



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE  
INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA  
MARZO- JULIO 2012**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICA.**

**AUTORAS: SANDRA GABRIELA PERALTA QUITO  
ANGELA ANDREA PESÁNTEZ ABRIL  
CARMEN MARGARITA PIEDRA MOGROVEJO**

**DIRECTOR: DR. SAÚLPACURUCU CASTILLO**

**ASESOR: DR. ISMAEL MOROCHO MALLA**

**Cuenca-Ecuador  
2013**



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el CRA, Cuenca, Marzo - Julio 2012.

**Métodos y materiales:** Estudio cuantitativo descriptivo, donde se utilizó la encuesta para la recolección de los datos personales y el test “Escala de tentativa de suicidio (Beck et. al)”. Se realizó una base de datos mediante el software Epi Info versión 3.5.3. y Microsoft Excel 2007.

**Resultados:** Se estudiaron a 214 pacientes de los cuales 61 (28.5%), tuvieron por lo menos un intento de suicidio en algún momento de su vida. Entre los factores de riesgo sociodemográficos para el grupo con tentativa de suicidio, se encontró que la media de edad era de 32,63 años (DE: 15.31), la mayoría de sexo masculino, con instrucción académica secundaria, del sector urbano, y tenían empleo; en cuanto al estado civil el 45.90% de los pacientes eran solteros. Se encontró mayor intento de suicidio en los pacientes con trastorno del estado de ánimo. El método de suicidio más utilizado por los hombres fue armas corto-punzantes y por las mujeres la intoxicación con plaguicidas y venenos. En cuanto a la gravedad del intento de suicidio, el 57.38% de los pacientes tuvieron un riesgo moderado de morir.

**Conclusiones:** De los 214 pacientes internados en el CRA, que participaron en el estudio, el 28,50% tuvieron un intento de suicidio en algún momento de su vida.

**PALABRAS CLAVE:** INTENTO DE SUICIDIO, TRASTORNOS MENTALES, FACTORES DE RIESGO, CENTROS DE REHABILITACIÓN, PREVALENCIA, EPIDEMIOLOGÍA, SUICIDIO-PREVENCIÓN Y CONTROL, SUICIDIO – ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of attempted suicide in patients admitted to the Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca March - July 2012

**Methods and materials:** It is a descriptive quantitative study, which used the survey for collecting personal data and a test "Scale of attempted suicide (Beck et. al)". With the data we use software Epi Info 3.5.3. and Microsoft Excel 2007 to make a database.

**Results:** We studied to 214 patients and we observed that 61 of them (28.5%) had at least one suicide attempt at some point in their lives. Among the socio-demographic risk factors for attempted suicide group, we found that the average age was 32.63 years (SD: 15.31). It was found that most male had suicide attempt and they had a secondary academic instruction, belonged to the urban sector, most were employed, and 45.90% of them were single. It was noted that there were more suicide attempts in those suffering from mood disorder. The most common method of suicide for men was the use of sharp weapons and for women the use of pesticides and poisons. Finally we analyzed the severity of suicide attempt and we found that 57.38% of patients who attempted suicide had a moderate risk to die.

**Conclusions:** From the 214 patients of the study, 28.50% had a suicide attempt at some point in their lives

**KEYWORDS:** SUICIDE ATTEMPT, MENTAL DISORDERS, RISK FACTORS, REHABILITATION CENTERS, PREVALENCE, EPIDEMIOLOGY SUICIDE - CONTROL AND PREVENTION, SUICIDE – STATISTICS AND NUMERICAL DATA

**INDICE**

1.1 INTRODUCCIÓN .....	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN: .....	18
2. MARCO TEORICO.....	19
2.1 EL SUICIDIO:.....	19
2.1.1 Concepto .....	19
2.1.2 Espectro suicida:.....	19
2.1.3 Epidemiología del suicidio.....	20
2.1.4 Suicidio en el Ecuador y Cuenca: .....	20
2.1.6 Factores de riesgo .....	22
2.1.7 Métodos de suicidio .....	26
2.2 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y EL SUICIDIO: .....	27
2.2.1. Factores asociados a suicidio que influyen sobre un paciente psiquiátrico.....	29
2.2.2 Trastornos afectivos:.....	30
2.2.3 Trastornos psicóticos. ....	31
2.2.4 Trastornos por consumo de sustancias. ....	32
2.2.5 Trastornos de la personalidad .....	33
2.2.6 Otros trastornos .....	33
2.3 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN EN LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS .....	34
2.3.1 Signos de alarma.....	34
2.3.2 Evaluación de la gravedad del riesgo suicida .....	35
2.3.3 ¿Qué tratamiento debe elegir el médico general? .....	35
2.4 ESCALA DE BECK: .....	37
3. OBJETIVOS .....	39
3.1 OBJETIVO GENERAL: .....	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	39
4. DISEÑO METODOLOGICO .....	40
4.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	40
4.2. ÁREA DE ESTUDIO: .....	40



4.3 UNIVERSO Y MUESTRA: .....	40
4.4 VARIABLES: .....	40
4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DELA INFORMACIÓN .....	41
4.6 PROCEDIMIENTOS .....	41
4.6.1 Autorización. ....	41
4.6.2 Capacitación: .....	41
4.6.3 Supervisión: .....	41
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....	41
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	43
6. DISCUSIÓN .....	59
7. CONCLUSIONES.....	62
7. RECOMENDACIONES.....	64
9. BIBLIOGRAFIA: .....	65
8. ANEXOS .....	69



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Sandra Gabriela Peralta Quito, autora de la tesis "**PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA MARZO-JULIO 2012**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2013

Sandra Gabriela Peralta Quito

CI. 0105906226

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999.*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Angela Pesantez Abril, autora de la tesis "PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA MARZO-JULIO 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2013

Angela Andrea Pesantez Abril

Ci. 0104816699

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [oa@bv@ucuenca.edu.ec](mailto:oa@bv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Carmen Margarita Piedra Mogrovejo, autora de la tesis **"PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA MARZO- JULIO 2012"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2013

Carmen Margarita Piedra Mogrovejo

CI: 0105778278

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Sandra Gabriela Peralta Quito, autora de la tesis "**PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA MARZO-JULIO 2012**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2013

Sandra Gabriela Peralta Quito

CI. 0105906226

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Fundada en 1867

Yo, Angela Pesantez Abril, autora de la tesis **"PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA MARZO-JULIO 2013"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2013

Angela Andrea Pesantez Abril

CI. 0104816099

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext. 1311, 1312, 1316

e-mail: [cd@pucuenca.edu.ec](mailto:cd@pucuenca.edu.ec) casilla No. 1101

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Carmen Margarita Piedra Mogrovejo, autora de la tesis **"PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), CUENCA MARZO- JULIO 2012"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2013

Carmen Margarita Piedra Mogrovejo

CI: 0105778278

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## DEDICATORIA

A Dios por guiar mis decisiones y acciones en todos los aspectos de mi vida.

A mis padres quienes me apoyaron en todo momento y a quienes les debo todo lo que soy, gracias por confiar siempre en mi.

A mis hermanos Priscy y Sebas, por entregarme todo su cariño y estar siempre conmigo en los momentos difíciles y alegres.

A mis compañeros y amigos de clase, especialmente a mis amigas de tesis Angela y Margarita con quienes compartí todo este proceso y sin quienes no habría sido posible avanzar

Sandra



## DEDICATORIA

A mi Señor, mi Dios, por haberme iluminado todos y cada uno de mis días. A mi mamita querida Angelita, porque sin ella yo no sé qué fuera de mi vida y de mi carrera. A mi papi, por los conocimientos y experiencias compartidas. A mi hermanos Juan y Diana, y a mi abuelita, por la ayuda y dedicación en mis momentos de estudio. A mis amigas Sandrita y Margarita, con las que reí, estude y disfrute mi vida universitaria. Y por último, y no por eso menos importantes a mis compañeros de clase, porque sin ustedes esta experiencia no hubiera sido la misma.

Angela



## DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis: A Dios porque es el que me guía por el camino más adecuado y además siempre ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar. A mi familia, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo tanto emocional como económico, en todo momento. Depositando su entera confianza en cada obstáculo que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad para vencer dichos obstáculos.

Margarita



## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos permitido concluir con este maravilloso proyecto de tesis; a nuestro director de tesis, Dr. Saúl Pacurucu, a nuestros padres quienes nos han apoyado y motivado durante toda nuestra formación académica, creyendo en cada una de nosotras y por siempre brindarnos su apoyo tanto en los buenos y aun más en los malos momentos de nuestras vidas. A nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotras, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Las Autoras.



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Se entiende por suicidio, un acto "voluntario", de amenaza vital, que termina en la propia muerte. A través de la historia, dicho acto ha sido entendido de diversas formas así durante el Imperio Romano, el suicidio era considerado un acto honroso, sin embargo en la época medieval, la muerte fue sacralizada y se consideraba un pecado. Fue a partir del siglo XIX cuando Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. La tendencia actual considera el suicidio desde un punto de vista más psicológico, y en las últimas décadas ha tomado gran importancia por su notable aumento, en la actualidad representa el 1,3% de todas las muertes. Ecuador no queda exceptuado de estas estadísticas, pues las tasas de mortalidad por suicidio han evolucionado con tendencia al incremento, pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países; se manifiesta mayormente en áreas urbanas con un valor del 68% del total de los suicidios nacionales; siendo las provincias con las mayores tasas suicidios Pichincha, Guayas, Azuay y Manabí. En el año 2007 se calculó que 4 de cada cien mil personas intentaban suicidarse en Cuenca. Es importante resaltar que el suicidio es un proceso multifactorial entre ellos, la existencia de una enfermedad psiquiátrica es uno de los más importantes, lo cual es corroborado por investigaciones internacionales que han empleado el método de la autopsia psicológica. Desde los primeros estudios las enfermedades más frecuentemente diagnosticadas en los suicidas son esencialmente tres: Esquizofrenia, Trastornos del Ánimo y Alcoholismo. Sin embargo en nuestro medio a pesar de que las estadísticas muestran que el suicidio ha aumentado, y que las enfermedades psiquiátricas son uno de los factores predisponentes más importantes para este acto, en nuestras revisiones no se ha encontrado datos de estudios que se hayan realizado en nuestro medio. Es por eso que pretendemos investigar si es que las tendencias internacionales sobre el suicidio en pacientes psiquiátricos se repiten en nuestro medio, además de determinar cuáles son las características sociodemográficas del grupo a estudiar.





## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno del suicidio es una realidad a nivel global y ha estado siempre presente en la sociedad constituyendo una de las principales causas de muerte en el mundo, sin embargo es un problema que se puede prevenir. Desde el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud denominado WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide, considerado como el primero que aportó datos fiables acerca de la tentativa suicida, numerosos estudios han abordado este fenómeno en diversos países, donde la importancia social de la tentativa suicida ha ido en aumento. La OMS alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente, sobre todo en la población joven, y por ello constituye un grave problema de Salud Pública, además de que conlleva consecuencias familiares y sociales. Se han descrito en diferentes estudios realizados a nivel mundial que este acto puede ser cometido por diversas causas, ya sea por enfermedad, pérdidas valiosas, soledad, problemas cotidianos, enfermedades psiquiátricas, etc. Entre los factores de riesgo para la conducta suicida, el que ha recibido más atención en los estudios epidemiológicos es la presencia de trastornos mentales, ya que se ha observado que 90 a 98% de las personas que intentan suicidarse padecía algún trastorno mental en el eje I, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Entre los principales factores psicopatológicos que se han descrito asociados a la tentativa suicida se encuentran la depresión mayor, los trastornos de personalidad, y los trastornos asociados al consumo de sustancias. Nuestro país no es ajeno a esta realidad, y de acuerdo a los estudios realizados, se observa que no existe mayor diferencia con lo que pasa a nivel mundial, es decir, se ha visto que el intento de suicidio ocurre con mayor frecuencia en personas jóvenes, de estado civil solteros, desempleados; y se observó que los suicidios tienden a incrementar en los meses de julio y diciembre de cada año. Datos del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca en el 2007, no difieren mayormente de otros estudios, y se encontró que las principales causas fueron por conflictos familiares, sentimentales y económicos.



