15 - 19 AÑOS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 – DICIEMBRE 2017”***, exclusividad de los autores y del patrimonio intelectual de la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....

Jorge Anthony Sampedro Guerrero

**C.I 0604142174**



.....

Jhonny Vinicio Sayay Herrera

**C.I 0604787549**

## **DEDICATORIA**

Ofrezco este escrito a mi familia quienes fueron el pilar mayor en mi formación humana mediante valores sólidos que influirán de manera positiva en el accionar profesional y que me guiará en el arduo camino del alivio, curación y rehabilitación de individuos llamados pacientes.

A los profesores que dedicaron tiempo en formarme científicamente con conocimientos, tal cual el barro toma forma en vasijas de excelente calidad según la destreza del alfarero.

A la divinidad quien cada día brinda vida a mi existencia, permitiéndome así seguir el camino que me forjo.

A los personajes que influenciaron positivamente en el viaje llamado medicina.  
DEDICO ESTE Y MUCHOS MÁS ESCRITOS.

**“Hay hombres que luchan un día y son buenos.**

**Hay otros que luchan un año y son mejores.**

**Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos.**

**Pero los hay que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles.”**

**Bertolt Brecht**

**Jorge Anthony Sampedro Guerrero**

Dedico este proyecto a mi amada hija Lucía Charlotte Sayay Arguello por ser mi mayor motivación y motor para salir adelante cada día y superar los obstáculos que se presenten.

A mis padres por siempre creer en mí y ayudarme en los momentos donde más necesitaba apoyo y por darme una profesión que es el más grande regalo que me pudieron obsequiar. A mi hermano Richard y a mi abuelito Manuel que en paz descansen gracias por todo el cariño brindado.

Gracias a todos.

**Jhonny Vinicio Sayay Herrera**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Madre Germania quien me permitió estudiar con su apoyo emocional y económico brindándome así la mejor herencia que un hijo puede tener. A mi padre que pese a que físicamente no se encuentra, su presencia inmaterial me guio y como en algún momento de su vida supo manifestarme **“NUNCA TOMES EL CAMINO DEL ÁRBOL TORCIDO”** pude comprender ahora en mi adultez como un mantra que ha permitido llevar mi camino de la forma más correcta posible.

A mi pareja Joselin que gracias a su excelente labor como guía espiritual y aliciente en las peores etapas de mi vida se ha mantenido a mi lado incondicionalmente. A mi hija Victoria Samay quien estimuló mis sentidos al máximo permitiéndome superar mis capacidades a puntos inimaginables para mi comprensión.

A toda la familia que apoyaron mis estudios en el arte de la medicina, que si me pusiera a enumerarlos sería imposible terminar, gracias por su apoyo incondicional en todos los ámbitos requeridos, pero haciendo una mención especial a Santiago Guerrero y Manuel Guerrero que por medio de su apoyo económico y como ejemplo a seguir han inspirado el gusto de las ciencias y el conocimiento.

**Jorge Sampedro**

En primer lugar quiero agradecer a mis padres por haberme dado la vida en especial a mi madre que supo guiarme, criarme y llevarme por el sendero correcto en un mundo tan complicado, a mis hermanos que siempre estuvieron ahí incentivándome a no darme por vencido nunca.

También a mi pareja Allison por estar en los momentos más difíciles de vida y por darme una gran alegría mi hija Lucía que me ha dado la fuerza para luchar cada día.

**Jhonny Vinicio Sayay Herrera**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2 Formulación del problema .....	4
1.3 Justificación .....	4
1.4 Objetivos .....	5
1.4.1 Objetivo general: .....	5
1.4.2 Objetivo específicos: .....	5
<b>2. ESTADO DEL ARTE</b> .....	6
2.1 Antecedentes .....	6
2.2 Epidemiología.....	7
2.3 Definiciones de conductas suicidas .....	8
2.4 Fisiopatología del suicidio .....	9
2.4.1 Colesterol y suicidio .....	9
2.4.2 Otros sistemas cerebrales implicados en el suicidio.....	10
2.5 Clasificación .....	10
2.6 Formas clínicas y diagnóstico del suicidio .....	11
2.7 Intervención en crisis .....	11
2.8 Tratamiento .....	13
2.8.1 Terapia psicológica .....	13
2.8.2 Terapia farmacológica.....	17
2.9 Prevención.....	19
<b>3. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	20
3.1 Diseño de Investigación .....	20
3.2 Métodos de la Investigación .....	21
3.3 Enfoque de la Investigación.....	21
3.4 Población de Estudio .....	21
3.5 Técnica de recolección de datos primarios y secundarios .....	22
3.6 Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios .....	22
3.7 Procesamiento de la información .....	22
3.8 Confidencialidad y ética del manejo de datos en la investigación .....	23
3.9 Identificación de variables .....	23
3.10 Operacionalización de las variables .....	25

<b>4.</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	31
4.1	Resultados .....	31
4.2	Discusión.....	44
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	49
<b>6.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	50
<b>7.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	51
<b>8.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla Nro. 1:</b> Distribución por género de pacientes con intento autolítico .....	31
<b>Tabla Nro. 2:</b> Residencia habitual de pacientes con intento autolítico.....	32
<b>Tabla Nro. 3:</b> Distribución por edad de los pacientes con intento autolítico.....	33
<b>Tabla Nro. 4:</b> Número de pacientes con intento autolítico según la etnia .....	35
<b>Tabla Nro. 5:</b> Método utilizado por los pacientes con intento autolítico .....	36
<b>Tabla Nro. 6:</b> Número de pacientes con intento autolítico según la escolaridad.....	37
<b>Tabla Nro. 7:</b> Número de pacientes con intento autolítico según el estado civil .....	38
<b>Tabla Nro. 8:</b> Número de pacientes con intento autolítico según las causas.....	39
<b>Tabla Nro. 9:</b> Antecedentes patológicos personales de pacientes con intento autolítico .....	40
<b>Tabla Nro. 10:</b> Número de pacientes con intento autolítico según los antecedentes patológicos familiares .....	41
<b>Tabla Nro. 11:</b> Número de medicamentos de pacientes con intento autolítico según el tratamiento farmacológico .....	42
<b>Tabla Nro. 12:</b> Número de pacientes con intento autolítico establecido por meses.....	43

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico Nro. 1:</b> Porcentaje de pacientes con intento autolítico según el género .....	31
<b>Gráfico Nro. 2:</b> Distribución de pacientes con intento autolítico según la residencia habitual.....	32
<b>Gráfico Nro. 3:</b> Intervalos de las edades de los pacientes con intento autolítico .....	33
<b>Gráfico Nro. 4:</b> Porcentaje de pacientes con intento autolítico según la etnia .....	35
<b>Gráfico Nro. 5:</b> Porcentaje de pacientes con intento autolítico según el método utilizado.....	36
<b>Gráfico Nro. 6:</b> Porcentaje de pacientes con intento autolítico según la escolaridad....	38
<b>Gráfico Nro. 7:</b> Porcentaje de pacientes con intento autolítico según el estado civil....	39
<b>Gráfico Nro. 8:</b> Distribución de pacientes con intento autolítico según las causas.....	40
<b>Gráfico Nro. 9:</b> Distribución de pacientes con intento autolítico según los antecedentes patológicos personales .....	41
<b>Gráfico Nro. 10:</b> Distribución de pacientes con intento autolítico según los antecedentes patológicos familiares.....	42
<b>Gráfico Nro. 11:</b> Distribución de los medicamentos de pacientes con intento autolítico según el tratamiento farmacológico .....	43
<b>Gráfico Nro. 12:</b> Distribución de pacientes con intento autolítico según los meses .....	44

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Base de datos del área de estadística del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.....	55
<b>Anexo 2.</b> Hoja de recolección de datos de los factores sociodemográficos tabulados con el programa Excel 2010 .....	56
<b>Anexo 3.</b> Autorización de parte de la psiquiatra del Hospital Provincial General Docente de Riobamba para revisar las historias clínicas .....	565
<b>Anexo 4.</b> Prueba toxicológica de paciente con intento autolítico.....	56
<b>Anexo 5.</b> Resolución de aprobación del perfil del proyecto de investigación de la carrera de Medicina, Tutor y Miembros de Tribunales.....	57

## Resumen

**Introducción:** En el Ecuador existen reportes de individuos del grupo etario de 15 a 29 años que murieron producto de un suicidio. **Objetivo:** Determinar la incidencia de intento autolítico por grupos de edades (15-19 años) atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido entre Enero–Diciembre 2017. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal a través de la búsqueda de historias clínicas con intento autolítico seleccionadas de una base de datos institucional, posteriormente se recabó información de los parámetros de estudio tales como: sexo, etnia, residencia habitual, edad, escolaridad, estado civil, entre otros; se tabuló los datos por medio del programa Excel 2010. **Resultados:** Se obtuvieron 125 casos de intento autolítico referente al año 2017, teniendo como factor principal los problemas sentimentales (39%) como causa primaria de esta patología, con mayor predisposición del sexo femenino (53%), estado civil soltero (65%), grupo de edad comprendida entre 15 a 19 años (37 individuos), residencia habitual del cantón Riobamba (96 individuos) y el método de suicidio más empleado fue la utilización de fármacos (40%). **Conclusión:** La tasa de incidencia del grupo etario más susceptible al intento autolítico (15 – 19 años) con un valor de 26,31 por cada 1000 pacientes atendidos en el Hospital. **Recomendación:** Que se debe tomar medidas correctivas en las patologías de base, tales como: depresión, violencia física y psicológica, consumo de drogas y alcoholismo, que desencadena el intento autolítico por medio de campañas de concientización y prevención.

**Palabras Claves:** Suicidio, Incidencia, Intento autolítico, Factores de riesgo, Prevención.

## Abstract

**Introduction:** In Ecuador there are reports of individuals from the age group of 15 to 29 years old who died as a result of suicide. **Objective:** To determine the incidence of autolytic attempts by age groups (15-19 years) treated in the Provincial General Teaching Hospital of Riobamba in the period between January-December 2017. **Material and Methods:** A non-experimental, descriptive study was carried out. retrospective and cross-sectional through the search of clinical histories with autolytic intent selected from an institutional database, later information of the study parameters was collected such as: sex, ethnicity, habitual residence, age, schooling, marital status, among others; the data was tabulated through the Excel 2010 program. **Results:** 125 cases of autolytic attempt were obtained referring to the year 2017, having as a main factor the sentimental problems (39%) as the primary cause of this pathology, with a greater predisposition of the female sex (53%), single marital status (65%), age group between 15 to 19 years (37 individuals), habitual residence of the Riobamba canton (96 individuals) and the most used suicide method was the use of drugs (40%). **Conclusion:** The incidence rate of the age group most susceptible to the autolytic attempt (15-19 years) with a value of 26.31 per 1000 patients seen in the Hospital. **Recommendation:** That corrective measures should be taken in basic pathologies, such as: depression, physical and psychological violence, drug use and alcoholism, which triggers the autolytic attempt through awareness and prevention campaigns.