### 1.3 JUSTIFICACIÓN:

La incidencia de suicidios en nuestro país, y en Azuay está en aumento, sobre todo en las tres últimas décadas; así lo registró el INEC. La tasa de suicidio en el Ecuador, entre los años 70 y 80, se mantenía en valores aproximados a 2.5 por cada 100.000 habitantes, en la década del noventa hubo casi una duplicación de la tasa en comparación a décadas anteriores, llegando hasta valores de 4.8 por cada 100.000. Sin embargo este problema se torna realmente preocupante en el siglo XXI, ya que las tasas entre los años 2005-2010 han aumentado a un valor promedio de 6.4 por cada 100.000. En Azuay la tendencia al aumento permanece, constituyendo la tercera provincia con más suicidios, después de Pichincha y Guayas. Entre los años 2008-2010, ha habido aproximadamente una media de 92 muertes al año debido a esta causa, de los cuales cerca al 75% corresponden a personas del sexo masculino. Desafortunadamente no existen datos propios de Cuenca registrados en el INEC, pero según la revisión del Dr. Ismael Morocho, realizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2007, la predisposición es la misma, el promedio para ese año es de casi 17 casos mensuales en comparación con los años anteriores, en el que el promedio por mes era de 15,9 intentos.

Si bien según la bibliografía revisada, determina que el suicidio es un proceso multifactorial, coinciden todos de que el principal predictor es la comorbilidad de afecciones psiquiátricas, sean trastornos del estado de ánimo, personalidad, abuso de sustancias o trastornos psicóticos, entre los más importantes. La presente investigación quiere determinar si las cifras sobre suicidio en pacientes psiquiátricos, que están ocurriendo en el mundo, se repiten en nuestra ciudad, además de determinar el perfil del paciente. El resultado final, nos servirá para determinar el porcentaje de pacientes con afecciones psiquiátricas que han tenido ideas suicidas, y así generar en las autoridades de los servicios de salud, el interés para que se establezcan los programas pertinentes de intervención orientados al manejo preventivo del suicidio.



## CAPITULO II

### 2. MARCO TEORICO

#### 2.1 EL SUICIDIO:

##### 2.1.1 Concepto

Según la OMS el termino suicidio deriva del latín sui (sí mismo) y cidium (muerte, del verbo coedere-matar), y significa “darse a sí mismo la muerte”. (1)

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión auto-infligida informada como intencional”

(2)

##### 2.1.2 Espectro suicida:

El intento de suicidio puede presentarse intempestivamente, o puede progresar por una serie de etapas; así se dice que 8 de cada 10 personas han anunciado a alguien de manera directa o indirecta la posibilidad de tomar esa decisión: (3)

- El deseo de morir, que aparece ante la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir
- La representación suicida o la imaginación de suicidio del sujeto
- Las ideas suicidas, que son pensamientos de terminar con la propia existencia, las que se pueden clasificar en transitorias y permanentes, y sin un método específico, con un método inespecífico, con método específico pero no planificado y con un método específico y planificado (idea suicida planificada)
- La amenaza suicida: insinuación o afirmación verbal de sus intenciones hacia personas estrechamente vinculadas al sujeto
- El gesto suicida: es la señal de realizar un acto suicida
- El intento de suicidio: acto deliberadamente realizado sin resultado de muerte (4,5)



### 2.1.3 Epidemiología del suicidio

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas <sup>(3)</sup>.

De acuerdo a la OMS se estima que aproximadamente un millón de personas probablemente cometieron suicidio durante el año 2000, además se encuentra dentro de las primeras diez causas de muerte en cada país, y es una de las tres causas principales de muerte en el grupo de personas comprendidas entre los 15 a 34 años de edad <sup>(6)</sup>. Según los datos de la OMS, en el reporte de Ginebra (2002), denotan que el intento de suicidio en la población en general mayor a 15 años, tiene una prevalencia de 3 al 5%. <sup>(24)</sup>

Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones, según OMS. <sup>(3)</sup>

### 2.1.4 Suicidio en el Ecuador y Cuenca:

Según la OMS, nuestro país se ubica en el puesto 70 del ranking mundial de suicidio, de acuerdo a los datos recogidos por la institución en el año 2006. <sup>(7)</sup>

A comienzos del siglo XXI aumentan las tasas de suicidio en el Ecuador, registrándose tasas de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el año 2004 cifra que se sitúa muy por debajo de la tasa de la región europea; sin embargo, estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2005 y 6.7 para el 2006. Pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los suicidios en las últimas tres décadas. <sup>(1)</sup>

El suicidio se manifiesta más en áreas urbanas, en la última década se han concentrado más del 68% del total de los suicidios nacionales; mientras que en las áreas rurales fue de aproximadamente del 30%. En el año 2007 se calculó que cuatro de cada cien mil personas intentan suicidarse en Cuenca, datos tomados del Hospital Vicente Corral Moscoso, estimando la población de ese



año de 420 mil habitantes, el promedio debería ser de casi 17 casos mensuales en comparación con los años anteriores, en el que el promedio por mes era de 15,9 intentos.

Sin embargo estos datos solamente se refieren a las personas con intento de suicidio que llegan al hospital, la mayoría en estado crítico, y que constituye solo la tercera parte mientras que otros no se registran porque están en varias casas de salud (públicas y privadas) y otros terceros no quieren aparecer.

**2.1.5 Etiología del suicidio.** El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. Existen algunas explicaciones que pudieran advertir la conducta suicida, tales como los factores neurobiológicos, genéticos, psicológicos y sociales. (8,9)

✚ **El modelo diátesis-estrés:** En un trabajo reciente CARBALLO y colaboradores complementan y enriquecen el modelo al agregar los endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos que están relacionados con la expresión de la vulnerabilidad a la conducta suicida, generada a su vez, por factores genéticos o por antecedentes individuales como el abuso sexual o físico durante la infancia. Los endofenotipos clínicos comprenden dimensiones como impulsividad, neuroticismo o desesperanza; los neuroquímicos se refiere a los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) y los neuroendocrinos se relacionan con la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA). (10)

✚ **Neurobiología del suicidio:** Existe evidencia respecto al rol que cumplen tres sistemas en la fisiopatología de la conducta suicida:

1. Disfunción del sistema serotoninérgico.
2. Hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal. (9,10)
3. Actividad excesiva del sistema noradrenérgico(8,9)

### ✚ Factores genéticos.

Un estudio realizado en la Universidad Johns Hopkins encontró semejanzas en una zona específica del cromosoma 2 en los genomas de personas con trastorno bipolar y sus familiares, que habían manifestado intentos de suicidio. Se han realizado numerosos estudios con familiares cercanos, niños en adopción y gemelos idénticos, los que sugieren que los factores genéticos probablemente desempeñan un papel en la determinación del riesgo de suicidio; pero hasta la actualidad no se dispone de datos que permitan sacar conclusiones definitivas al respecto. <sup>(8)</sup>

### ✚ Factores psicológicos y sociales.

A partir de los postulados de Freud existen diversas explicaciones **psicoanalíticas** para la conducta suicida. Sin embargo actualmente los psicoanalistas trabajan principalmente con las fantasías de muerte. La tendencia psicológica representada por Freud ve al suicidio como expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado y define al suicida como aquel en el que “la pulsión de vivir”, pulsión extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo, por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal, empuja a la acción suicida. <sup>(11)</sup>

Desde la **sociología** se han hecho contribuciones para comprender este fenómeno como los primeros estudios sistemáticos efectuados por E. Durkheim en 1897 quien propuso cuatro tipos de suicidio, según la relación del individuo con el grupo social. <sup>(8)</sup> Así, existen cuatro tipos de suicidio, a saber: egoísta, altruista, anónimo y fatalista.

#### 2.1.6 Factores de riesgo

Se puede plantear una clasificación así: factores sociodemográficos, psiquiátricos, médicos, etiológicos y otros.

#### ♣ Factores sociodemográficos. Entre ellos tenemos:

- Sexo. En la mayoría de países, los hombres cometen más suicidio que las mujeres, sin embargo los datos de la OMS, demuestran que las mujeres tienen mayor tentativa de suicidio <sup>(24,25)</sup>. Así lo demuestra el

- estudio de Hernández (2005) en la Nueva Paz- Cuba, en el que se observa un 72.50% del sexo femenino y un 27.50% del sexo masculino, representando una proporción aproximada de 3:1; datos similares a los encontrados por otros autores que plantean el predominio femenino en proporciones análogas a las encontradas en este estudio. <sup>(26)</sup>
- Edad. Según los datos de la OMS los grupos de jóvenes (15-34 años) están en mayor riesgo de suicidio, seguidos de los adultos mayores (sobre los 65 años)<sup>(8,24)</sup>. Datos revisados en países latinoamericanos como Colombia, demuestran que mayor número de suicidios se presentó en el grupo de 18-24 años (21,6%), seguido por el grupo de 25-34 años (19,5%) y el de 35-44 años. Este hecho señala que la edad promedio de los hombres suicidas fue de 36,2 años y la de las mujeres de 28,3 años, cifras muy similares a las observadas en el análisis que hizo el mismo Instituto <sup>(25)</sup>
  - Estado civil: Durkheim ya en 1897 destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Estudios posteriores de la WHO/EURO en 1999, observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros, divorciados y viudos. Sin embargo en estudios realizados en Latinoamérica, como el estudio de Quintanilla (2003), realizado en Guadalajara de los 167 pacientes con tentativa de suicidio, el mayor porcentaje de pacientes son los solteros con el 55%, seguidos del 21% de casados y el 11% de pacientes en unión libre; y los viudos y divorciados se encontraban en porcentajes muy bajos. <sup>(28)</sup>
  - Instrucción académica: según los estudios revisados se observó una mayor cantidad de suicidio en sujetos con un nivel de escolaridad media o secundaria. Así lo demuestra un estudio en Cuba (2005), en el que se evidenció que de los 319 casos estudiados, predominó el nivel escolar medio, con 123 casos, lo que representa el 27.95 %, seguidos del nivel primario con 85 casos <sup>(26)</sup>. Similares tendencias se muestran en otro



estudio del mismo país, Méndez et. al. observa que en cuanto al comportamiento de la escolaridad en los casos estudiados se destacan la enseñanza secundaria (43.4%) y la primaria (36.7%) como las más frecuentes. (27)

- Ocupación. Los suicidios son más frecuentes en los desempleados y en los jubilados pero algunos grupos ocupacionales tales como cirujanos, veterinarios, farmacéutas, odontólogos, granjeros y estudiantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación clara para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser considerados como causas precipitantes del suicidio.(11)
  - Residencia. En algunos países el suicidio es más frecuente en áreas urbanas, mientras que en otros es más frecuente en áreas rurales. En estudios en países latinoamericanos, como en Colombia, de acuerdo con el estudio de González (2006) el mayor número de suicidas vive en áreas urbanas (66,01%), tendencia que es igual para hombres y mujeres. (8,25)
  - Otros. Ciertos factores sociales como problemas legales, la disponibilidad de medios para cometer suicidio, aislamiento social, migración y los eventos estresantes de la vida juegan un rol significativo en el incremento del riesgo (8)
- ♣ **Factores psiquiátricos.** Se ha demostrado que cerca el 90% de los suicidios en todos los grupos de edad, están asociados a enfermedades psiquiátricas. Las más frecuentemente observadas son:
- Trastornos depresivos
  - Dependencia y abuso de sustancias
  - Trastornos psicóticos
  - Trastornos de la personalidad. Dentro de estos, los que con mayor regularidad se presentan son los trastornos fronterizos, paranoides, histriónicos y narcisistas, que presentan baja tolerancia a la frustración





- Trastornos de ansiedad (8,12,13)
- ♣ **Factores médicos.** Las patologías médicas se asocian con 35-40% de los suicidios consumados. Entre ellos tenemos:
  - Enfermedades neurológicas
  - Neoplasias.
  - VIH/ SIDA.
  - Otras. (6,8)
- ♣ **Factores familiares.** Los factores más frecuentemente encontrados son:
  - Antecedentes de suicidio en la familia
  - Historia familiar de enfermedad psiquiátrica
  - Muerte precoz de los padres u otras pérdidas personales
  - Maltrato físico y emocional
  - Abuso sexual
  - Cambios frecuentes de domicilio
- ♣ **Otros factores.** Se pueden incluir también otros factores tales como:
  - Tendencia suicida anterior
  - Sentimiento de desesperanza
  - Problemas de orientación sexual
  - Poca capacidad para enfrentar problemas
  - Exposición al suicidio de otras personas
  - Acceso a medios para hacerse daño (Ejemplo poseer un arma de fuego)
  - Acontecimientos destructivos y violentos (8, 12,13)



### 2.1.7 Métodos de suicidio

Hace referencia a las diferentes formas o medios utilizados para producir la extinción de la propia vida. Estos varían ampliamente dependiendo de su disponibilidad, de las experiencias, circunstancias, de la edad, sexo y de la cultura de cada pueblo. Entre ellos, los más comunes en nuestra ciudad según informe en el 2007, son el ahorcamiento, cortándose las venas, ingiriendo fósforo blanco, líquidos limpiadores de piso, cloro, entre otras sustancias. <sup>(18)</sup>

De las diferentes investigaciones sobre el suicidio, la gran mayoría averigua cual es el método utilizado, como el estudio realizado por Rubio, et. al, en 100 pacientes cuyo motivo consulta fue intento de suicidio, realizadas al Hospital Alvear, utilizando criterios del DSM IV para el diagnóstico, se encontró que en cuanto a la violencia existente en el intento, el 66% empleó métodos no violentos. (44% lo realizó con psicofarmacos y el 22% con arma blanca con las que se produjeron heridas superficiales). El 34% restante empleó métodos violentos. De los cuales 12 pacientes intentaron arrojarse al vacío, 9 intento de ahorcamiento, 5 utilizaron armas de fuego, 5 se intoxicaron, 2 intentaron electrocutarse y 1 se inyectó la sustancia acetona. <sup>(13)</sup>

Por su lado la OMS, emitió un boletín en el que se informó que hay un aumento del uso de plaguicidas y armas de fuego, mientras que hay un retroceso de los métodos tradicionales, como el ahorcamiento y el salto al vacío. El mismo boletín observó que el envenenamiento por plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos y el salto al vacío en ciudades y sociedades urbanas como la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China. <sup>(11)</sup>

Además como se mencionó anteriormente existe variación en cuanto a los métodos utilizados según la edad y sexo; por ejemplo en niños se determinó que los métodos más frecuentemente utilizados son las intoxicación por ingestión de venenos, uso de fuego, ahorcamiento, corte de vasos sanguíneos



(19) , así mismo en el estudio de Rubio se expusieron las diferencia entre sexo; mientras en las mujeres predominaron los métodos no violentos, como psicofármacos y heridas superficiales, en los hombres predominaron tanto los métodos no violentos como violentos como psicofármacos, heridas con arma blanca, arrojarse al vacío, ahorcamiento, arma de fuego (13).

### **2.1.7.1. Métodos utilizados en el Ecuador**

De acuerdo a los datos recopilados por el OMS, en la ciudad de Quito los métodos más utilizados en casos de suicidio son: el ahorcamiento con cinturones y sogas (empleado especialmente por jóvenes y adultos entre 19-30 años); las armas de fuego (usadas en menor cantidad principalmente por adultos jóvenes y maduros al tener mayor acceso a las mismas); y, la intoxicación (raticidas, herbicidas, alcohol)

Según un reportaje realizado por el Diario Hoy (2006), el método más utilizado durante la época de navidad y año es la intoxicación con fósforo blanco (diablillos), dado que es un elemento de bajo costo, venta libre y amplia oferta.(18)

Adicionalmente, si bien el alcohol y las drogas no provocan directamente este acto, sí inciden en el de las personas que se autoinflinjen, ya sea deprimiendo las funciones mentales superiores como aflorando estados emocionales reprimidos, lo cual acelera el impulso y los deseos suicidas. (1)

## **2.2 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y EL SUICIDIO:**

La presencia de un trastorno mental es probablemente el mayor factor de riesgo para el suicidio que incrementan el comportamiento suicida, agregan sufrimiento al enfermo y limitan, aún más, su calidad de vida. Dicha asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos, siendo mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico (21)



El diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos mentales puede disminuir el riesgo de suicidio pero se trata de un objetivo difícil de lograr por las dificultades para el diagnóstico de algunas entidades clínicas, como el trastorno afectivo bipolar o los trastornos de personalidad, por la resistencia de la familia a aceptar que su allegado presenta un trastorno mental o por la escasa adherencia del enfermo al tratamiento. Además, la discriminación social que se hace de los enfermos y de los trastornos mentales contribuye a desalentar la consulta, a evitar el tratamiento farmacológico, a intentar otras estrategias terapéuticas y, lo que es más grave, a la cronicidad de la patología mental y con ella a un mayor número de intentos de suicidio y a una cifra mayor de desenlaces fatales. (14)

Una gran cantidad de pacientes que intentan suicidarse presentan una alta prevalencia de desórdenes mentales, aproximadamente del 80-100% en casos de suicidio consumado (11). Es así que el estudio realizado por Rubio, et. al, en pacientes cuyo motivo consulta fue intento de suicidio, realizadas al Hospital Alvear en Argentina 2006, utilizando criterios del DSM IV para el diagnóstico, demuestran que del total de 100 pacientes evaluados encontraron que en el eje I presentaron trastorno depresivo mayor 63 (52 de ellos recurrente y 11 con episodio único, de los cuales 4 fueron con síntomas psicóticos), esquizofrenia se diagnosticó en 13 pacientes, trastorno bipolar en 6, trastorno adaptativo con síntomas depresivos 4, distimia en 3 pacientes, trastorno delirante en 3, demencia 2 pacientes, trastorno inducido por consumo de cocaína en 2 pacientes, los diagnósticos de trastorno derivado de enfermedad médica, trastorno desintegrativo infantil, debilidad mental leve y trastorno del control de impulsos con un caso cada uno completan el estudio. Al agruparlos encontramos que el 72% presentó trastornos del estado de ánimo y el 16% trastornos psicóticos. El diagnóstico en el eje II se pudo realizar en 41 pacientes, de estos 32 fueron trastornos límites de la personalidad, 4 trastornos histriónicos, 3 trastorno de personalidad por dependencia, 1 trastorno antisocial y 1 trastorno obsesivo de la personalidad. Solo el 30% planificó el intento de suicidio (13)



La OMS, ratifica los resultados encontrados por Rubio, ya que esta institución en el año 2006, reportaron los resultados de 2 metaanálisis (Harris and Barraclough), en los cuales se determinó que hay un aumento de la mortalidad de manera natural y por suicidio, tras el padecimiento de un trastorno mental. Ellos aseveran que de los 44 trastornos mentales considerados en esa época, 36 son causantes de este aumento de mortalidad, a excepción de retraso mental, demencia y agorafobia. También se publicó un metaanálisis por Arsenault-Lapierre, Kim, and Turecki en 2004 demostrando que el 87.3% de 3,275 víctimas del suicidio habían sido diagnosticadas de desórdenes mentales. (13)

Algo que comúnmente se encuentra en las personas que cometen suicidio es la presencia de más de un desorden. Los trastornos que comúnmente ocurren juntos son alcoholismo y trastornos del estado del ánimo, así como también trastorno de la personalidad junto con otro desorden psiquiátrico (11)

### **2.2.1. Factores asociados a suicidio que influyen sobre un paciente psiquiátrico**

El suicidio es ahora entendido como un desorden multidimensional (11). El comportamiento suicida se origina por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores, a saber: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados. (14)

En un estudio de Rodríguez, et. al, realizado en Argentina acerca de suicidios consumados por pacientes psiquiátricos (todos los casos estudiados consistieron en pacientes con una enfermedad psiquiátrica severa, entre ellos la depresión, psicosis y ambas.), en los que se planteó las siguientes hipótesis:

- El suicidio es una acción multideterminada por diversos factores intervinientes que al conjugarse se potencian



- Si hay aumento del riesgo suicida depende en parte de la ausencia o la falta de apoyo emocional de los familiares del paciente.

Los resultados de la investigación realizada confirman la hipótesis planteada al comienzo: no existe un único factor desencadenante de un suicidio, sino que éste se da como producto de la combinación de diversas variables que se potencializan en un determinado momento de la vida de un paciente. Entre ellas tenemos:

- La presencia de tentativas previas, fantasías de suicidio o muerte y amenazas es una de las variables de mayor peso.
- La heteroagresividad demostró ser una característica tan marcada como cualquier elemento depresivo. Se observan conductas violentas, dirigidas principalmente hacia algún miembro de la familia.
- Antecedentes que un tercio de estos pacientes proceden de familias con un ambiente de violencia familiar o conductas violentas.
- La presencia de afectación del lóbulo temporal, estructural o funcional (foco temporal), parece potenciar el riesgo suicida, tal vez por el descontrol de la agresividad o al empeorar la sintomatología psicótica.

En cuanto a la segunda hipótesis, los familiares muestran escasa empatía con el paciente, poca comprensión, conciencia de la situación de peligro (como dejar solo al paciente cuando hay indicación de custodia permanente) y serias dificultades para contenerlo emocionalmente. <sup>(13)</sup>

### **2.2.2 Trastornos afectivos:**

Según una revisión de Budapest (Hungría) se incluyen los siguientes trastornos:

- Episodio Depresivo Mayor: Se señala que los intentos de suicidio considerados como graves son más frecuentes en los pacientes con trastorno depresivo mayor, además en la mayoría de los casos se acompaña de comportamientos impulsivos y agresivos <sup>(15)</sup>. El trastorno depresivo mayor es el que más se relaciona con el suicidio y en el meta-

análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12. El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción. Clásicamente, por los trabajos de Guze y Robins, y Goodwin y Jamison, se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban, sin embargo, investigaciones actuales han demostrado que la cifra ha disminuido aunque no existe consenso para aceptar un nuevo porcentaje <sup>(21)</sup>. En Colombia, Gómez y colaboradores, realizaron un trabajo en el 2002 en el que del 49,2% de los individuos que presentaron puntuaciones para depresión grave, habían realizado al menos un intento de suicidio en la vida y el 16,7% lo habían realizado en el último año <sup>(14)</sup>. Estos pacientes son aquellos que suelen planear su muerte, generalmente en cierto secreto y el cuidado que ponen en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte, además explicita su idea autodestructiva <sup>(22)</sup>

- Trastornos Maniaco-depresivos: Los pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el suicidio, por tratarse de una patología crónica y progresiva. Se estima que 10-15% de los pacientes que padecen este trastorno cometen suicidio y que entre el 25-50% realizan una tentativa de suicidio. <sup>(11,15)</sup>

Según estudios prospectivos y retrospectivos claramente respaldados por evidencia clínica observada, demuestran que los pacientes con trastornos del estado de ánimo y que intentan suicidarse, se tratan en su mayoría de Trastorno depresivo mayor (78-79%), y menos frecuentemente trastornos maniacos (11-20%) <sup>(16)</sup>

### **2.2.3 Trastornos psicóticos.**

Entre la representante de los trastornos psicóticos esta la esquizofrenia, en la cual existe riesgo de suicidio a lo largo de todo el curso de la enfermedad. <sup>(11)</sup>



El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Comparados con la población general, Harris y Barraclough calculan que el riesgo de suicidio en la esquizofrenia es 8.5 veces mayor, índice que se incrementa en los pacientes hospitalizados. <sup>(15)</sup>

### **2.2.3.1 Esquizofrenia**

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Se estima que el 20-50% de los pacientes con esquizofrenia intentan suicidarse, tasa que es similar a la observada en los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en la población general <sup>(14)</sup>. Lo importante es que el 10% logra suicidarse y con frecuencia eligen métodos violentos para hacerlo. <sup>(21)</sup>

La mayoría de los suicidios ocurren en los primeros años de la enfermedad, en el período posterior a una hospitalización o durante un episodio de depresión post-psicosis.