**Key words:** Suicide, Incidence, Autolytic attempt, Risk factors, Prevention.

# 1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día la tentativa de suicidio es un inconveniente para el buen vivir de la población, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la tercera causa de muerte, alrededor de 800 000 individuos se suicidan cada año, se presume que ésta cifra tiende a aumentar en los próximos años, es decir, se presenta 1 suicidio cada 40 segundos alrededor del mundo y en países subdesarrollados el 75% representa a los intentos autolíticos como causa de muerte. (Baader et al, 2011)

Actualmente el intento autolítico no solo perjudica a la población adolescente y adulta si no también se ha encontrado casos en los años anteriores de niños y adultos mayores con esta problemática conllevando al fatal desenlace como la muerte. Se considera que un intento de suicidio no consumado es un componente de peligro esencial para producir la defunción. (Baader et al, 2011)

A nivel mundial, en el año 2012, se presentaron 804 000 casos de intento autolítico dentro de los cuales 3 296 correspondieron a la población española, en cambio en el año 2013 ésta cifra aumentó a 3 870 de individuos que se suicidaron, 2 911 casos pertenecieron al género masculino y 959 al femenino. (Mayorga, 2018)

En países de América Latina como en Chile se observó una prevalencia en la ideación suicida de 59,7% y de intento autolítico 18,8% en adolescentes (Ventura et al, 2010). En los últimos años, en Argentina se registraron tasas elevadas de mortalidad por suicidio en las edades de 15 a 24 años, 25 a 34 años y en personas mayores de 55 años. (Natella & Azcotía, 2012)

En el Ecuador existen reportes de individuos del grupo etario de 15 a 29 años que murieron producto de un suicidio con un total de 492 individuos, porcentaje que

equivale al 45,7% causado principalmente por falta de educación en el tema, trastornos patológicos heredados por los familiares o patologías presentes en el individuo anteriormente. (INEC, 2015)

La problemática en nuestra época se da en gran medida por los trastornos emocionales que predisponen al intento autolítico, siendo un grito en el silencio con el accionar de los individuos precedido por angustia y melancolía, dando como resultado la elección de la muerte como un camino a la resolución de problemas, por lo que es necesario indagar el origen del problema para dar pautas de prevención y así tratar de evitar el desenlace fatal que es el suicidio. (Cano & Herazo, 2017)

En este contexto, se ha propuesto determinar la incidencia de los casos de intento autolítico por grupos de edades (15-19 años) atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido entre Enero 2017 – Diciembre 2017 y también analizar sus causas de acuerdo a la realidad de nuestra localidad.

## **1.1 Planteamiento del problema**

El intento autolítico o intento de suicidio es una de las formas más habituales en el desenlace de la depresión severa presente en múltiples grupos etarios, desencadenado por problemas familiares, conyugales, dificultades académicas, enfermedades psiquiátricas secundarias entre otras, donde el mayor riesgo se encuentra en adolescentes. (Baader et al, 2011)

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se presenta en la transición de la niñez y la edad adulta (10 a 19 años) (OMS, 2018), caracterizado por un ritmo rápido de desarrollo y cambios biológicos con el objetivo de madurar reproductivamente dependiendo de cada sexo. Se produce por la interacción de la

hormona liberadora gonadotropina estimulando a las hormonas gonadotróficas (GnRH) en la hipófisis, en las mujeres la folículoestimulina (FSH) y la luteinizante (LH) y en hombres la testosterona mismas que modifican la anatomía de los individuos. (Casas & Ceñal, 2005)

A más de producir variaciones biológicas en los adolescentes tales como: en los hombres, el crecimiento del vello facial aumento de la masa muscular y cambios en la tonalidad de la voz; en las mujeres ensanchamiento de las caderas, aumento del tamaño de mamas entre otras, se originan modificaciones a nivel psicológico como preocupación por sus nuevas características, búsqueda de la independencia y reclamo de su intimidad sin producir problemas en la familia. (Casas & Ceñal, 2005)

Los adolescentes al pasar por este proceso fisiológico son considerados como un grupo de riesgo ya que por múltiples causas intentan quitarse la vida como: problemas familiares, mala comunicación con su padres, decepciones emocionales, en esta parte se pueden fraccionar en relaciones amorosas y problemas académicos. La falta de apoyo apropiado y una buena guía conlleva a estos individuos a tomar decisiones como delincuencia, consumo de drogas y alcohol y en última instancia el suicidio. (Casas & Ceñal, 2005)

La presente investigación se orientó al estudio de los factores de riesgo que aquejan a la población en general, tales como: sexo, etnia, escolaridad, residencia habitual, antecedentes patológicos personales y familiares, así como también las causas, la temporada y los diferentes métodos empleados para llevar a cabo el intento autolítico con la finalidad de corroborar si el grupo etario más susceptible es el de 15 a 19 años para ésta patología.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la incidencia de casos de intento autolítico por grupos de edades (15-19 años) atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido entre enero 2017 – diciembre 2017?

## **1.3 Justificación**

Con el propósito de alcanzar el perfecto bienestar en el ser humano con las 3 esferas de salud como son: biológico, psicológico y social formando un todo que afectan la salud del mismo, el mundo científico siempre está en constante investigación de las patologías, por lo que se considera que el ámbito psiquiátrico está en relación con las emociones y estas determinan la toma de decisiones respecto a la vida del paciente por esto surgió el interés de determinar el perfil psicosocial de los individuos y los factores asociados que conllevan a la ideación suicida y finalmente al suicidio.

El trabajo del grupo salud mental conformado por el médico general, trabajador social y Psiquiatra y psicólogo va encaminado a la prevención, promoción y detección de la enfermedad en los grupos vulnerables mediante técnicas conductuales y terapia farmacológica que disminuya o elimine por completo el accionar del paciente enfocado en prever la depresión severa, siendo el primer paso hacia las ideas suicidas y en última instancia un intento autolítico.

A nivel nacional según datos obtenidos para el año 2016, el suicidio fue la tercera causa de muertes violentas (1219 casos) (INEC, 2016); en nuestra localidad el suicidio se presentó como la primera de causa de mortalidad en el año 2011 en adolescentes (12 a 17 años); además en el año 2005 según estadísticas se presentaron más de 50 casos de suicidio en niñas en el cantón Chunchi perteneciente a la provincia de Chimborazo (OPS,

2014), cifras alarmantes que motivan a la búsqueda de nuevos casos de intentos autolíticos y sus posibles factores de riesgo con la finalidad de obtener medidas preventivas, además de conocer el origen de la enfermedad.

La aplicación de estas estrategias no solo brindarían apoyo a los pacientes con intento autolítico que acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba sino también a expertos de esta institución donde se realizó el trabajo complementando así su conocimiento de la patología y las causas actuales del suicidio.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general:**

Determinar la incidencia de los casos de intento autolítico por grupos de edades (15-19 años) atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido entre Enero – Diciembre 2017.

### **1.4.2 Objetivo específicos:**

1. Delimitar el grupo etario con mayor tasa de casos de intento autolítico.
2. Identificar las variables sociodemográficas y biológicas vinculadas al intento autolítico.
3. Proponer un plan de acción para la prevención del intento suicida.

## **2. ESTADO DEL ARTE**

### **2.1 Antecedentes**

Desde la antigüedad, en Grecia, Aristóteles y Platón pensaban que el suicidio era un acto deplorable, pero Platón creía que por causa del amor, enfermedad o un castigo autoimpuesto era aceptable, además se creía al suicidio como un delito al estado por lo que se castigaba posterior a la muerte con la amputación de uno de los miembros del fallecido, impedimento del entierro y deshonor a la familia. En cambio, en Roma se creía que el suicidio en personajes importantes como líderes políticos e individuos intelectuales era un acto de honor, Cicerón pensaba que si el suicidio tenía una connotación emocional, moral o heroica era permitido, en cambio Constantino castigaba legalmente con el retiro de las pertenencias a la familia como compensación al Estado. (Amador, 2015)

En la Edad Media, el suicidio estaba influenciado por el cristianismo teniendo un papel trascendental en la misma, según Dante Alighieri las almas nobles se quedan en Limbo y los espíritus malvados serían castigados en el averno, pero se mantenían las bases en el pensamiento del suicidio generadas en la edad grecorromana. (Amador, 2015)

En el imperio incaico, el suicidio fue al permitido inclusive elogiado pues esto según su cosmovisión era de agrado al dios sol. Niños y adolescentes eran sacrificados en una celebración conocida como Capacocha que significaba “poder de la culpa”, misma que se realizaba en una montaña sagrada usando vestimentas y brebajes especiales que disminuían el dolor de los participantes en su viaje a la muerte, los individuos que eran sometidos a esta práctica conocían que su sacrificio era necesario por lo que aceptaban, estas muertes se realizaban con métodos como el ahorcamiento y golpes con objetos contundentes. En la conquista se practicó el suicidio colectivo de la población indígena producida principalmente por el miedo a ser esclavos de los españoles. (Amador, 2015)

En la Revolución francesa, época victoriana y contemporánea, el suicidio estuvo influenciado por ideas filosóficas francesas y códigos creados por Napoleón Bonaparte. El siglo XVII y XVIII retoma la idea griega del repudio al suicidio por parte de los aristócratas expresando que las clases más bajas de la sociedad recurren a este acto inmoral. Burton crea un escrito donde habla del tema de la depresión y su relación con el suicidio en un contexto médico que se plasmó en la obra “Anatomía de la melancolía”. Según Durkheim en su obra de culto “Le Suicide” explica que el suicidio no es culpa del individuo sino más bien de la sociedad. (Amador, 2015)

El Harakiri es una costumbre japonesa practicada por las clases sociales altas que consistía en producirse una herida en el vientre lo suficientemente profunda como para morir, se realizaba generalmente en la casa del noble ofendido donde se tendía mantas rojas en el que el acusado con una daga adornada se quitaba la vida devolviéndole así el honor a la familia. (Miravalles, 2008)

En nuestra época Brian Barraclough explica que el suicidio presenta un componente mental con el concepto de desmedro. Scheidman indicaba que “someter el suicidio a la depresión era el peor juego de manos al cual podía reducirse el acto suicida”. (Amador, 2015)

## **2.2 Epidemiología**

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, determina que las edades de 15 a 19 son susceptibles a morir por esta causa. La prevalencia del intento de suicidio con exactitud no se lo conoce, pero se habla que son más frecuentes que el suicidio como tal aproximadamente de 10 a 50 veces más. (Baader et al, 2011)

Según una revisión sistemática internacional presenta que el 29,9% de adolescentes presentaron ideas autolíticas y 9,7% y 6,8 % tuvieron actos lesivos a su integridad

dentro de los últimos 12 meses. Se vio una cifra mayor en mujeres con estas patologías y principalmente se evidencia en edades tempranas. (Baader et al, 2011)

Se observa además que los sucesos de intentos autolíticos y suicidios en adolescentes se presentan más en familias disfuncionales equiparando con adolescentes en hogares organizados. (Baader et al, 2011)

Se ha verificado que los niños y adolescentes que tienden al suicidio tiene de fondo una psicopatología siendo los más frecuentes la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales, además la ansiedad agrava las ideas suicidas siendo este un componente de peligro acompañado de los problemas familiares, falta de diálogo paternal, peleas familiares también empeoran el problema. (Baader et al, 2011)

Según estudios los jóvenes con intentos autolíticos presentan un 10% de riesgo que conlleve un suicidio dentro de los 10 años siguientes, de ese grupo la cuarta parte solicita ayuda profesional. (Baader et al, 2011)

### **2.3 Definiciones de conductas suicidas**

- **Suicidio:** Conducta o acto autodestructivo teniendo como deseo morir y buscando una manera o método para consumarlo.
- **Intento de suicidio:** Busca terminar su existencia sin poderlo conseguir.
  