Algunas son las características de un paciente esquizofrénico señaladas como altos niveles de fragmentación social, privación económica y ruptura familiar que determinan mayor riesgo de cometer suicidio. <sup>(14)</sup>

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolepticos; estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. Sin embargo, otros estudios como el de Jonhsonet. al. Muestran que la utilización de anti-psicóticos atípicos, determina la presencia de menos efectos secundarios y esto demuestran que pueden reducir el riesgo de suicidio <sup>(21)</sup>

### **2.2.4 Trastornos por consumo de sustancias.**

El riesgo para presentar la conducta suicida en la población con tal padecimiento se ha calculado en 2.6 veces el de los sujetos que no lo tienen, incluso al controlar de forma estadística por los trastornos psiquiátricos comórbidos. Entre las sustancias cuyo uso se reporta con mayor frecuencia en los individuos con conducta suicida figuran el alcohol, cannabis, sedantes,





estimulantes y opioides, aunque se ha considerado que no es el tipo de sustancias consumidas sino el número de ellas lo que incrementa el riesgo de suicidio. (17)

#### **2.2.4.1. Alcoholismo.**

El abuso y dependencia de alcohol es un hallazgo frecuente en las personas que han cometido suicidio especialmente en personas jóvenes. Hay explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la relación entre suicidio y alcoholismo. (11) El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan el suicidio están intoxicados en el momento de hacerlo. Puesto que el alcoholismo por sí mismo, particularmente si hay ingestión exagerada de forma aguda, causa a menudo sentimientos profundos de remordimiento en los periodos entre una ingestión y otra, los alcohólicos son particularmente propensos al suicidio incluso cuando están sobrios. (22)

#### **2.2.5 Trastornos de la personalidad**

Estudios recientes en jóvenes que cometieron suicidio han mostrado una alta prevalencia (20-50%) de desórdenes de la personalidad. Los más frecuentemente asociados son la personalidad limítrofe y la antisocial. También están asociados las personalidades histriónicas y narcisistas y ciertos rasgos psicológicos como impulsividad y agresión. (6) Algunos estudios señalan como rasgos de personalidad predominantes en los suicidas: agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo. (1)

#### **2.2.6 Otros trastornos**

*Trastornos de ansiedad.* Entre estos el más frecuentemente asociado a suicidio es la fobia, seguido del trastorno obsesivo – compulsivo (TOC). Los *trastornos somatomorfos y de la alimentación* (anorexia y bulimia), también están relacionados con el comportamiento suicida. (18)



## 2.3 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN EN LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Dentro de los servicios de atención primaria el papel en la identificación precoz de comportamientos suicidas es clave, sobre todo en ciertas enfermedades psiquiátricas en la que la probabilidad de suicidio es mayor. Tanto la enfermedad somática como la mental son factores relacionados con los comportamientos suicidas. (12)

Ante esto se ha planteado que la ayuda prestada en un momento de crisis, denominada primera ayuda psicológica, debe constar de las siguientes etapas:

1. Establecer contacto
2. Conocer la dimensión del problema
3. Plantear las posibles soluciones
4. Tomar una medida concreta, se debe ser directo, y confrontar el problema
5. El médico debe dar seguimiento. (20)

### 2.3.1 Signos de alarma

Existe un infinidad se puede decir que cualquier cambio en las funciones vitales de una persona, en medio de los factores de riesgo mencionados como signos de alarma, se puede hablar signos de un suicidio, perfil de un suicida o síndrome presuicidal, que consta de los diferentes signos:

1. Retraimiento, con urgencia por estar solo o aislamiento
2. Mal humor
3. Cambios de personalidad
4. Amenaza de suicidio
5. Entrega de las pertenencias más preciadas a otros (5)

### 2.3.2 Evaluación de la gravedad del riesgo suicida

Además el médico debe evaluar cuál es la gravedad del riesgo suicida, por lo que a continuación enlistamos los predictores de suicidalidad:

- Si la persona presenta trastornos mentales, enfermedad depresiva, alcoholismo o abuso / dependencia de otras sustancias psicoactivas, entre otros trastornos mentales.
- Si hubo ideación suicida, verbalizaciones suicidas, planificación del acto o antecedentes personales de tentativa suicida, y en caso de este último, hay que averiguar que método letal utilizó.
- Revisar si el paciente es aislado socialmente, presenta sentimientos de desesperanza, historia familiar de suicidio (relación con herencia genética), cual es la situación económica y laboral, hay problemas maritales, estrés o acontecimientos vitales y por último determinar factores socio-demográficos pues según las estadísticas hay mayor riesgo si el paciente es varón y adulto.
- Es importante verificar si hay repetición y comorbilidad de los factores mencionados. (4)

### 2.3.3 ¿Qué tratamiento debe elegir el médico general?

La elección del tratamiento depende de la impresión que obtenga:

- ❖ En el caso de un gesto suicida sin intencionalidad de muerte, se puede enviar al paciente a casa con estrictas medidas de supervisión familiar y tratamiento psiquiátrico ambulatorio.
- ❖ En el caso de un intento suicida estabilizar al paciente y mantenerlo en un hospital general hasta que esté totalmente fuera de peligro; para ser trasladado a una unidad psiquiátrica para evaluación, diagnóstico y tratamiento específico.(8)

Si un paciente autodestructivo rehúsa discutir o niega sus pensamientos suicidas, el interrogatorio se extenderá a sus familiares.



### 2.3.4 Evaluación de la necesidad de internamiento

En la evaluación psiquiátrica a fin de llegar a un diagnóstico en caso de no poder ser evaluado, se debe permanecer en observación. Una vez que se determina que un paciente es suicida potencial, debe ser internado.

### 2.3.5 Abordaje inicial

No necesariamente tiene que ser un profesional de salud mental el que primero aborde una persona con intento de suicidio. Se puede ofrecer el apoyo con permitir cercanía, escucha empática, etc., que puede ser suficiente para evitar la conducta suicida.

Algunas estrategias básicas, son:

1. Tratarlo con respeto
2. Tomarlo en serio
3. Creer lo que nos manifiesta
4. Escucharlo con genuino interés
5. Permitir expresar sus sentimientos
6. Preguntar sobre ideas suicidas<sup>(5,7)</sup>

**2.3.6 Psicoterapia de apoyo:** se realizan la “primera ayuda psicológica” que consta de las siguientes etapas:

- Primera etapa: establecimiento de contacto
- Segunda etapa: conocer la dimensión del problema
- Tercera etapa: búsqueda de posibles soluciones
- Cuarta etapa: trabajar con la acción concreta
- Quinta etapa: realizar un seguimiento
- Algo de superada la crisis: evaluar medicación antidepresiva o la que corresponda, conjuntamente con psicoterapia.



### 2.3.7 Tratamiento del sobreviviente

También necesita ayuda los familiares o sobrevivientes del paciente, para afrontar algunas reacciones, tales como: negación, rabia, regateo, depresión, aceptación, (horror, miedo, culpabilidad en problemas somáticos y emociones encontradas, la estigmatización)

### 2.3.8 Prevención

Las estrategias para prevenir el comportamiento suicida, debe realizarse multi, inter y trans-disciplinariamente entre los diversos actores sociales.

La OMS 2003 recomienda:

1. Tratamiento de la enfermedad mental
2. Control de la posesión de armas de fuego
3. Destoxificación de gas doméstico
4. Destoxificación de los gases de vehículos de motor
5. Control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas
6. Disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo <sup>(5)</sup>

## 2.4 ESCALA DE BECK:

Es una escala elaborada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Dicha escala evalúa las características de la tentativa de suicidio: Circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.); actitud hacia la vida y la muerte; pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio.

La escala debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi – estructurada, consta de 15 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15. Hay dos formas de aplicar la



escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

Según estos autores puntuaciones inferiores a 7, indicarían una tentativa de suicidio de bajo riesgo, puntuaciones de 8-14 indicarían riesgo moderado, mientras que puntuaciones por encima de 15 serían sugestivas de riesgo alto (21). (Ver Anexo N°2)



## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS

**3.1 OBJETIVO GENERAL:** Determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1 Determinar la frecuencia de intento de suicidio en los pacientes ingresados en el Centro de Reposo y Adicciones.

3.2.2 Determinar las características socio-demográficas de los pacientes psiquiátricos con intento de suicidio

3.2.3 Identificar el método utilizado en la tentativa de suicidio

3.2.4 Identificar la gravedad del intento suicida

3.2.5 Determinar el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con intento de suicidio



## **CAPITULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Nuestra investigación es de tipo cuantitativo descriptivo, para determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el centro de reposo y adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012

#### **4.2. ÁREA DE ESTUDIO:**

- País: Ecuador
- Provincia: Azuay
- Cantón: Cuenca
- Zona: Urbana
- Parroquia: El Paraíso

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) ubicado en Av. 10 de Agosto y Av. El Paraíso.

#### **4.3 UNIVERSO Y MUESTRA:**

La presente investigación, tuvo como muestra al grupo de pacientes ingresados en el CRA en el área de psiquiatría y adicciones, tanto residentes como los nuevos ingresos durante el periodo Marzo- Julio 2012, con un total de 214 pacientes.

#### **4.4 VARIABLES:**

Las variables que se evaluaron fueron: edad, sexo, residencia, instrucción, estado civil, ocupación, diagnóstico psiquiátrico, gravedad y método suicida.





La operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo 0 1

#### **4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

1. Se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de los datos.
2. El instrumento utilizado fue un formulario previamente diseñado y un test sobre la tentativa de suicidio de Beck. Ver anexo N° 2. Además de la utilización de la ficha médica para confirmar los diagnósticos psiquiátricos.

#### **4.6 PROCEDIMIENTOS**

**4.6.1 Autorización.** Se solicitó la respectiva autorización al Director del Centro de Reposo y Adicciones, Dr. Saúl Pacurucu Castillo, con el fin de que se nos permita desarrollar la investigación (ver anexo N°3).

**4.6.2 Capacitación:** con revisión bibliográfica, ayuda de director y asesor de tesis.

**4.6.3 Supervisión:** La investigación fue supervisada por el director de la tesis Dr. Saúl Pacurucu Castillo.

La información se recolectó mediante la aplicación de encuestas semanales a través del formulario de recolección de datos y la Escala de tentativa de suicidio de Beck.

#### **4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

- Se utilizó el programa Microsoft Excel para elaborar la base de datos a través de la cual se analizaron los datos obteniendo las frecuencias de cada variable y las frecuencias de la asociación de algunas variables

con sus respectivos gráficos de barras, pastel, histogramas, polígono de frecuencias; según las variables analizadas

- Medidas estadísticas: se utilizó principalmente medidas de frecuencia relativa como tasas, porcentaje; y medidas de tendencia central como medias; y finalmente medidas de dispersión como el desvío estándar para las variables continuas a través del programa Epi-Info

#### **4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación se realizó después de que los pacientes autorizaron su participación a través de la firma de un documento en donde se detallaron todos los pormenores. Este documento fue el consentimiento informado; el mismo que contuvo información sobre lo que se va a realizar y como se va a realizar, cuáles son los objetivos, los beneficios, el uso que se le dio a los resultados y se informa también que la investigación no conlleva riesgos; ya que el presente trabajo está basado en los principios de beneficencia, autonomía, derecho a la información y a la confidencialidad.

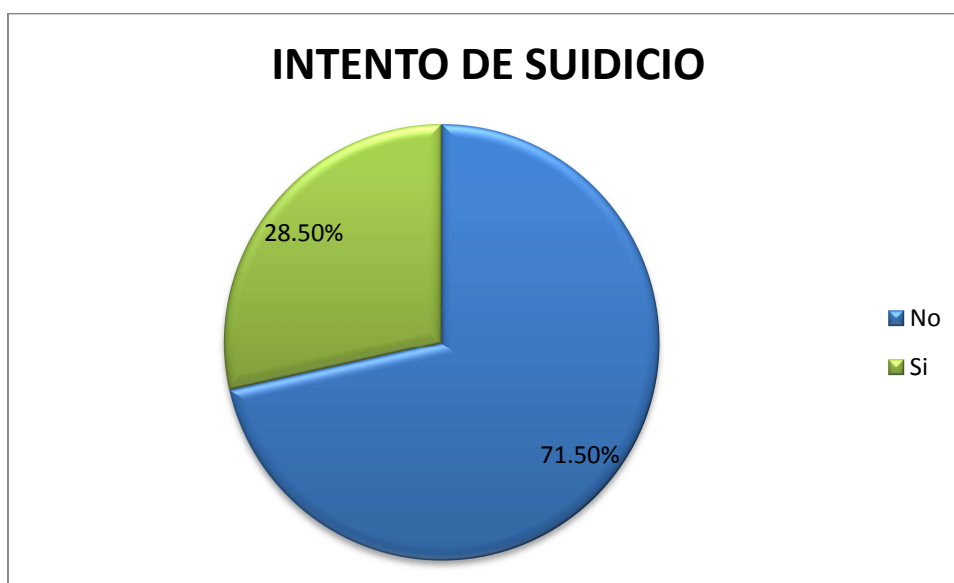
En el Centro de Reposo y Adicciones hubieron muchos pacientes menores de 18 años y con diferentes diagnósticos de trastornos mentales por lo que a más del consentimiento informado que fue firmado por una persona capaz y competente que fue el propio paciente y en algunos casos su representante; también se adjuntó un asentimiento informado que fue firmado por los pacientes que no son capaces ni competentes, pero en quienes debemos hacer respetar el principio de la autonomía y el derecho a ser informado. (Ver Anexos N°4 y 5).