- **Conducta parasuicida:** Conducta o acto autodestructivo que tiene como objetivo transformar una situación o intenta llamar la atención sin que esta acción conduzca a la muerte. (Baader et al, 2011)

La conducta suicida se puede tomar como una urgencia psiquiatría, teniendo presente el concepto de que dicha conducta es un momento psicopatológico o siendo una alteración

de la conducta influido por factores desequilibrantes o riesgosos para el ser alterado psicológicamente afectando a la familia y a la sociedad por lo que se considera emergente. (Baader et al, 2011)

## **2.4 Fisiopatología del suicidio**

Se produce una alteración en el principal metabolito de la serotonina, el ácido 5 hidroxindol acético (5-HIAA), se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo de individuos con intentos violentos de suicidio y en individuos que consumaron el suicidio empleando métodos violentos, también la dopamina (HVA) y la noradrenalina (MHPG) se encuentran en niveles bajos por lo que son considerados como marcadores biológicos para identificar la patología. (Gutiérrez & Contreras, 2008)

La corteza prefrontal ventral y el hipocampo presenta receptores serotoninérgicos de tipo 5-HT1A donde se aloja la serotonina disminuyéndose los transportadores de la misma que predispone conductas suicidas observadas en individuos postmortem. Estas estructuras cerebrales tienen la función de integrar las emociones y el manejo del estrés especialmente en jóvenes. Si existe daño en la corteza prefrontal se presenta desinhibición conductual e incremento del ímpetu. (Gutiérrez & Contreras, 2008)

### **2.4.1 Colesterol y suicidio**

Existe una relación entre la concentración de ácidos grasos polinsaturados (disminución de ácidos grasos omega 3 y aumento de ácidos grasos omega 6) estos pueden influir en el aumento de las citoquinas inflamatorias que desencadenan la respuesta inflamatoria presente en pacientes que sufren depresión mayor, bipolaridad o con depresión postparto. (Gutiérrez & Contreras, 2008)

Los genes del cromosoma 16 afectan en gran medida los niveles de colesterol determinándose así las patologías psiquiátricas que pueden desencadenar el suicidio. (Gutiérrez & Contreras, 2008)

#### **2.4.2 Otros sistemas cerebrales implicados en el suicidio**

Las proteínas que controlan el crecimiento de las neuronas son: el factor de crecimiento nervioso (NGF) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), estos factores tienen receptores Tirosin-kinasa A (trkA) para el NGF y el Tirosin-kinasa B (trkB) para el BDNF, al momento que se activan estas proteínas se produce cambios en la secuencia de expresión de genes en las neuronas que poseen los receptores de serotonina, si este mecanismo se altera (liberación de cortisol) produce una reacción depresiva en el individuo. (Gutiérrez & Contreras, 2008)

### **2.5 Clasificación**

El intento autolítico se clasifica en:

- **Riesgo de suicidio:** Conjunto de pensamientos y comportamientos humanos que aspiran la propia muerte o visualizan como una opción. Se habla del término Suicidalidad abarcando múltiples conceptos relacionados con el suicidio como son las ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios, comportamientos autolesivos e intentos autolíticos, siendo difícil el diagnóstico pues es confundida con conductas de tipo no suicidas, pero de autoagresión o de actividades con riesgo elevado de lesiones o muerte. (Baader et al, 2011)
  
- **Presión de conducta:** Posibilidad en un tiempo inmediato de que una idea suicida pueda transformarse en un hecho. (Baader et al, 2011)

## 2.6 Formas clínicas y diagnóstico del suicidio

La valoración de los pacientes debe estar enmarcada en 5 parámetros que expertos de Medicina de Harvard indican:

1. **Evaluación médica y psiquiátrica:** Interrogatorio e indagación psicopatológica del paciente tomando en cuenta la salud integral como tal.
2. **Factores de riesgo:** Evaluar y precisar los componentes que dispongan un acto suicida.
3. **Nivel de modificación de los parámetros de riesgo Ej.:** Cambio del aislamiento social, modificación en la familia, etc.
4. **Acto suicida:** Buscar elementos principales del acto suicida: la planificación, impulsividad, consciencia neurológica y psicopatológica e intencionalidad.
5. **Determinación de factores protectores:** Buscar fortalezas y debilidades que disminuyan o predispongan el riesgo de suicidarse. (Baader et al, 2011)

## 2.7 Intervención en crisis

Esta acción debe ser realizada por el médico que inicialmente tenga contacto con el paciente de la siguiente manera:

- En la anamnesis al paciente se debe identificar factores de riesgo y que representen un problema al momento de dar terapia como puede ser una crisis psicosocial o trastorno psiquiátrico (depresión, bipolaridad, psicosis, trastorno de pánico, etc.).
- Se debe entender que el ser humano puede tener ideas suicidas pero que pueden ser transitorias pero el problema radica cuando estas ideas no son manejadas de manera adecuada pudiendo ser un riesgo.

- Las ideas suicidas no deben ser tomadas a la ligera pues estas pueden ser riesgo se habla de un pensamiento, una idea de alarma.
- El diagnóstico de un paciente con tendencia al suicidio debe ser realizada por algún profesional calificado y este debe mantener un seguimiento continuo del individuo haciendo un evento intransferible o indelegable.
- Al identificar un individuo con crisis suicida se debe tomar acciones encaminadas a dar terapia al paciente teniendo presente que puede necesitar hospitalización oportuna inclusive siendo restrictiva sin ningún sentimiento de culpa pero siempre con el debido respeto hacia el paciente.
- Se debe tener presente que el riesgo suicida puede deberse a patologías psiquiátricas de base, mismas que desencadenen esa obsesión suicida y esta debe ser diagnosticada eficazmente para su tratamiento. (Baader et al, 2011)

En la anamnesis debe tenerse en cuenta los 9 puntos tratados por Clark vigentes hasta la actualidad, son los siguientes:

1. Actuar como si “tuviéramos tiempo de sobra”.
2. Dar apertura al paciente de expresar las emociones en base a una entrevista sistémica.
3. Buscar factores protectores como amigos y familia que recuerde.
4. Investigar los pensamientos asociados a la crisis o intento de suicidio.
5. Analizar el nivel de ideas negativas o “desesperanzadoras” siendo un factor clave de riesgo.
6. Consultar los factores directos o indirectos de la crisis.
7. Investigar la forma, características, medios, deseo de ser encontrado en el acto e impulsividad del accionar.
8. Identificar los momentos más fuertes en donde el sentimiento desesperanzador es evidente en el interrogatorio.
9. Indagar la forma de pensar de desmotivación del individuo, además de ciertas ideologías como el nihilismo y cierta incapacidad de tolerar momentos de desconsuelo. (Baader et al, 2011)

Para la hospitalización de los pacientes que presenten riesgo alto de suicidio o intentos autolíticos se debe tomar en consideración ciertos parámetros:

- Ideas de tipo suicida de forma aguda a pesar de que el paciente se encuentre controlado por un facultativo.
- Tener intenciones autolíticas pese a estar bajo tratamiento médico debido a una mala relación médico-paciente, agudización o descompensación de la patología tratada.
- Cuadro de depresión severa con ideas negativas de que su problema no puede ser solucionado.
- Ideas de tipo delirante mismas que inducen al individuo a tomar la decisión de suicidarse estas pueden ser de tipo paranoide produciendo miedo y ansiedad.
- Intentos de suicidio bajo efectos de estupefacientes.
- Intentos suicidas en adultos mayores por viudez o depresión combinada con la patología severa orgánica. (Baader et al, 2011)

## **2.8 Tratamiento**

### **2.8.1 Terapia psicológica**

#### **2.8.1.1 Terapias de corte cognitivo conductual**

Son tipos de terapia que se encuentran relacionadas con técnicas cognitivas y utilizan de manera metódica técnicas conductuales. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Terapia cognitivo conductual**

Se fundamenta en la transformación de comportamientos disfuncionales, pensamientos alterados de forma negativa influenciados por situaciones específicas y que predisponen comportamientos poco aptos para la sociedad (conductas antisociales), se encuentra relacionado con la depresión y conductas suicidas. Se enfoca en la unión de la actividad y el sentir del individuo “estado de ánimo”. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Generalmente estas terapias necesitan un mínimo de 15 a 20 sesiones que tengan de duración 50 minutos semanalmente. En casos menos graves habla de 6 a 8 sesiones siempre y cuando el cuadro no sea grave ni tenga una comorbilidad añadida pudiendo extenderse. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Terapia dialectico conductual**

Originalmente creada para diagnosticar casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y conductas suicidas crónicas, la base fundamental es la teoría conductista. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Esta terapia se basa en la utilización de sesiones individuales, grupales y de apoyo por medio de vía telefónica, disminuyendo las conductas autodestructivas y casos de pacientes con predisposición al suicidio. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Esta terapia se basa en los siguientes elementos:

1. Modula las emociones como en el TOC pues el sujeto presenta experiencias emocionales intensas y predisponentes a la labilidad emocional.

2. Brindar un apoyo positivo en las relaciones interpersonales.
3. Permite al individuo alcanzar umbrales de ansiedad tolerables, enseñando al paciente que el dolor y malestar son elementos importantes en la vida haciéndolos más llevaderos. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Terapia de resolución de problemas**

Por medio de esta terapia el paciente obtiene destrezas permitiendo así la solución de eventualidades, reduciendo la carga de ansiedad además mejora la tolerancia frente a la ideación suicida. Se realiza un listado dando mayor importancia a los problemas y busca estrategias con la finalidad de resolverlos. (Álvarez Ariza et al, 2011)

### **2.8.1.2 Otras terapias de corte cognitivo conductual**

Se realizan por medio de sesiones en grupo, con familia o se enfocan en una técnica concreta.

- **Terapia interpersonal**

Se diseñó para diagnosticar pacientes con depresión, se encuentra muy relacionada con la terapia cognitiva teniendo como objetivo las relaciones interpersonales además del ambiente social en el que se desenvuelve. Se realiza semanalmente, de 12 a 16 semanas dividido en 3 etapas, siendo más aplicable en la fase aguda. Se enfoca en áreas como: **“Duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales”**. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Esta terapia se orienta a dar una mejor comprensión de eventos recientes relacionados con conversaciones y buscar un camino para la solución de situaciones. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Terapia familiar**

Se conceptualiza como familia a un sistema que relaciona a todos los especímenes de la misma, explicando que si un integrante presenta un problema todos tienen ese problema por lo que pueden crearlo, mantenerlo y superarlo. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Los pilares de la terapia familiar son:

- ✓ Evaluativa, psicoeducativa, intervención sobre áreas como la cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según la terapia y la retroalimentación.
- ✓ La familia debe estar siempre en todas las sesiones para la terapia.
- ✓ Dura 6 sesiones con una duración de una hora. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Esta terapia se divide en varios tipos, entre estas tenemos la conductual, psicodinámica y sistemática. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Terapia psicodinámica**

Basada en el psicoanálisis, se basa en el precepto de que la parte inconsciente del individuo desencadena conflictos. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Los pacientes con conducta suicida son tratados con una derivación de esta terapia conocida como **“terapia psicodinámica deconstructiva”**. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Las patologías tratadas por medio de este método son problemas complejos de conducta como:

1. Adicciones
2. Trastornos de la alimentación
3. Conducta suicida recurrente
4. Autolesiones

## **2.8.2 Terapia farmacológica**

El intento autolítico es un complejo grupo de entidades nosológicas que presentan una amplia gama de sintomatología por lo que se hace necesaria la utilización de varios tipos de medicamentos para su control. (Álvarez Ariza et al, 2011)

### **2.8.2.1 Fármacos antidepresivos**

Son fármacos cuya actividad puede ser serotoninérgica y catecolaminérgica resultando eficaz contra la depresión y ansiedad. La acción en el sistema serotoninérgico de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuye la impulsividad y la agresividad. (Álvarez Ariza et al, 2011)

#### **▪ Trastorno depresivo**

Para el control del trastorno depresivo y disminución de la ideación y conducta suicida se emplea fluoxetina, paroxetina o fluvoxamina, estos **antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la mono aminooxidasa** pueden llegar a ser letales con una dosis excesiva, limitando su utilización por ser potencialmente peligrosos en pacientes con cuadros suicidas. Otros nuevos antidepresivos, como el bupropion o mirtazapina presentan baja letalidad en sobredosis. (Álvarez Ariza et al, 2011)

Los pacientes con depresión pueden presentar agitación asociada por lo que se recomienda la utilización de ansiolíticos, pero estos deben tener un control estricto debido a la dependencia que puede provocar. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Trastorno bipolar**

Los fármacos antidepresivos para el trastorno bipolar presentan un escaso beneficio a corto y largo plazo. (Álvarez Ariza et al, 2011)

- **Otros trastornos**

En los trastornos de personalidad de cluster B, conducta alimentaria y TOC los fármacos antidepresivos no presentan efecto farmacológico. (Álvarez Ariza et al, 2011)

### **2.8.2.2 Litio**

El litio disminuye los intentos y la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores como el depresivo mayor y recurrente. Su mecanismo de acción fisiopatológico es desconocido en cuanto a la reducción de la impulsividad, agresividad, falta de control de la conducta y del suicidio por lo que estabiliza el humor disminuyendo la angustia y la conducta agresiva. (Álvarez Ariza et al, 2011)

### **2.8.2.3 Fármacos anticonvulsivantes**

Los fármacos anticonvulsivantes actúan sobre los receptores GABAérgicos por lo que además de su acción anticonvulsiva presentan acción ansiolítica siendo utilizados en

pacientes con riesgo suicida por estabilizar el humor y disminuir la agresividad e impulsividad. (Álvarez Ariza et al, 2011)

La carbamazepina disminuye la conducta suicida pero en pacientes con antecedentes de epilepsia ésta aumenta el riesgo de suicidio. (Álvarez Ariza et al, 2011)

#### **2.8.2.4 Fármacos antipsicóticos**

Los fármacos antipsicóticos son utilizados para el tratamiento en el control de la conducta impulsiva, comportamiento autoagresivo y heteroagresivo. El uso de antipsicóticos de segunda generación en pacientes con trastornos psicóticos y esquizofrenia tienen mayor efectividad para la prevención del intento autolítico e ideación suicida como la clozapina. (Álvarez Ariza et al, 2011)

### **2.9 Prevención**

Existen estrategias en la prevención del intento autolítico, entre estas tenemos:

1. Disminuir los cuadros de pérdida de la esperanza, ansias de morir y de ideación suicida.
2. Combatir la ideación suicida para que no evolucione a una conducta suicida.
3. Evitar las reapariciones de ideas suicidas.
4. Disminuir los sucesos de riesgo que predispongan los intentos suicidas.
5. Dar un tratamiento oportuno y preciso de las perturbaciones psiquiátricas y problemas psicosociales.
6. Sugerir actividades que permitan disminuir las ideaciones suicidas acompañadas de un tratamiento óptimo para pacientes con intentos suicidas. (Baader et al, 2011)

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Diseño de Investigación

Esta investigación es de tipo no experimental, descriptiva, retrospectivo de corte transversal debido a que en la investigación se valoró las estadísticas de los casos de intento autolítico atendidos en Enero – Diciembre 2017 para su posterior evaluación médica que tuvo como fin el análisis de historias clínicas de los pacientes que mediante criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionados para el presente estudio.

**Investigación no Experimental:** Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural. (Arias, 2012)

**Descriptiva:** Porque se trabajó con las historias clínicas, bases de datos del servicio de Estadística recopiladas en el transcurso de la fecha propuesta de los pacientes atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba por los profesionales en las áreas de Psiquiatría y Psicología Clínica.

**Retrospectiva:** Porque se tomó la información de la base de datos del área de estadística perteneciente al Hospital Provincial General Docente de Riobamba del año 2017.

### **3.2 Métodos de la Investigación**

Se emplearon varios métodos de investigación, entre los cuales: Deductivo – Inductivo, Analítico – Sintético, Histórico – Lógico.

Deductivo – Inductivo: La presente investigación fue de lo general a lo particular porque se tomó los datos de la base de información obtenido de estadística, misma que se filtró y se seleccionó las historias clínicas con diagnóstico definitivo de intento autolítico.

Analítico – Sintético: Se elaboró el análisis de la causa aparente entre los factores de riesgos biológicos, psicológicos y demográficos y el efecto directo con la patología y se construyó un todo con la información recabada.

Histórico – Lógico: Con este método se relacionó y se detalló el trayecto auténtico de los fenómenos sobre los componentes relacionados con el intento autolítico.

### **3.3 Enfoque de la Investigación**

El enfoque de la investigación fue cuali – cuantitativo. En esta investigación se determinaron las variables que permitieron el análisis de los datos obtenidos de las historias clínicas para posteriormente correlacionar la influencia con la patología.

### **3.4 Población de Estudio**

Se trabajó con la población identificada de estudio, es decir las historias clínicas de pacientes con intento autolítico de ambos géneros atendidos en Medicina interna

sección pacientes psiquiátricos del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo Enero – Diciembre 2017.

La población está representada por las historias clínicas de 125 pacientes atendidos en Medicina interna mismas que fueron clasificadas por meses.

### **3.5 Técnica de recolección de datos primarios y secundarios**

La recolección de datos de los casos de intento autolítico se realizó en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba con las técnicas de observación directa y revisión bibliográfica.

Se ejecutó una evaluación de las historias clínicas con la finalidad de determinar el diagnóstico acorde al estudio y se añadieron a la investigación pacientes que presentaron suicidio posterior al diagnóstico estudiado, se realizó la recolección de la base de datos del área de estadística y se filtró las historias clínicas (fichaje) según parámetros establecidos en donde se tomó nota de elementos generales de los casos además de factores asociados.

### **3.6 Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios**

Se utilizó las estadísticas recolectadas de las bases de datos de la patología (intento autolítico) del año 2017, después mediante la guía de observación que fueron los exámenes de laboratorio (pruebas toxicológicas), revisión médica y psicológica y finalmente se analizó cada historia clínica de los pacientes atendidos en hospitalización.

### **3.7 Procesamiento de la información**

Se elaboró una base de datos en el programa Excel 2010 con la información recabada, se catalogó a los pacientes de acuerdo a los factores biológicos, psicológicos y socio-

demográficos y se tabuló las cifras. Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual y se expresaron en tablas y gráficas estadísticas.

### **3.8 Confidencialidad y ética del manejo de datos en la investigación**

Se realizó un oficio por parte de la Universidad Nacional de Chimborazo dirigido al Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el que expresó la necesidad de la utilización de las historias clínicas para el estudio planteado al Director Médico Dra. Lizbeth Silva y al Coordinador de Docencia e Investigación Dr. Carlos Martínez, quien explicó de manera verbal que la información es confidencial guardando el pudor del paciente y basándose en las normas de no divulgación establecidas en el Juramento Hipocrático y según las normativas del Hospital.

### **3.9 Identificación de variables**

#### **Variable dependiente:**

Episodios de intento autolítico.

#### **Variable independiente:**

Pacientes <15 a >60 años.

#### **Variable interviniente:**

Factores de riesgo.



### 3.10 Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Sub variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Punto de cohorte</b>
Intento autolítico	Tipos	Riesgo de suicidio: Pensamientos y comportamientos que aspiran la propia muerte.  Presión de conducta: Posibilidad en un tiempo inmediato de que una idea suicida pueda transformarse en un hecho.	Cualitativa nominal dicotómica	Según tipo de estímulo, riesgo o presión	Pensamientos y comportamientos  Posibilidad a futuro de consumarse el hecho del suicidio
	Clínica	Evaluación médica y psiquiátrica  Factores de riesgo  Nivel de modificación de los	Cualitativa ordinal	Según sintomatología, elementos de riesgo, suicidio consumado y	Interrogatorio psicopatológico del paciente  Componentes predisponentes al

		parámetros de riesgo Acto suicida Determinación de factores protectores		elementos protectores	acto suicida Categoría de cambio a nivel social y familiar Planificación del acto Fortalezas y debilidades
	Tratamiento	Terapias de corte cognitivo conductual Terapia farmacológica	Cualitativa nominal politómica	Según tipo de terapia empleada	Terapia que modifica conductas Fármacos que disminuyen la sintomatología
	Prevención	Modificación de los estilos de vida	Cualitativa nominal	Según medidas preventivas	Pautas que modifican los factores de riesgo e identifican factores protectores

Pacientes de <15 a >60 años	Adolescente	Periodo entre la niñez y adultez	Cuantitativa discontinua	Según rango de edad	10 – 19 años
	Adulto joven	Periodo comprendido entre los 20 y 40 años	Cuantitativa discontinua	Según rango de edad	20 – 40 años
	Adulto	Periodo entre la juventud y la senectud	Cuantitativa discontinua	Según rango de edad	41 – 64 años
	Adulto mayor	Personas de 65 años en adelante	Cuantitativa discontinua	Según rango de edad	> 65 años
Factores de riesgo	Sexo	Identificación innata del individuo	Cualitativa nominal dicotómica	Según características sexuales de nacimiento	Hombres Mujeres
	Residencia habitual	Lugar de vivienda permanente o transitoria	Cualitativa nominal politémica	Según el lugar de vivienda donde se encuentre situada su vivienda	Riobamba Guano Cumandá Chambo

					Ambato Alausí Penipe Chunchi Latacunga
Edad	Se tomó en cuenta los años cumplidos por los pacientes	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	<15 años 15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años 50 – 54 años 55 – 59 años >60 años	
Etnia	Identificación cultural	Cualitativa nominal dicotómica	Según identificación cultural	Mestiza Indígena	
Escolaridad	Último nivel de	Cualitativa ordinal	Según último nivel	Analfabeto	

		estudio		de estudio	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Tercer nivel
	Estado civil	Condición legal de la relación sentimental del individuo	Cualitativa nominal politómica	Según condición legal de la relación sentimental	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo
	Antecedentes patológicos personales	Patologías adquiridas anteriormente con o sin seguimiento médico	Cualitativa nominal politómica	Según patologías adquiridas anteriormente	Uso de drogas y alcoholismo Esquizofrenia Depresión Intento de suicidio a repetición Violencia física

					psicológica Epilepsia Trastorno bipolar Trastorno depresivo con síntomas psicóticos
	Antecedentes patológicos familiares	Patologías heredadas por los parientes	Cualitativa nominal politémica	Según patologías heredadas	Violencia física o psicológica Esquizofrenia Alcoholismo Depresión Epilepsia Parkinson

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

**Tabla Nro. 1:**  
género de  
autolítico

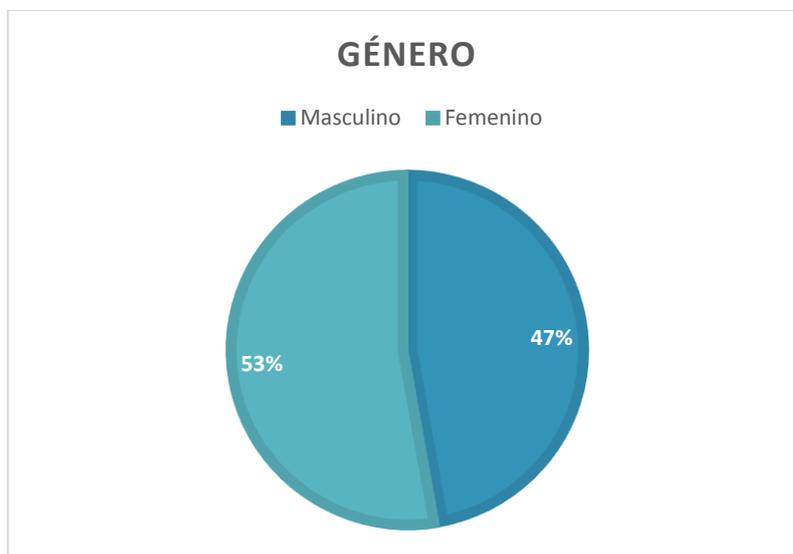
Género	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Masculino	59	47
Femenino	66	53
Total	125	100

Distribución por  
pacientes con intento

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 1:** Porcentaje de pacientes con intento autolítico según el género



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

De 125 casos que incurrieron al intento autolítico, el 47% (n: 59) correspondieron al género masculino y el 53% (n: 66) al género femenino. Por lo que se evidencia que las mujeres presentaron un mayor índice de casos de intento autolítico

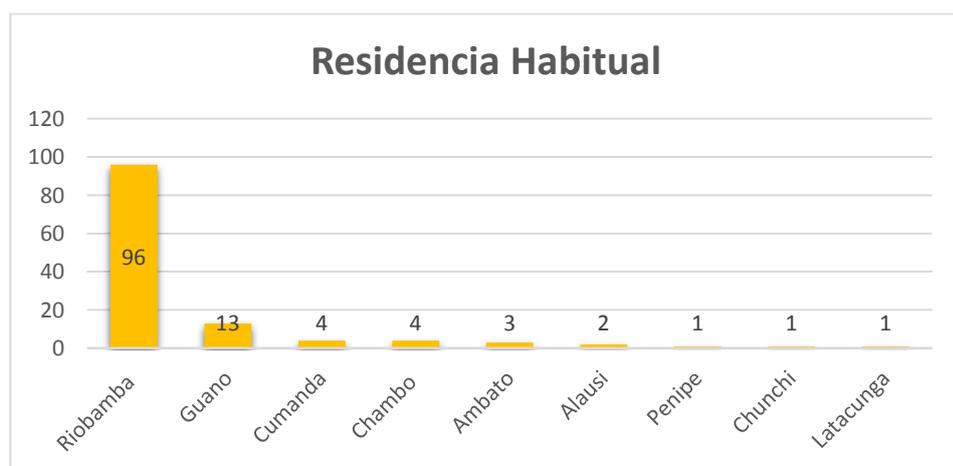
**Tabla Nro. 2:** Residencia habitual de pacientes con intento autolítico

Residencia Habitual	N° de pacientes
Riobamba	96
Guano	13
Cumanda	4
Chambo	4
Ambato	3
Alausi	2
Penipe	1
Chunchi	1
Latacunga	1
<b>Total</b>	<b>125</b>

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 2:** Distribución de pacientes con intentos autolíticos según la residencia habitual



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

De los 125 pacientes atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba por la patología de intento autolítico, 96 se alojan en el cantón Riobamba, evidenciándose que las personas residentes en Riobamba presentaron más casos de intentos autolíticos a comparación de las otras localidades.