## CAPITULO V

## 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

## GRAFICO N° 1

Prevalencia de intento de suicidio de los pacientes internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca, Marzo-Julio 2012



Fuente: Base de datos

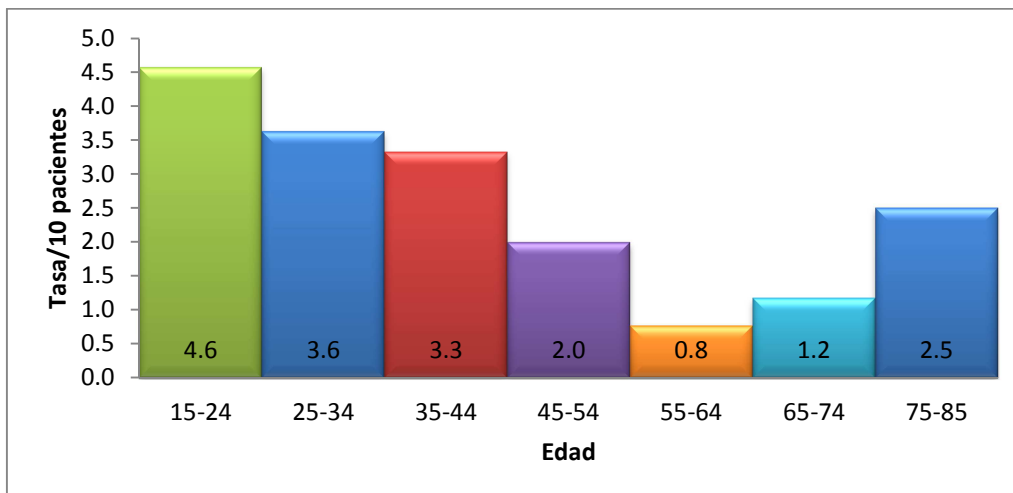
Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

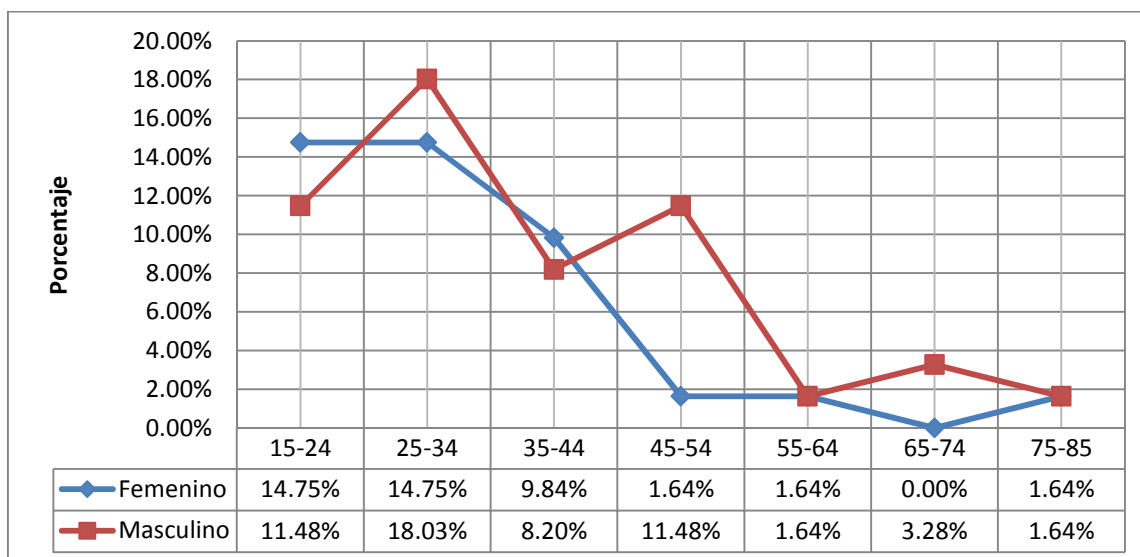
En el grafico se observa que un 28.5% del total de pacientes que participaron en el estudio (61 de 214 pacientes), presentaron intento de suicidio en algún momento de su vida. Comparados con los datos de la OMS se observa una tendencia mayor de intento de suicidio de los pacientes que padecen alguna enfermedad psiquiátrica con respecto a la población en general, la cual es del 3-5%.

**GRAFICO N° 2**

**Tasas de edad de pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA). Cuenca. Marzo-Julio 2012**


**GRAFICO N° 3**

**Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según edad y sexo. Cuenca. Marzo-Julio 2012**



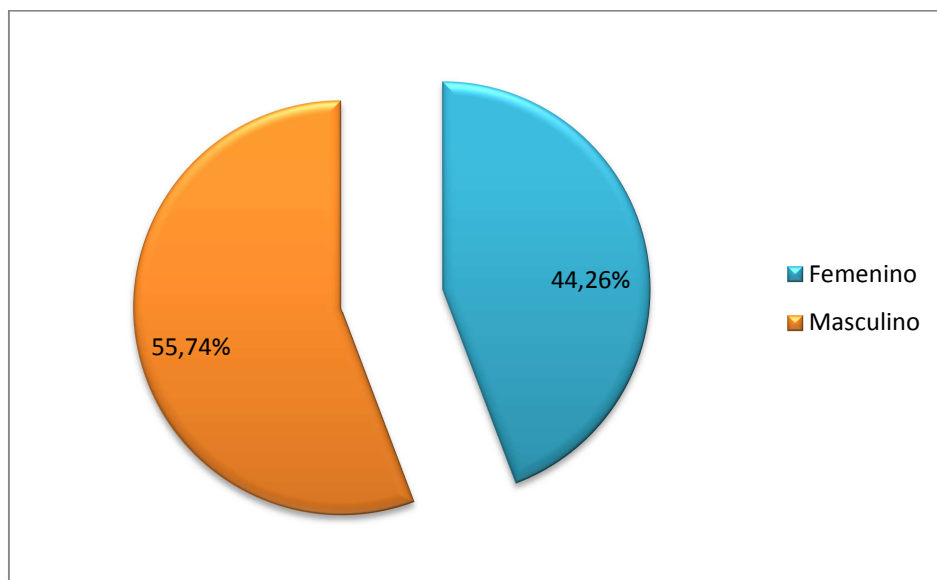
Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

La media de edad de los pacientes que se intentaron suicidar es de 32.63 años con un desvío estándar del 15.31. El Grafico N° 2 muestra que los pacientes comprendidos entre las edades de 15-24 años, son el grupo con mayor prevalencia de suicidio con una tasa de 5 intentos de suicidio por cada 10 pacientes internados, seguido cercanamente por el grupo comprendido entre 25-34 años. Comparados con los datos de la OMS las edades en las que más frecuentemente ocurre intento de suicidio está entre los 15 a 34 años, lo cual ocurre en nuestro estudio. El grafico N°3 nos muestra que la edad más frecuente entre los pacientes con intento de suicidio, es de 25-34 años para ambos sexos.

En los gráficos N° 2 y 3 se observa que la tentativa de suicidio se mantiene en niveles elevados en los grupos poblacionales más jóvenes, y que la tendencia disminuye conforme avanza la edad.

**GRAFICO N° 4****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según sexo. Cuenca. Marzo-Julio 2012**

Fuente: Base de datos

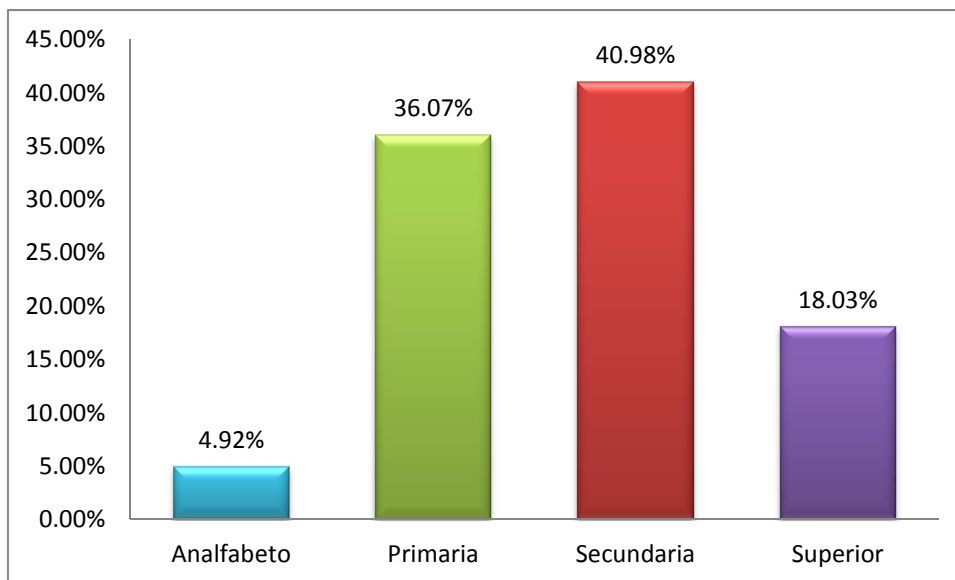
Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

El Grafico N° 4 nos muestra que 34 de los 61 pacientes con intento de suicidio son del sexo masculino lo que corresponde al 55.74 %, mientras que las pacientes del sexo femenino tienen un porcentaje del 44.26%. Estos datos exponen una tendencia diferente a la observada a nivel mundial, en los que las personas de sexo femenino tienen más tentativas de suicidio, mientras que los sujetos del sexo masculino tienden a suicidarse más, es decir que los hombres son los que más frecuentemente consuman este acto

**GRAFICO N° 5**

**Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según instrucción académica. Cuenca. Marzo-Julio 2012**

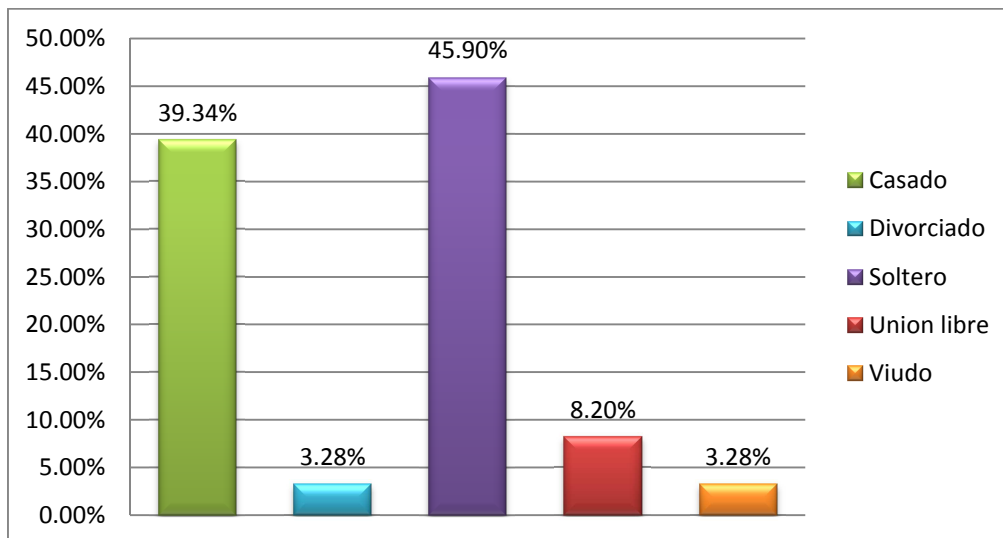


Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

El Grafico N°5 nos muestra que de los 61 pacientes internados en el CRA con intento de suicidio, 25 tienen un nivel de instrucción secundaria con un 40.98%, seguido de aquellos con instrucción primaria con un 36.07 %, y en menor porcentaje el nivel superior y analfabeto. Estas tendencias comparadas con las obtenidas en estudios a nivel mundial, demuestran que hay mayor intento de suicidio en aquellos con menor preparación académica (incluyen la primaria y secundaria), que aquellos con una instrucción superior; ya que una menor nivel de educación connota menores posibilidades de desarrollo socioeconómico, y mayor cantidad de factores de riesgo de autolisis.