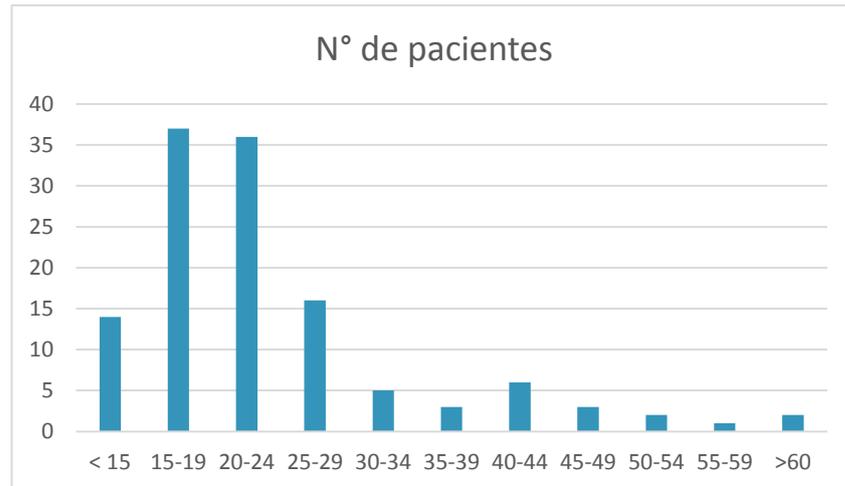
**Tabla Nro. 3:** Distribución por edad de los pacientes con intento autolítico

<b>Edad (años)</b>	<b>N° de pacientes</b>
<b>&lt; 15</b>	14
<b>15-19</b>	37
<b>20-24</b>	36
<b>25-29</b>	16
<b>30-34</b>	5
<b>35-39</b>	3
<b>40-44</b>	6
<b>45-49</b>	3
<b>50-54</b>	2
<b>55-59</b>	1
<b>&gt;60</b>	2
<b>Total</b>	125

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 3:** Intervalos de las edades de los pacientes con intentos autolíticos



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

$$\textit{tasa de incidencia} = \frac{\text{Casos nuevos de una enfermedad en determinada región durante determinado tiempo}}{\text{Población residentes de la mencionada región del año de estudio}} \times \textit{factor}$$

$$\textit{tasa de incidencia} = \frac{\text{Número de jóvenes de 15 – 19 años que presentaron intento autolítico del año 2017}}{\text{Población de jóvenes de 15 – 19 años que fueron atendidos en el Hospital General de Riobamba del año 2017}} \times \textit{factor}$$

$$\textit{tasa de incidencia} = \frac{37}{1406} \times 1000 = 26,31$$

## Interpretación

De los 125 pacientes investigados, se observó que en el grupo etario de 15 a 19 años presentaron el mayor número de casos de intentos autolíticos (n: 37), siendo éste el grupo más susceptible.

En el año 2017 la tasa de incidencia de intento autolítico en el grupo de edad de 15 – 19 años fue de 26,31 casos por cada 1000 personas al año.

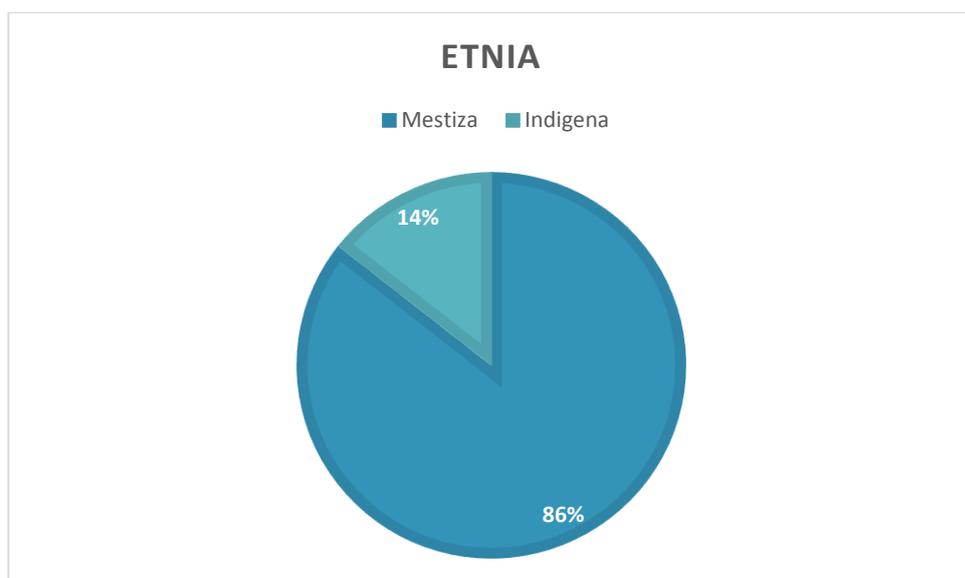
**Tabla Nro. 4:** Número de pacientes con intento autolítico según la etnia

<b>Etnia</b>	<b>N° de pacientes</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Mestiza</b>	107	86
<b>Indígena</b>	18	14
<b>Total</b>	125	100

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 4:** Porcentaje de pacientes con intentos autolíticos según la etnia



## Interpretación

Dentro de los 125 pacientes analizados en el estudio, el 86%(n: 107) pertenece a la etnia mestiza a comparación de la etnia indígena correspondiente a intentos autolíticos.

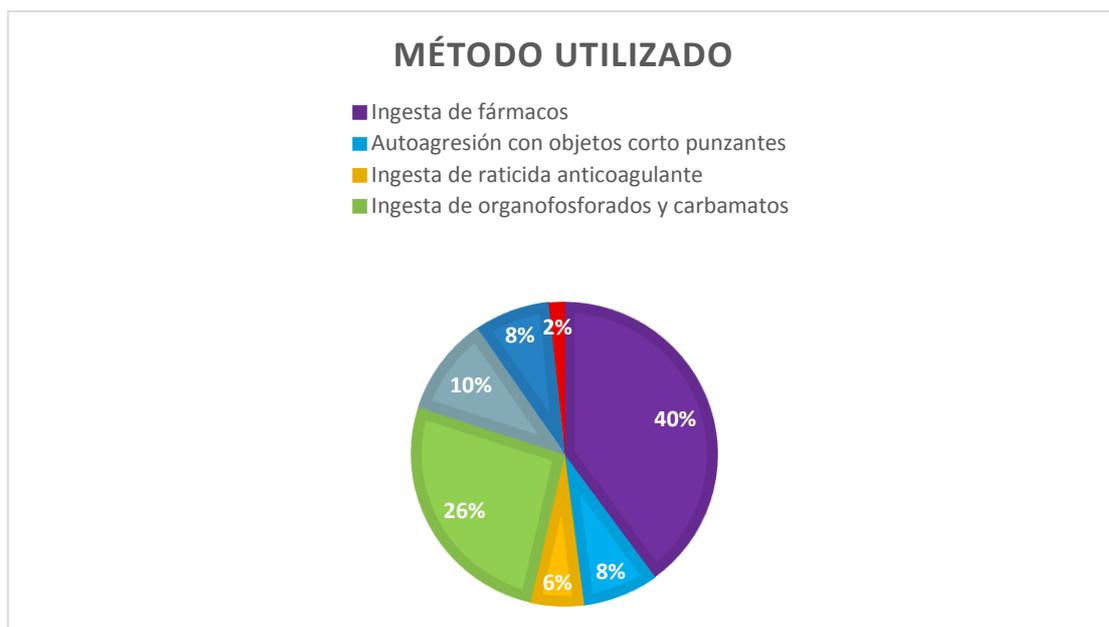
**Tabla Nro. 5:** Método utilizado por los pacientes con intento autolítico

<b>Método Utilizado</b>	<b>N° de pacientes</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Ingesta de fármacos</b>	50	40
<b>Autoagresión con objetos corto punzantes</b>	10	8
<b>Ingesta de raticida anticoagulante</b>	7	6
<b>Ingesta de organofosforados y carbamatos</b>	33	26
<b>ingesta de cáusticos</b>	13	10
<b>Ahorcamiento</b>	10	8
<b>Salto al vacío</b>	2	2
<b>Total</b>	125	100

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 5:** Porcentaje de pacientes con intento autolítico según el método utilizado



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

De los 125 casos analizados, el 40% (n: 50) de ellos se provocaron el intento autolítico mediante la ingesta de fármacos, seguido de ingesta de organofosforado 26% (n: 33) y en menor proporción salto al vacío 2% (n: 2).

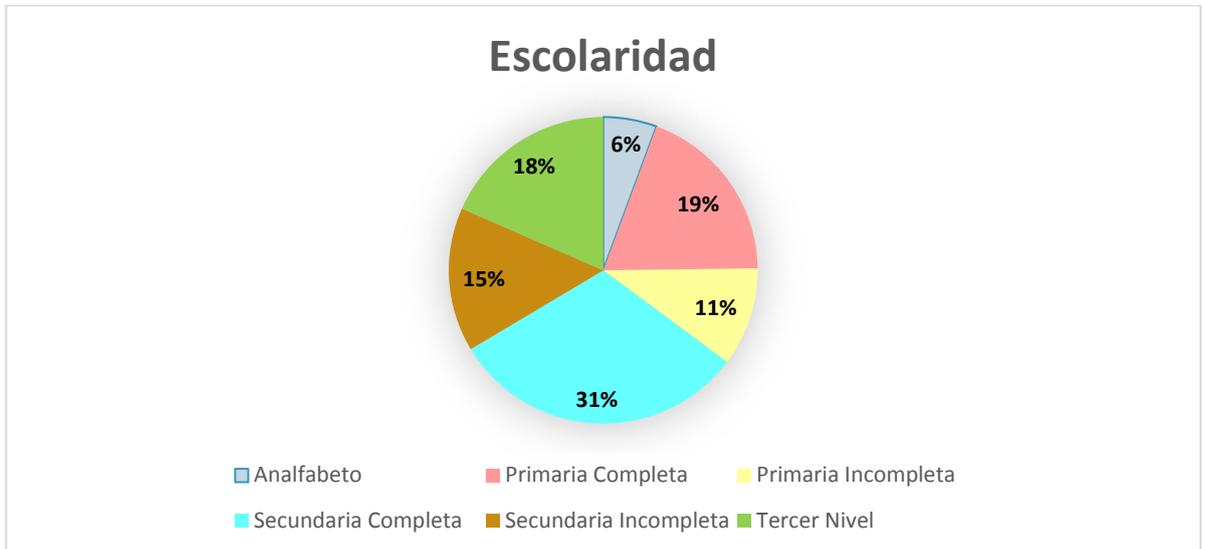
**Tabla Nro. 6:** Número de pacientes con intento autolítico según la escolaridad

Escolaridad	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Analfabeto	7	6
Primaria Completa	24	19
Primaria Incompleta	13	11
Secundaria Completa	39	31
Secundaria Incompleta	19	15
Tercer Nivel	23	18
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 6:** Porcentaje de pacientes con intento autolítico según la escolaridad



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

En cuanto a la escolaridad se observó que el grupo de individuos con secundaria completa presenta el mayor porcentaje de intento autolítico con un 31% (n: 39).

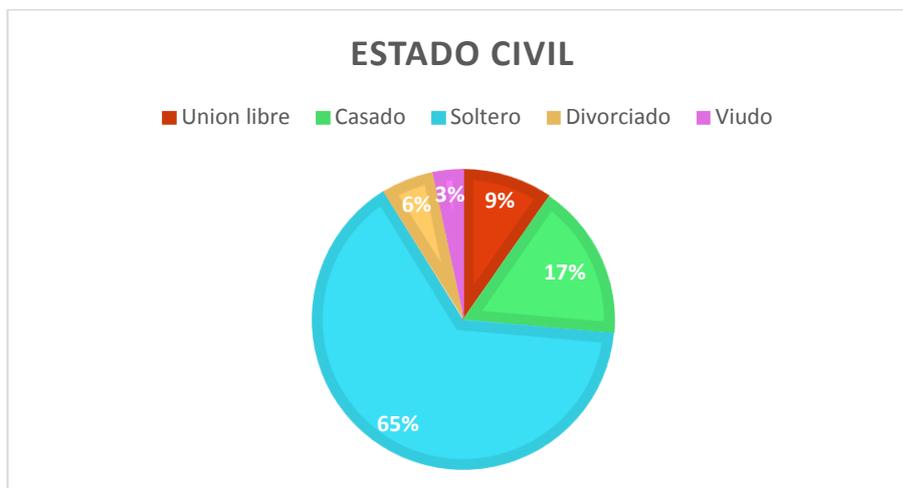
**Tabla Nro.7:** Número de pacientes con intento autolítico según el estado civil

Estado civil	N° de pacientes	Porcentaje (%)
Unión libre	12	9
Casado	21	17
Soltero	81	65
Divorciado	7	6
Viudo	4	3
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 7:** Porcentaje de pacientes con intento autolítico según el estado civil



Autores: Johnny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

Según las estadísticas obtenidas de los archivos se observa que los pacientes de estado civil soltero presentaron un alto porcentaje de intento de suicidio 65% (n: 81) a diferencia de los casados 17% (n: 21).

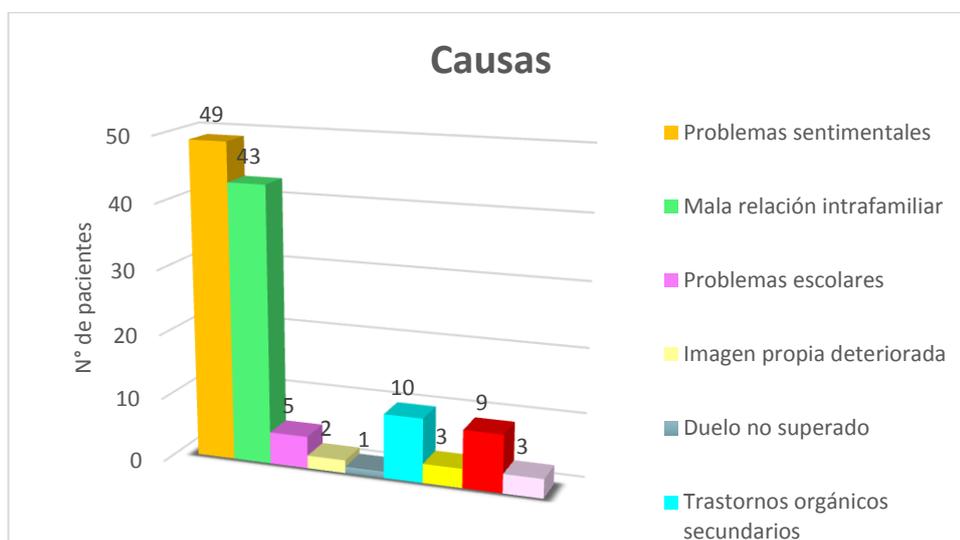
**Tabla Nro. 8:** Número de pacientes con intento autolítico según las causas

Causas	N° de pacientes	%
Problemas sentimentales	49	39
Mala relación intrafamiliar	43	34
Problemas escolares	5	4
Imagen propia deteriorada	2	2
Duelo no superado	1	1
Trastornos orgánicos secundarios	10	9
Embarazo no deseado	3	2
Abuso sexual	9	7
Situación económica	3	2
<b>Resultado</b>	125	100

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Johnny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 8:** Distribución de pacientes con intento autolítico según las causas



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

De los datos obtenidos en el hospital se evidenció que los pacientes presentaban como principal causa desencadenante problemas sentimentales con un 39% (n: 49) y en menor cuantía el duelo no superado 1% (n: 1).

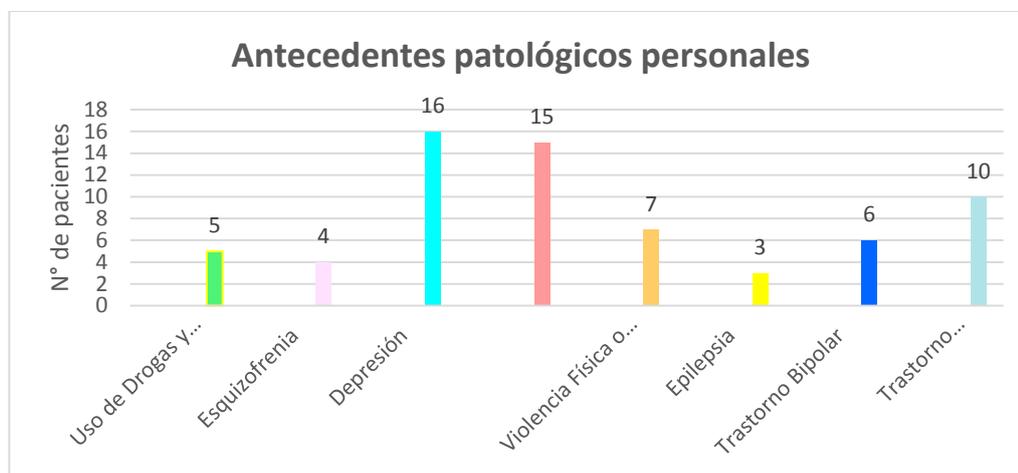
**Tabla Nro.9:** Antecedentes patológicos personales de pacientes con intento autolítico

Antecedentes patológicos personales	Nº de pacientes
Uso de Drogas y alcoholismo	5
Esquizofrenia	4
Depresión	16
Intento de Suicidio a repetición	15
Violencia Física o psicológica	7
Epilepsia	3
Trastorno Bipolar	6
Trastorno Depresivo con síntomas psicóticos	10

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 9:** Distribución de pacientes con intento autolítico según los antecedentes patológicos personales



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

Dentro de los pacientes observados se encontró que aquellos que tenían como antecedente patológico personal la depresión fueron quienes más intentos autoicos presentaron (n: 16) y en menor número aquellos con esquizofrenia (n: 3).

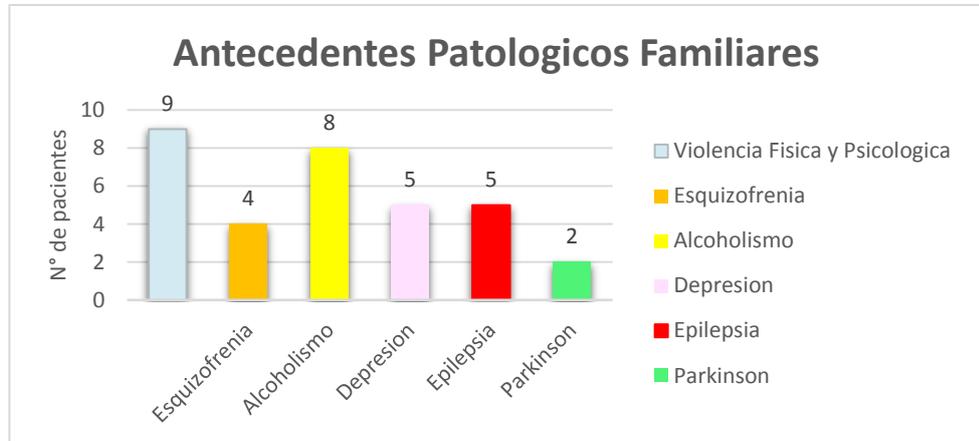
**Tabla Nro. 10:** Número de pacientes con intento autolítico según los antecedentes patológicos familiares

Antecedentes Patológicos Familiares	Nº de pacientes
Violencia Física y Psicológica	9
Esquizofrenia	4
Alcoholismo	8
Depresión	5
Epilepsia	5
Parkinson	2
<b>Total</b>	<b>33</b>

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 10:** Distribución de pacientes con intento autolítico según los antecedentes patológicos familiares



Autores: Johnny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

Referente a los antecedentes patológicos familiares, los pacientes con familia con antecedentes de violencia física y psicológica presentan una mayor proporción (n: 9) a comparación del Parkinson (n: 2).

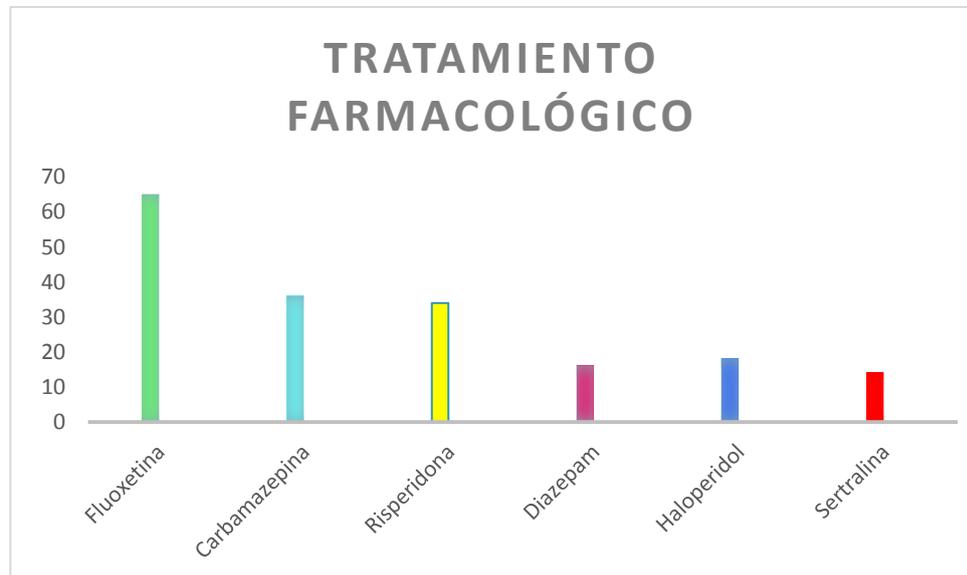
**Tabla. 11:** Número de medicamentos de pacientes con intento autolítico según el tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico	# de medicamentos	%
<b>Fluoxetina</b>	65	36
<b>Carbamazepina</b>	36	20
<b>Risperidona</b>	34	19
<b>Diazepam</b>	16	9
<b>Haloperidol</b>	18	10
<b>Sertralina</b>	14	8
<b>Total</b>	183	100

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Johnny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 11:** Distribución de los medicamentos de pacientes con intento autolítico según el tratamiento farmacológico



Autores: Johnny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

Dentro del tratamiento por parte del facultativo posterior al intento autolítico de los individuos, la Fluoxetina fue el fármaco de elección 36% (n: 65) y el fármaco menos recetado para el tratamiento fue la sertralina con un 8% (n: 14).

**Tabla Nro. 12:** Número de pacientes con intento autolítico establecidos por meses

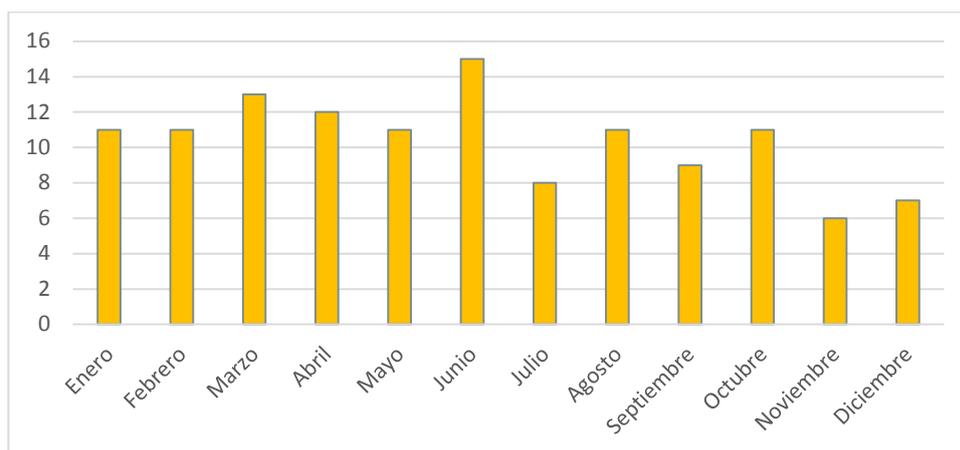
Mes	Pacientes	%
Enero	11	9
Febrero	11	9
Marzo	13	10
Abril	12	10
Mayo	11	9
Junio	15	12
Julio	8	6
Agosto	11	9
Septiembre	9	7
Octubre	11	9
Noviembre	6	5

<b>Diciembre</b>	7	6
<b>Total</b>	125	100

Fuente: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

**Gráfico Nro. 12:** Distribución de pacientes con intento autolítico según los meses



Autores: Jhonny Sayay y Jorge Sampedro

### Interpretación

Dentro de los meses con presencia de intento autolítico en los individuos, el mes de junio tuvo un 12% (n: 15) siendo el mes con mayor número de intentos autolíticos, noviembre presentó el 5% (n: 6) viéndose la disminución de la patología en este mes.