**GRAFICO N° 6****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según estado civil. Cuenca. Marzo-Julio 2012**

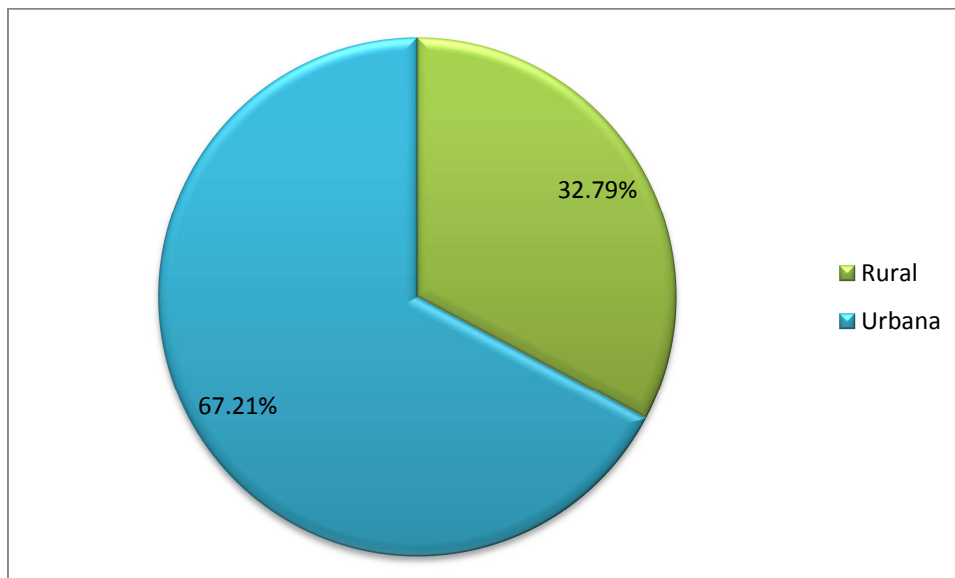
Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

El Grafico N°6 nos expone que hay una mayor prevalencia de pacientes con intento de suicidio internados en el CRA con estado civil soltero, con un porcentaje del 45.90%; seguido de aquellos que se encuentran casados con un 39.34 %, y con menor frecuencia aquellos que se encuentran en unión libre, divorciados, viudos. Si bien en nuestro medio las personas solteras tienen mayor prevalencia de intento de suicidio al igual que lo demuestran los datos de la OMS; no es así con los viudos y divorciados quienes deberían encontrarse en porcentaje altos, probablemente porque en nuestro área de estudio no hay mayor cantidad de estos sujetos. Y sin embargo los individuos casados, quienes se deberían encontrar en menor prevalencia como lo demuestran la WHO/EURO; difiere en nuestro medio en donde se observa que hay una prevalencia importante.



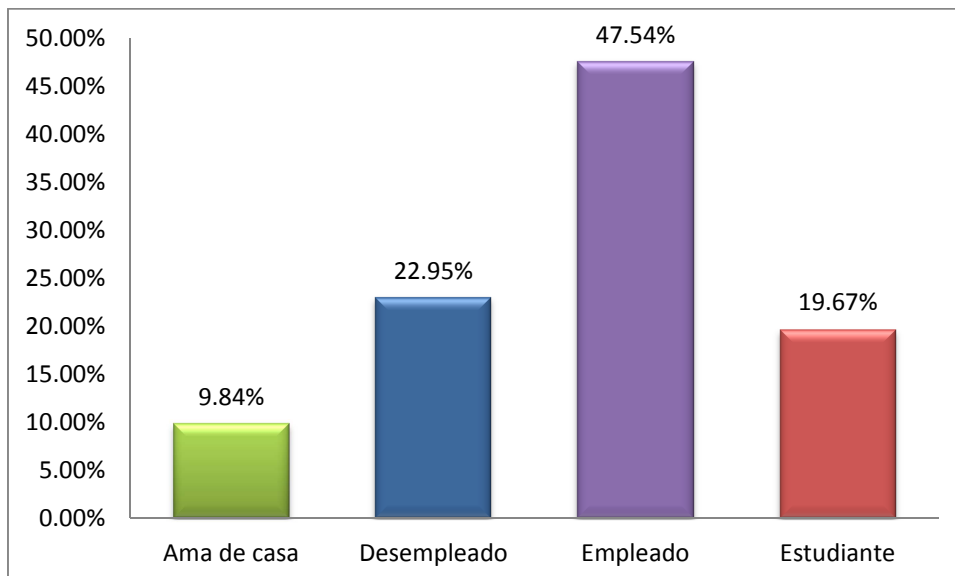
**GRAFICO N° 7****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según residencia, Cuenca, Marzo-Julio 2012**

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

Como se aprecia en este gráfico, vemos que hay un mayor porcentaje de pacientes con intento de suicidio que residen en el área urbana que corresponde al 67.21 %. Esto coincide con las tendencias a nivel nacional y mundial; pero también vale recalcar que la población que participa en este estudio en general tiene una residencia urbana

**GRAFICO N° 8****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según ocupación, Cuenca, Marzo-Julio 2012**

Fuente: Base de datos

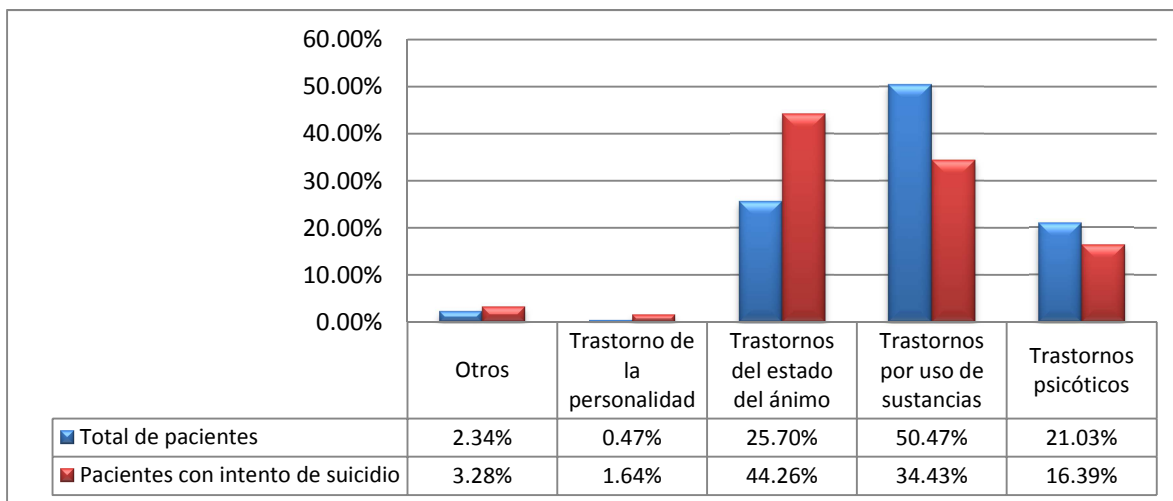
Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

Se puede apreciar que el mayor porcentaje de los pacientes con intento de suicidio que ingresan en el CRA tienen un empleo con un 47.54 %, seguido de un 22,95 % de pacientes desempleados, un 19.67 % de pacientes estudiantes y seguido muy lejanamente de un 9.84 % de amas de casa. Estos valores no coinciden con las tendencias observadas en otros estudios a nivel mundial en los que la mayor parte de pacientes con intento de suicidio son desempleados, con problemas económicos y jubilados; esto se debe probablemente a que la mayoría de la población en estudio está en una edad económicamente activa.

**GRAFICO N° 9**

**Pacientes con intento de suicidio respecto a la totalidad de pacientes investigados, internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según diagnóstico psiquiátrico, Cuenca, Marzo-Julio 2012**



Fuente: Base de datos

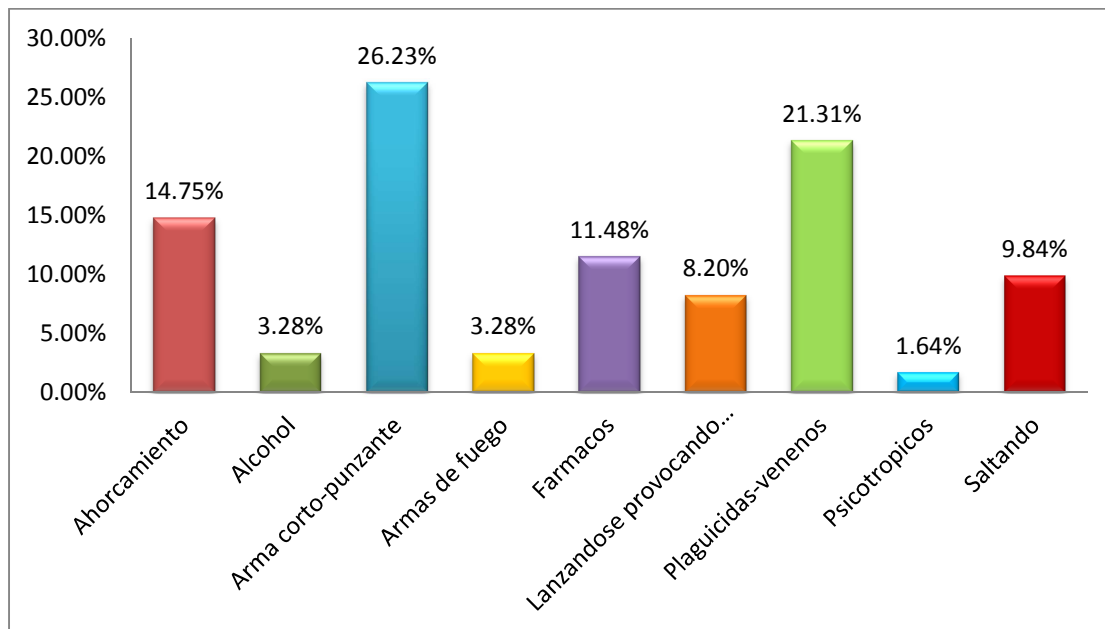
Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

Este gráfico nos muestra una comparación de los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre la totalidad de pacientes investigados (214 pacientes) y los pacientes con intento de suicidio (61 pacientes). Vemos que de la totalidad de pacientes el trastorno más frecuente es por uso de sustancias con un porcentaje del 50,47% seguido por los trastornos del estado del ánimo con un 25,70% y por el grupo de trastornos psicóticos con un 21,03%. Debemos aclarar aquí que este estudio se realizó tanto en el área de psiquiatría como en el área de adicciones del CRA, por lo que esto explicaría la mayor prevalencia de los trastornos por uso de sustancias. Por otro lado se observa que de los pacientes con intento de suicidio, hay un mayor porcentaje de trastornos del estado del ánimo con un 44.26%, seguido del grupo de trastornos por uso de sustancias con un 34.43% y más lejos del grupo de trastornos psicóticos; por lo que se podría decir que los trastornos del estado del ánimo son verdaderamente los de mayor prevalencia en los pacientes con intento de suicidio, y esto coincide con otros estudios a nivel mundial en los que este es el



trastorno más común en este tipo de pacientes. Así por ejemplo, la OMS reportó en el 2006 el resultado de un meta-análisis (Harris y Barraclough), en donde se encuentra que el trastorno depresivo mayor es el que más se relaciona con el suicidio, ya este trastorno aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, y el trastorno bipolar aumenta 15 veces el riesgo <sup>(12, 21)</sup>. Según estudios respaldados por evidencia clínica observada, demuestran que los pacientes con trastornos del estado del ánimo e intento de suicidio, se tratan en su mayoría de Trastorno depresivo mayor y menos frecuentemente trastornos maniacos <sup>(15)</sup>. Igualmente según la OPS, la depresión constituye el 65% de los intentos de suicidio y del 30-90% de suicidio <sup>(29)</sup>.

**GRAFICO N° 10****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según método utilizado, Cuenca, Marzo-Julio 2012**

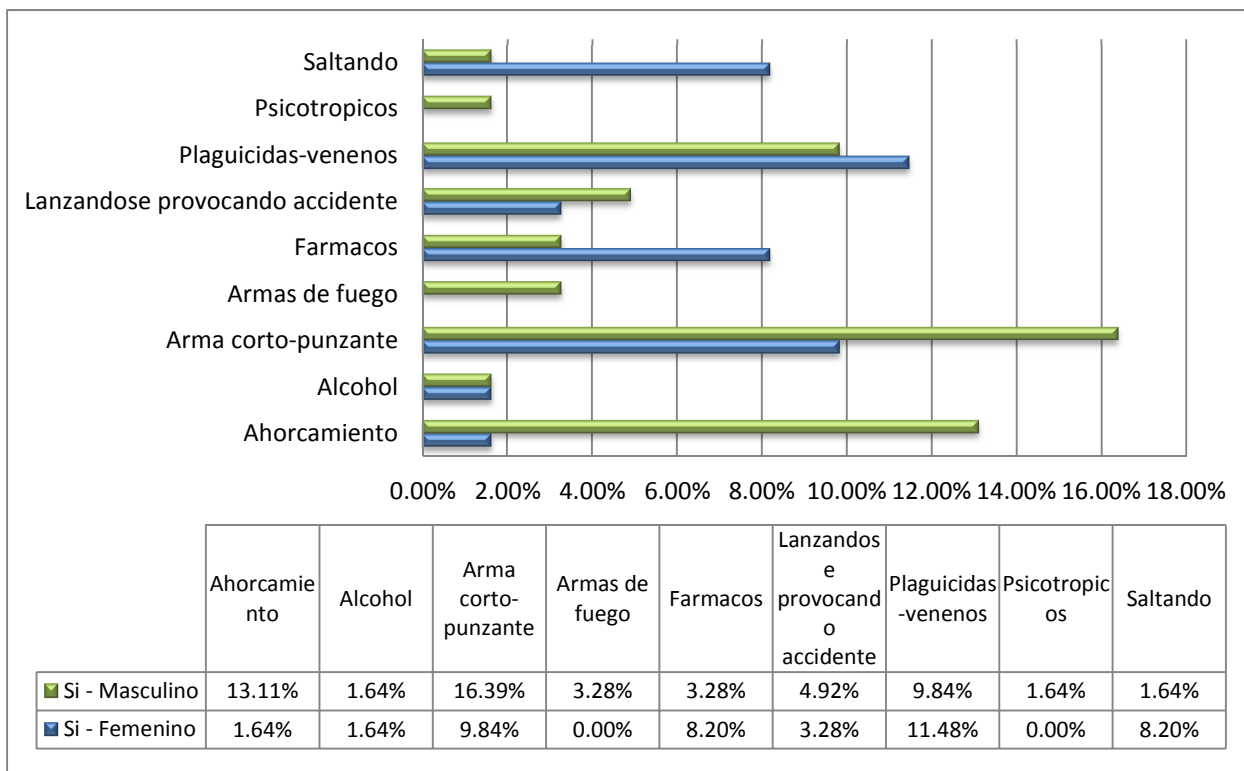
Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

Vemos aquí que el método más comúnmente utilizado para cometer un intento suicida es mediante las armas corto-punzantes que corresponden a un 26,23%, seguido del uso de plaguicidas-venenos con un 21,31%. Otros métodos incluyen: el ahorcamiento, uso de fármacos y saltando con un 14,75%, 11,48% y 9,84% respectivamente. Mientras que los métodos menos comunes son mediante el uso de alcohol, armas de fuego y psicotrópicos.

Estos datos coinciden en cierta medida con un informe de nuestra ciudad en el año 2007 en el que el método más común fue el ahorcamiento, seguido del uso de armas corto-punzantes y de plaguicidas-venenos

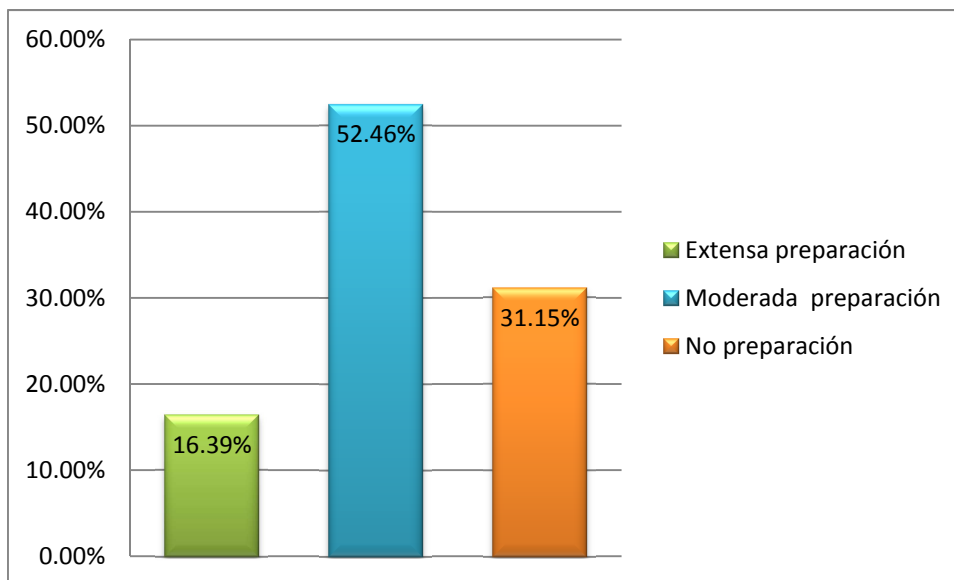
**GRAFICO N° 11**
**Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según método utilizado y sexo, Cuenca, Marzo-Julio 2012**


Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANÁLISIS:**

Este cuadro nos muestra que los métodos utilizados para el intento suicida más comunes en las mujeres son los plaguicidas-venenos y las armas corto-punzantes, con un 12,28% y 10,53% respectivamente; por el contrario, en los varones los métodos más comunes son el uso de armas corto-punzantes y el ahorcamiento con porcentajes de 15,79% y 12,28% respectivamente. En los estudios revisados se ha visto que los varones prefieren métodos más violentos que las mujeres, lo que también ocurre en este estudio en donde se ve que el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, considerados métodos violentos, son mucho más utilizados por los hombres (29).

**GRAFICO N° 12****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según grado de planificación. Cuenca, Marzo-Julio 2012**

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANALISIS:**

En el presente grafico se puede observar que de los 61 pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones, el 52,46% presentaron una moderada preparación para llevar a cabo el acto. Moderada preparación según la escala de Beck se define como reunir los medios necesarios para consumir el hecho (Ej. Empezar a reunir píldoras, conseguir una pistola)

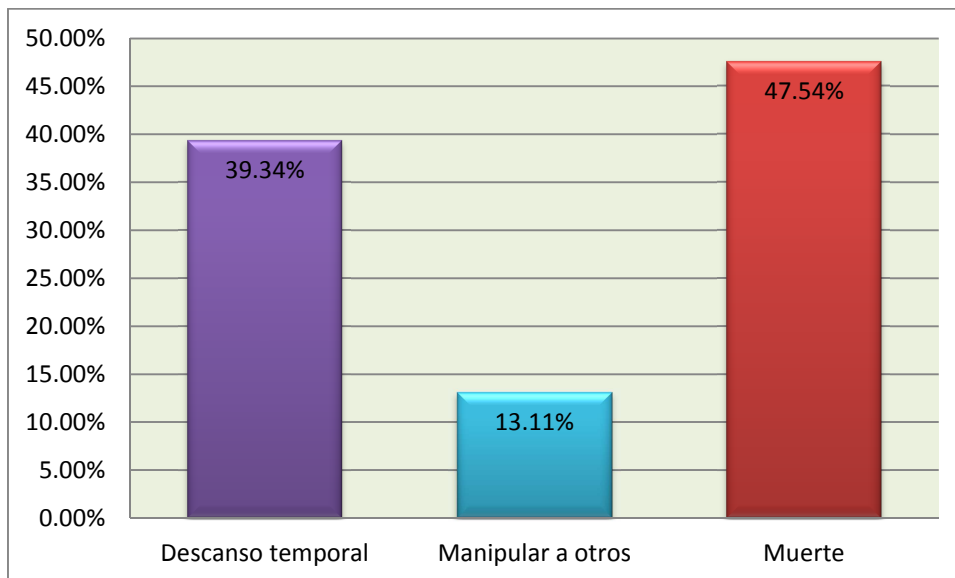
Un 31,15% de pacientes no presentaron ninguna preparación y finalmente el 16.39% que realizaron una extensa preparación (tener cargada la pistola, o tener las píldoras conseguidas). Datos que comparados con estudios revisados llevados a cabo en otros países, no coinciden con nuestros datos, ya que en mencionados estudios predomina la impulsividad es decir no hay ningún grado de planificación o preparación, mientras que en nuestro estudio predomina un



grado de planificación moderado que probablemente este dado porque en nuestro estudio los pacientes con intento de suicidio tienen una mayor prevalencia de trastornos del estado del ánimo y de consumo de sustancias, lo que hace que la ideación suicida se geste crónicamente y no de manera impulsiva como es el caso de otros trastornos como por ejemplo el trastorno de la personalidad, que en nuestro estudio no es muy frecuente.

.



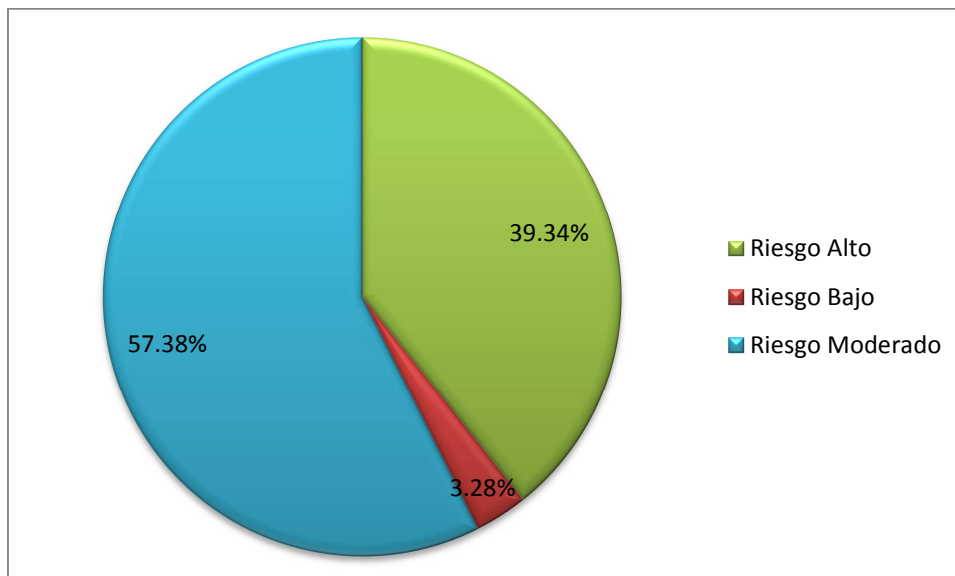
**GRAFICO N° 13****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según propósito del acto, Cuenca, Marzo-Julio 2012**

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANALISIS:**

El presente grafico nos demuestra que el 47,54% de los pacientes con intento de suicidio internados en el CRA el propósito final del acto fue el de la muerte, seguida de 39.34% con un propósito de descanso temporal y finalmente el 13.11% con el propósito de manipular a otros. Estos datos obtenidos en nuestro medio también coinciden con estudios llevados a cabo en otros países en los cuales también se demuestra que el propósito final del acto es conseguir la muerte, situación que podría deberse sobre todo al diagnóstico psiquiátrico de dichos pacientes.