### 4.2 Discusión

A nivel mundial el suicidio es la tercera causa de muerte, se presume que estas cifras irán en aumento en los próximos años, en Ecuador para el año 2015 se reportaron 492 casos de suicidio la mayoría en población adolescente, estos datos motivaron al estudio de la problemática pues no se cuenta con datos actualizados de la Provincia de Chimborazo en especial de la ciudad de Riobamba por lo que se analizó los factores predisponentes según la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en hospitalización perteneciente al servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y que necesitaron tratamiento por haber presentado como diagnóstico intento autolítico. La parte ejecutora de este trabajo

considero importante indagar múltiples casos con una temática similar y se puso énfasis en el análisis de las investigaciones homólogas o que tengan un parecido con nuestra realidad sociocultural y sociodemográfica

Respecto al género de los pacientes con intento autolítico la literatura revisada muestra que, la población femenina presentó una mayor cifra de casos de intento autolítico en comparación con el género masculino (53% vs 47%) presentando concordancia con los resultados de Tandazo, (2017) quien realizó un estudio en la ciudad de Loja en la Unidad Educativa del Milenio Bernardo Valdivieso, evidenciando que el género femenino tuvo un alto porcentaje en comparación con el masculino (48% vs 39,4%) de un grupo de estudiantes de bachillerato por ideación suicida; coincidiendo también con el análisis realizado por Ventura et al, (2010) en la ciudad de Santiago de Chile en 5 establecimientos educativos donde se demostró que las mujeres presentaron un mayor porcentaje en comparación con los hombres (71% vs 49%) por ideación de intento suicida en adolescentes entre 14 y 19 años. Este predominio femenino en ejecutar los intentos autolíticos puede estar relacionado con el cambio de rol de género pues la sociedad actual debida a las necesidades económicas y a la igualdad de género ha dado las condiciones para que la mujer cumpla las mismas actividades que los hombres. (Puig de la Bellacasa Marfagón, 2015)

Un estudio realizado en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en los colegios Nacional Santo Domingo, Latino y Nacional Villa Florida demostró que el 16,1% casos de intentos autolíticos provienen del área urbana (Gerstner, 2017). En otro estudio elaborado en la ciudad del Puyo se observó que en el área rural se presentó un 56,9% casos de intentos autolíticos (Flores, 2017), similar a un estudio hecho en la provincia de Pichincha donde se observó un 58,62% de casos de intento autolítico perteneciendo al área rural. (Gallardo, 2014). Los resultados obtenidos difieren con las investigaciones hechas en el país ya que el mayor número de casos de intento suicida (n=96) se presentaron en la ciudad de Riobamba en comparación de las demás localidades de la provincia de Chimborazo referente a pacientes atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Esto puede deberse a las presiones laborales y sociales

(vivir solo) que se presentan en el área urbana y que influyen en la psiquis del individuo de manera negativa (García Valencia et al, 2011).

En cuanto al grupo etario, muestra que el mayor índice de casos de intento autolítico se presentó en los pacientes que oscilan la edad entre 15 a 19 años, similar a otro trabajo investigativo realizado en el Centro de Atención Integral en Salud para Jóvenes ubicado en el Valle de los Chillos del Distrito Metropolitano de Quito provincia de Pichincha, se encontró que el grupo etario de 14 a 19 años presentaron las cifras más altas (93,1%) de casos de intento de suicidio (Gallardo, 2014); en cambio Soto, (2015), realizó un estudio en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba observando que el grupo de pacientes de 20 a 39 años presentó un mayor número de intentos autolíticos en comparación con otros grupos etarios (n=32). Este grupo etario puede ser más susceptible y ser el de mayor riesgo debido a las alteraciones hormonales que predisponen la falta de identidad y el desconocimiento de los adolescentes referentes a sus cambios psicológicos (Gallardo, 2014).

En lo referente a los resultados de la etnia de los pacientes con intentos autolíticos la población mestiza demostró un mayor índice (86%) con respecto a la etnia indígena lo que coincide con Soto, (2015), quien reportó que el grupo étnico con mayor predominancia de intentos autolíticos fue el mestizo vs indígena (85,71% vs 14,29%). La etnia puede ser un factor protector debido a que los individuos indígenas tienen un menor porcentaje de intentos autolíticos en comparación a los mestizos pues su idiosincrasia frente al suicidio es diferente, el contacto con las ideas occidentales puede predisponer a la deculturación indígena e influencia las ideas suicidas como en el caso de la etnia mestiza (Vargas Espíndola, 2017).

Según Soto, (2015) sobre el método utilizado para cometer suicidio por los pacientes, la intoxicación por raticidas fue la manera más frecuente de intentar quitarse la vida con un porcentaje de 98,21%, en cambio según un estudio realizado en Cuba donde se tomó datos del 2011 al 2014 de intentos autolíticos se presentó que el ahorcamiento es la

forma más común de tentativa suicida (76,4%) (Corona Miranda et al, (2017) y en nuestra localidad el 40% utilizó el método de la ingesta de medicamentos, por lo que la dinámica suicida de planeación varía con el transcurso del tiempo, localidad y nivel sociocultural.

Un estudio investigativo en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa en Perú sobre la escolaridad y el intento suicida, se encontró que individuos con instrucción secundaria presentaron un mayor número de tentativas suicidas (88,4%) (Puma, 2018); concordando con Rodríguez, (2013) quien mostró un alto porcentaje en intentos autolíticos de bachilleres (58,5%), ambos estudios coinciden con el presente estudio pues se observó un 31% de pacientes con secundaria completa que tuvieron un intento suicida no consumado, estando relacionado muy posiblemente con los cambios psicológicos, emocionales, físicos, sociales de iniciar la adultez; mientras que las personas iletradas tienen un porcentaje menor.

Con lo concerniente al estado civil, un estudio realizado en la ciudad de Ibagué perteneciente a Colombia demostró que el grupo de solteros presentó un mayor número de intentos autolíticos (64,9%) (Alvis Ñungo et al , 2017); lo que coincide con Cano & Herazo, (2017) quienes demostraron que las personas solteras tienen mayor predisposición al intento autolítico (95,9%), en cambio en un estudio llevado a cabo en la Habana - Cuba se obtuvo información en cuanto a individuos con pareja estable presentaron un mayor número de casos de intentos autolíticos (50,9%) en comparación al grupo de individuos sin pareja estable (33,6%) (Corona et al, 2017), los datos mencionados anteriormente armonizan con este estudio realizado en Riobamba donde se encontró que el mayor número de pacientes con intento suicida fue el grupo de solteros (65%), por lo que se puede decir que el mantener una pareja estable puede ser un factor protector frente a la suicidalidad.

Según un estudio realizado en Arequipa - Perú se observó que la disfunción familiar predispone a presentar intentos suicidas con un valor de 52,4% (Puma, 2018); un estudio

similar investigado por Morales et al, (2014) concuerda que una mala relación familiar predispone a una crisis suicida mientras que un hábitat amoroso disminuye en gran medida los riesgos de presentar intentos autolíticos, por lo que en este estudio se evidenció la similitud de resultados con los expuestos, es decir los problemas sentimentales son la principal causa para provocar el intento autolítico (39%). La mayor parte de individuos son susceptibles al estrés más aún si no tienen un apoyo emocional adecuado. La mala comunicación, la agresividad mostrada por los miembros de la familia acrecientan el riesgo del suicidio.

En lo referente a los antecedentes patológicos personales se obtuvo en la ciudad de Santiago de Chile que los adolescentes indicaban relación directa entre depresión y suicidalidad (Ventura et al, 2010); coincidiendo con los datos obtenidos en el servicio de urgencias hospitalarias de dos hospitales de Valencia - España (Hospital General Universitario de Alicante y Hospital de la Marina Baixa) en donde el 40% de pacientes padecieron depresión misma que se transformó en un intento suicida (Albuixech García, 2017); coincidiendo con este estudio ya que de los 125 pacientes con diagnóstico de intento autolítico la mayoría presentaron como comorbilidad la depresión. Si una patología se descompensa puede complicar y dar un posible riesgo suicida en especial si la depresión no tiene tratamiento o no se le da el adecuado control.

Según Ventura et al, (2010) los individuos que presentaron familiares con antecedentes de violencia física y psicológica tuvieron intentos autolíticos posteriormente, lo que concuerda con este estudio ya que la mayoría de individuos con diagnóstico confirmado de intento autolítico tuvieron familiares con antecedentes de violencia física y psicológica misma que predispuso intentos suicidas. En cambio, en otro estudio realizado por Albuixech, (2017) la psicosis fue la patología que desencadenó intentos autolíticos en familiares de pacientes con la misma patología (30,8%). Los familiares pueden tener un papel importante en el desarrollo de una enfermedad psiquiátrica por el posible riesgo de heredar dichas conductas anómalas siendo necesario indagar a profundidad con el fin de evitar pérdidas de vida innecesaria.

Según Álvarez Ariza et al, (2011) la utilización de fluoxetina en combinación de terapia conductual redujo significativamente la ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor; también evidenciaron que la utilización de fluoxetina más nortriptilina durante 6 meses permitió el decrecimiento de las conductas suicidas, lo que coincide con este estudio ya que el 36% de pacientes tratados con fluoxetina tuvieron disminución de la ideación y la conducta suicida.

Según Betancourt, (2008) el suicidio en Quito se presentó en el mes de abril con un mayor número de casos (24) mientras que en este estudio se evidenció que el mes de junio existió un alto índice (12%) de casos de intentos autolíticos, posiblemente relacionados con la cercanía del fin de año escolar factor que sería un desencadenante ya que la sociedad en la que nos encontramos obliga a los adolescente al éxito inmediato y el mismo al no lograrlo además de ser carente de herramientas positivas que puedan hacer frente a este declive emocional generaría pensamientos de culpa, infelicidad, conductas autodestructivas y finalmente el intento suicida.

## **5. CONCLUSIONES**

- Se obtuvo la tasa de incidencia del grupo etario predominante (15 – 19 años) para el intento autolítico con un valor de 26,31 por cada 1000 pacientes atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en relación a un total de 1406 pacientes valorados en el año 2017.
- Se identificó que el intento autolítico es más frecuente en el género femenino en edades comprendidas entre los 15 - 19 años, solteras, provenientes de la ciudad de

Riobamba, de etnia mestiza, con secundaria completa, el método autolítico más utilizado fue la ingesta de medicamentos, desencadenado por problemas sentimentales y los meses con mayores cifras de suicidalidad fueron junio y marzo.

- Tomando en consideración las cifras del grupo etario vulnerable correspondiente a la población adolescente se debe realizar campañas de prevención, educando a los padres, docentes, profesionales que trabajan en el área de salud y a los jóvenes con el fin de tratar de disminuir muertes innecesarias que puedan tener posibles soluciones.

## **6. RECOMENDACIONES**

- Que se tome en consideración en la atención primaria en salud ciertos parámetros que identifican al paciente con una conducta suicida.
- Que se remita al especialista los casos de pacientes con antecedentes familiares y personales para un análisis oportuno y detallado, evitando así una conducta suicida.

- Que se debe realizar campañas de prevención y de concientización respecto a la temática en las escuelas, colegios y universidades porque estos grupos etarios se encuentran en la formación de su personalidad.
- Que se debe tomar medidas correctivas en las patologías de base, tales como: depresión, violencia física y psicológica, consumo de drogas y alcoholismo, entre otros, que desencadena el intento autolítico.
- Que se debe continuar con el estudio para poder conocer la dinámica de la enfermedad y valorar la efectividad de las estrategias de salud mental vigentes.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adalberto Rodríguez Escobar, Ó. A. (2013). IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN UN GRUPO DE POLICÍAS DE PEREIRA-COLOMBIA. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, 13(2), 415.
- Albuixech García, M. d. (2017). Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA"00150 Riesgo de suicidio". *Universidad de Alicante*, 156.
- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., & Canedo Magariños, C. (2011). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de práctica clínica en el SNS*, 88 a la 113.

- Álvarez Solís, M. V., & Agudelo Bedoya, M. (2009). Depresión e ideación suicida en adolescentes. *Universitas Científica*, 31.
- Alvis Ñungo, L. F., & Soto Morales, A. M. (2017). El intento de suicidio en ibagué: el silencio de una voz de auxilio. *Revista Criminalidad*, 84.
- Amador Rivera, G. (2015). Suicidio: Consideraciones históricas. *Rev Med La Paz*, 91-97.
- Arias Poveda, H. F. (2012). Diagnóstico situacional de la parasitosis intestinal en los alumnos del primer curso del colegio experimental Pedro Vicente Maldonado de la ciudad de Riobamba, periodo Junio a Octubre de 2012. *UNACH*, 58-60.
- Baader, T., Urra, E., Millán, R., & Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev.Med.Clin.Condes*, 3(22).
- Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Flacso Sede Ecuador, Programa estudios de la Ciudad*, 6.
- Cano, A. R., & Herazo Chamorro, M. I. (2017). Factores Psicosociales Asociados a La Conducta Suicida En Adolescentes. *UNIFE*, 55. Obtenido de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>
- Casas Rivero, J. J., & Ceñal González, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos Físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 22. doi:<http://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%2002.pdf>
- Condolo Tandazo, S. M. (2017). Ideación suicida en los estudiantes de bachillerato sección matutina de la unidad del milenio Bernardo Valdivieso. *Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Carrera de Medicina.*, 30-32.
- Corona Miranda, B., Alfonso Sagué, K., & Cuéllar Luna, L. (2017). Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 617.
- Corpas, J. M. (2011). Recuperado el 17 de enero de 2018, de *Gazeta antropología*: [http://www.ugr.es/~pwlac/G27\\_33JoseManuel\\_Corpas\\_Nogales.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html)
- Cruz Campos, F., & Flores, V. (Septiembre de 2005). Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de intervención en Crisis desde el enfoque constructivista Evolutivo. *Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología*, 1(1).
- Flores Vélez, I. R. (2017). Prevalencia de intento de suicidio en las diferentes etnias y el método utilizado en los pacientes que acudieron al hospital provincial de Puyo. Enero 2014-Diciembre 2016. *Universidad Católica de Cuenca*, 26.
- Gallardo Zambrano, D. M. (2014). Las competencias liberadoras como factores protectores que disminuyen los comportamientos suicidas en adolescentes y jóvenes que concurren a un centro de Atención Integral en Salud para Jóvenes cuyas edades oscilan de 10 a 23 años de edad. *Universidad Central del Ecuador*, 55.

- García Valencia, J., Montoya Montoya, G. J., & López Tobón, P. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 210.
- Gerstner, R. M. (2017). Factores predictores y protectores para tendencias suicidas en adolescentes en una zona afectada por el terremoto de 16 de abril en Ecuador. *Universidad San Francisco de Quito USFQ*, 48.
- Gómez Restrepo, C. (2013). Intento de suicidio y suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1).
- Gutiérrez García, A. G., & Contreras, C. M. (19 de febrero de 2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Salud mental*, 31(4).
- Hidrobo, J., Castillo, R., Cruz, M., & Jaramillo, D. (Julio de 2016). La depresión y su relación con el intento autolítico. *Enfermería Investiga: Investigación, vinculación, docencia y gestión*, 1(2).
- INEC. (2015). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-y-bienestar/>
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. (2016). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de Población y Demografía: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2016/Presentacion\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2016.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf)
- Mayorga Aldáz, E. C. (2018). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *scielo*.
- Miravalles, J. (2008). Harakiri. *Gabinete Psicológico*, 1.
- Morales, S., Armijo, I., & Echavarrí, O. (s.f.). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Natella, G., & Azcotía, F. (2012). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. *Ministerio de Salud Mental*, 8.
- Organización Panamericana de la Salud. (7 de Julio de 2014). *PAHO*. Obtenido de Prensa Nacional: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1247:julio-7-2014&Itemid=972](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1247:julio-7-2014&Itemid=972)
- Pérez Barrero, S. A. (marzo de 2012). Factores de riesgo en el anciano. *Sociedad Cubana de Psiquiatría*.
- Pomares, L., Rosner, M., & Natella, G. (2012). Lineamiento para la atención del intento de suicidio en adolescentes. *Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia*, (págs. 7,8). Jujuy Argentina.
- Puig de la Bellacasa Marfagón, E. (2015). *Redaipsis*. Obtenido de Redaipsis.org: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/Suicidio-y-ge--nero.pdf>

- Puma Apaza, A. M. (2018). Frecuencia y características sociodemográficas del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa entre los años 2013 al 2017. *Universidad Nacional de San Agustín*, 33.
- Salud, O. M. (2018). WHO. Obtenido de Salud del adolescente: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Silva, D., & Valdivia, M. (s.f.). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 33.
- Soto Santillán, V. A. (2015). Relación del intento autolítico con el estado ansioso depresivo en pacientes ingresados en el área de medicina interna del hospital provincial general ocente de Riobamba durante el periodo de Enero a junio del 2013. *Universidad Nacional de Chimborazo*, 43.
- Usiña, J., Céspedes, D., & Yunga, J. (2014). Recuperado el 20 de Enero de 2018, de Ecuador en Cifras: [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)
- Vargas Espíndola, A., Villamizar Guerrero, J. C., & Puerto López, J. S. (2017). Conducta suicida en pueblo indígenas: una revisión del estado del estado del arte. *Rev. Fac. Med*, 130.
- Ventura Junca, R., Carvajal, C., & Undurraga, S. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 311-313.





**Anexo 3.** Autorización de parte de la Psiquiatra del Hospital Provincial General Docente de Riobamba para revisar las historias clínicas.

**CERTIFICACIÓN**

Yo, Zilma Diago Alfes, psiquiatra del Hospital Provincial General Docente de Riobamba con C.I 1756815518, certifico que los estudiantes Jorge Sampedro Guerrero y Jhonny Sayay Herrera obtuvieron datos reales recabados de las historias clínicas del área de estadística de los pacientes con diagnóstico de intento autolítico, mismos que fueron presentados a mi persona para su validación y posterior tabulación.

Atentamente.

  
Dra. Zilma Diago Alfes  
Esp. 1er Grado En PSQUIATRIA  
CÓDIGO DE REGISTRO 151582E  
Psiquiatra del HPGDR

**Anexo 4. Prueba toxicológica de paciente con intento autolítico.**

INSTITUTO VENEZOLANO DE HIGIENE Y MEDICINA TROPICAL  
"LEOPOLDO IZQUIETA PÉREZ"  
QUITO - ECUADOR

Nº INGRESO LABORATORIO  
TXC R F 02 - 01

### SOLICITUD DE ANÁLISIS TOXICOLÓGICO

Solicitado por	HH6D12
Unidad de Salud	
Fecha	26/3/11
Nombre del paciente	Gomez Trujillo Sorelyn Gael
Edad	14
Ocupación	Estudiante
Antecedentes a la intoxicación	
Cuadro clínico (signos, síntomas, tratamiento aplicado, estado del paciente)	Dolor abdominal
Tipo de muestra	Urina
Fecha y hora de toma de muestra	25/3/11
Fecha y hora de ingreso al laboratorio	

**ANÁLISIS SOLICITADO:**

<b>VOLÁTILES</b> Alcohol etílico (ct) Alcohol metílico (ct) Formaldehído (ct) Hidrocarburos (ct)	<b>ANTICONVULSIVANTES</b> Carbamazepina (ct) Fenobarbital (ct) Difenilhidantoina (ct)	<b>PLAGUICIDAS</b> Organoclorados (cl) Organofosforados (cl) Carbamatos (cl) Cumarínicos (cl) Piretroides (cl) Bipiridilos (cl) Atrazinas (cl)
<b>DROGAS DE ABUSO</b> Anfetaminas (cl) Barbitúricos (cl) Benzodiacepinas (cl) Cocaína (cl) Cannabinoides/Marihuana Dep. del opio (cl) Alcaloides / escopolamina (cl)	<b>MEDICAMENTOS</b> Salicilatos (ct) Paracetamol (ct) Tiopental (ct) AINE (cl) Otros (cl) <i>Paracetamol</i>	<b>INORGÁNICOS</b> Fósforos (cl) Plomo (ct) Mercurio (ct)
<b>GASEOSOS</b> Carboxihemoglobina (cl) Cianuros (cl)	<b>OTRAS SUST. QUÍMICAS</b>	

ct: prueba cualitativa, ct: prueba cuantitativa

Nombre / Firma: *[Firma]* Código Médico: *[Código]* / Cédula Nº: *[Cédula]*

Para uso Lab.

**NOTA: ES OBLIGATORIO COMPLETAR TODOS LOS DATOS INFORMATIVOS**  
Información Toxicológica: CIATOX, Telf: 02-2905162 E-mail: ciatoxecu@gmail.com

Iquique N14-285 y Yaguachi  
Casilla 17 - 12 - 535, Telefax: (593 2) 2552715, Com. 2565858 / 2503211 / 2502088 Ext.: 238  
inhquitotoxicologica@gmail.com / inhquito@gmail.com

Dr. Monroy  
0586403180  
Dr. Tapia

Arco Varuquies

El Resultado del Análisis Toxicológico de la Señora *Gomez Trujillo Sorelyn Gael* es:

*Afetanos* ----- Negativo  
*Benzodiacepa* ----- Negativo  
*Cocaína* ----- Negativo  
*Carbaminos* ----- Negativo  
*Derivados del Opo* ----- Negativo  
*Carbono* ----- Positivo  
*Compuestos Aminicos* ----- Positivo, mín. care. --> *podría ser por la presencia de un autidigestivo.*

Atentamente,  
*[Firma]*  
 Dr. *Alfonso Monroy*



**Anexo 5.** Resolución de aprobación del perfil del proyecto de investigación de la carrera de Medicina, Tutor y Miembros de Tribunales.



FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO

RECEPCION DE DOCUMENTOS  
27 SEP 2018  
FCC  
FE

Riobamba, 26 de septiembre de 2018  
Oficio No. 0050-RD-FCS-2018

Sr. Jorge Anthony Sampedro Guerrero  
Sr. Jhonny Vinicio Sayay Herrera  
**ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH**  
En su despacho. -

De mi consideración:

Cumplo con el deber de informarle la resolución de Decanato de fecha: mates 25 de septiembre de 2018.

**RESOLUCIÓN No. 0050-D-FCS-25-09-2018:** Aprobar el cambio de miembro del tribunal del proyecto de investigación de la carrera de Medicina, ya que la Dra. Mercedes Macas, se encuentra en periodo de vacaciones, de acuerdo al siguiente detalle:

No.	ESTUDIANTES	TEMA	TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL ( Art. 173 )	TRIBUNAL ( Art. 174 )
1	Sampedro Guerrero Jorge Anthony Sayay Herrera Jhonny Vinicio	Intento autolítico: Incidencia de casos por grupos de edades ( 15 - 19 años ) atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período comprendido entre Enero 2017 - Diciembre 2017	Tutor: Dra. Zilma Diago  Miembros: Dr. Enrique Ortega Dr. Ángel Mayacela	Dr. Wilson Nina (Preside, delegado del Decano) Miembros: Dr. Enrique Ortega Dr. Ángel Mayacela

Atentamente,

  
Dr. Gonzalo E. Bonilla P.  
**DECANO DE LA FACULTAD**  
**CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH**

C.C.: Archivo  
Adj.: Lo indicado