**GRAFICO N° 14****Pacientes con intento de suicidio internados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), según gravedad, Cuenca, Marzo-Julio 2012**

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra

**ANALISIS:**

El presente grafico nos demuestra que el 57.38 % de los 61 pacientes con intento de suicidio internados en el CRA según la escala de tentativa de suicidio de Beck tuvieron un grado de intencionalidad moderado (es decir obtuvieron una puntuación de 8 – 14 en la escala), seguida de 39.34% con riesgo alto (puntuaciones mayores a 15) y finalmente el 3.28% con riesgo bajo (puntuaciones inferiores a 7). Estos datos obtenidos en nuestro medio no coinciden con estudios llevados a cabo en otros países en los cuales se demuestra que el grado de intencionalidad es más bien alto.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

El intento de suicidio constituye un grave problema de Salud Pública, debido a que este es un fenómeno que está presente en cualquier sociedad causando no solo problemas en el paciente sino que también hay consecuencias familiares y sociales. La OMS advierte sobre el incremento de este fenómeno sobre todo en la población joven <sup>(24)</sup>. Existen varias causas que llevan a una persona a cometer este acto, pero los estudios epidemiológicos han prestado más atención a la presencia de trastornos psiquiátricos, ya que se ha visto que las personas que presentan algún trastorno mental en el eje I, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) son más sensibles al intento de suicidio. Sin embargo en nuestro medio no existen estudios sobre el intento de suicidio en pacientes con trastornos psiquiátricos, por lo que se realizó este estudio gracias a la colaboración del Centro de Reposo y Adicciones.

En este estudio participaron 214 pacientes ingresados en el CRA tanto en el área de psiquiatría como en adicciones, de los cuales 61 pacientes (28.5%) intentó suicidarse. Este fenómeno ocurrió con mayor frecuencia entre las edades de 15 – 24 años (tasa de 5 intentos por cada 10 pacientes), datos que son similares a los observados en un reporte de la OMS y algunos datos revisados en un estudio en Colombia <sup>(8, 24, 25)</sup>. Se encontró que de los 61 pacientes con intento de suicidio 34 (55,74%) fueron del sexo masculino; lo que no coincide con otros estudios internacionales en los que se observa que las mujeres presentan mayor tentativa suicida, mientras que los varones consuman el acto <sup>(24, 25, 26)</sup>. El nivel de instrucción más frecuente fue secundaria con un 40,98% lo que se asemeja a algunos estudios realizados en Cuba en donde se observa que este fenómeno es más frecuente en personas con nivel de enseñanza secundaria (43,4%) y primaria (36.7%) <sup>(26, 27)</sup>. Las personas de estado civil soltero tuvieron un mayor porcentaje de intentos de suicidio con el 45,90% seguidos de aquellos que están casados con un 39,34%; las

tendencias mundiales muestran que los solteros presentan un mayor riesgo <sup>(28)</sup>, coincidiendo en cierta medida con nuestro estudio debido a que en estos estudios internacionales se encuentra también un porcentaje importante de viudos y divorciados, lo que no se observa en nuestro estudio; esto sin embargo se explicaría porque nuestra población de estudio en general es casada. En cuanto a la residencia, se observó que hay una mayor frecuencia en los pacientes del área urbana con un 67,21%, lo que coincide con otros estudios como el realizado en Colombia en 2006 en donde se observó que el 66,01% de pacientes reside en el área urbana <sup>(25)</sup>; sin embargo recalamos aquí que la población participante en nuestro estudio en general reside en esta área, lo que explicaría esta situación. En cuanto a la ocupación, la OMS en su documento "Preventing Suicide" muestra que los pacientes con mayor riesgo de suicidio son los desempleados debido al aislamiento social y a las dificultades económicas, sin embargo esto no coincide con nuestro estudio, en el que el 47,54% de los pacientes son empleados, pudiéndose explicar esto porque en este estudio hay mayor participación de la población económicamente activa.

En cuanto al trastorno psiquiátrico, se observó que el de mayor frecuencia fue el trastorno por uso de sustancias con un porcentaje del 50,47%, seguido por los trastornos del estado del ánimo con un 25,70% y los trastornos psicóticos con un 21,03%. Estos datos corresponden a los 214 pacientes que participaron en el estudio. Sin embargo, de los 61 pacientes con intento de suicidio, se observó que el grupo de trastornos del estado del ánimo fue el más frecuente con un 44,26%, seguido de los trastornos por uso de sustancias con un 34,43% y los trastornos psicóticos con un 16,39%. Vemos entonces que según nuestro estudio, los pacientes con diagnóstico de un trastorno del estado del ánimo presentan mayor riesgo de cometer un acto suicida. En varios estudios, entre ellos uno realizado por Rubio et. al. en Argentina en el 2006 se encontró que el trastorno más frecuente asociado a tentativa suicida con un 72% fue del estado de ánimo, seguido de los trastornos psicóticos con un 16%, y muy pocos casos de trastorno por uso de sustancias <sup>(13, 15)</sup>. Como mencionamos anteriormente nuestro estudio no solo se realizó en el área de psiquiatría, sino también en el



área de adicciones del CRA lo que explicaría el porqué del alto porcentaje de este trastorno.

El método utilizado por nuestros pacientes para cometer un intento suicida fue con mayor frecuencia el uso de armas corto-punzantes con un 26,33%, seguido del uso de plaguicidas-venenos con un 21,31%. Sin embargo vale diferenciar el uso de los métodos de acuerdo al sexo del paciente, ya que se observó que las mujeres prefieren los plaguicidas-venenos (12,28%) y las armas corto-punzantes (10,53%); y por otro lado en los varones los métodos más comunes son las armas corto-punzantes y el ahorcamiento con porcentajes de 15,79% y 12,28% respectivamente. Estas tendencias coinciden con el estudio de Rubio realizado en Argentina y un estudio realizado en Nicaragua en donde se observó que los varones prefieren métodos más violentos (13, 29).

Los pacientes que intentaron suicidarse, tuvieron moderada preparación para cometer este acto con un 52,46%, y el propósito del acto en la mayoría de pacientes fue la muerte con un 47,54%. El primer dato difiere de otros estudios como el realizado en Nicaragua 2005, en donde se observó que más bien este acto fue cometido en forma impulsiva sin ningún grado de preparación; pero en este mismo estudio el propósito fue conseguir la muerte (29), lo que también se observa en nuestra investigación.

Finalmente, en cuanto a la gravedad del intento se observó que el 57,38% de pacientes tuvieron un riesgo moderado según la escala de tentativa de suicidio de Beck; estos datos no coinciden con estudios en otros países en donde se observó que aplicando la misma escala, el riesgo fue alto (29).



## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES

- Se observó que un 28.5% del total de pacientes que participaron en el estudio (61 de 214 pacientes), presentaron intento de suicidio en algún momento de su vida.
- Se determinó que quienes más intentaron suicidarse fueron los pacientes de sexo masculino en el grupo de edad entre 15-24 años, siendo más frecuente en pacientes con instrucción secundaria seguida de aquellos con instrucción primaria. En relación al estado civil, los solteros y casados son los más afectados y con respecto a la ocupación, los empleados y desempleados fueron los grupos más vulnerables, la mayoría de pacientes residen en el área urbana.
- Los métodos más frecuentemente utilizados en el intento suicida fueron las armas corto-punzantes, seguido del uso de plaguicidas-veneno, siendo las armas corto-punzantes y el ahorcamiento los métodos utilizados predominantemente por los varones, mientras que las mujeres utilizan mayormente los venenos-plaguicidas y armas corto-punzantes. Datos que coincidieron en cierta medida con un informe de nuestra ciudad del año 2007 en el que el método más común fue el ahorcamiento, seguido del uso de armas corto-punzantes y de plaguicidas-venenos
- Se demostró que el 57.38 % de los pacientes con intento de suicidio internados en el CRA según la escala de tentativa de suicidio de Beck tuvieron un grado de intencionalidad moderado, seguida de 39.34% con riesgo alto y finalmente el 3.28% con riesgo bajo. Estos datos obtenidos en nuestro medio no coinciden con estudios llevados a cabo en otros países en los cuales se demuestra que el grado de intencionalidad es más bien alto.



- Finalmente se estableció que de los 214 de pacientes ingresados al CRA, el trastorno más frecuente es por uso de sustancias con el 50,47%; pero en los 61 pacientes con intento de suicidio, es el trastorno del estado del ánimo con un 44.26%, lo que coincide con otros estudios a nivel mundial en los que este es el trastorno más común en este tipo de pacientes.



## 8. RECOMENDACIONES

- El suicidio, debido al aumento paulatino cobra importancia en la salud pública mundial, por lo que merece mayores estudios en nuestro medio tanto epidemiológicos, clínicos e investigaciones que aporten al desarrollo de programas de prevención.
- Es importante dar seguimiento a los pacientes en los que se encontró por lo menos un intento de suicidio en su vida, ya que por cada 10 a 20 tentativas de autolisis, puede darse un suicidio consumado.
- Mantener un registro permanente de los intentos de suicidio en nuestro medio, pues hasta el momento no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance de la tentativa de suicidio.
- Establecimiento de un plan factible, a largo plazo para la prevención de suicido enfocado a las poblaciones más vulnerables, a nivel local.
- Ya que los trastornos del estado de ánimo, constituyen la patología psiquiátrica mayormente asociada a tentativa de suicidio, es trascendental realizar una evaluación integral y completa de estos pacientes; además de educación a los familiares de los pacientes para detectar los signos de alarma para tentativa de autolisis, y la búsqueda de ayuda temprana ante su aparición.
- Conociendo que entre los métodos más utilizados para suicidio están los plaguicidas y venenos, se debería establecer un control del expendio y políticas de prohibición de venta libre de estas sustancias.
- Capacitación del personal de salud para el reconocimiento temprano de los factores de riesgo y tratamiento eficaz de los individuos con tentativa de suicidio.



## 9. BIBLIOGRAFIA:

1. BENTACOURT Andrea, "El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso", disponible en:  
<http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2350/1/04.%20El%20suicidio%20en%20el%20Ecuador%E2%80%A6%20%20Andrea%20Bentacourt.pdf>, 2008.
2. VALDIVIA Mario, "Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica", RevChilNeuro-Psiquiat, 2001; 39(3): 211-218, disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art08.pdf>
3. TORO Ricardo, "Fundamentos de medicina Psiquiátrica", 4° Edición, Editorial Corporación para investigaciones biológicas, Medellín - Colombia, 2004
4. BOBES, J. (2010). Universidad de Oviedo; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Recuperado el 21 de Febrero de 2011, de "El proceso suicida":  
<http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/Psiq/Psiq-clase%20suicidio-JBG-2010.pdf>
5. MOROCHO, Ismael. "Psiquiatría general". Editorial Universidad de Cuenca, 2009
6. Diario "En Latino". (29 de Mayo de 2008). Recuperado el 21 de Febrero de 2011, de "Suicidios en aumento en Ecuador" :  
<http://www.enlatino.com/aumentan-los-suicidios-en-ecuador>
7. RESTREPO Carlos, et.al., "Psiquiatría clínica, Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos", 3° edición, Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2008
8. GUTIÉRREZ Ana G, CONTRERAS Carlos M, "El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos", MEDIGRAFIC, Revista de Salud Mental, Vol 31, N° 4, Veracruz-México, 2008, disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam084i.pdf>
9. TRELLEZ Jorge, "Neurobiología del suicidio, factores de riesgo y prevención", disponible en:

- <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/3-NEUROBIOLOGIA-OK.pdf>, 2006.
10. HOYOS Andrés De Bedout, "Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico", International journal of psychological research, 2008, Vol. 1, no. 2, pp. 53-63. Universidad de Magdalena-Santa Marta -Colombia, disponible en: <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/423/414>
  11. PREVENTING SUICIDE, "Guía para médicos generales", Departamento de salud mental, WorldHealthOrganization, GINEBRA, 2006, disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/56.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf)
  12. PEREZ Isabel, "Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004 2006", Rev. Salud Pública, Vol.10, julio 2008, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf>
  13. RUBIO E., DIEZ M., et. al. (abril de 2006). "Intento y riesgo suicida en la emergencia psiquiátrica". Recuperado el 3 de Marzo de 2011, de ALCMEON Revista Argentina de Psiquiatría Neuroclínica Año XIV, vol 12, N°2: [http://www.alcmeon.com.ar/11/42/02\\_Rubio.htm](http://www.alcmeon.com.ar/11/42/02_Rubio.htm)
  14. TELLEZ, Jorge, "Suicidio y enfermedad mental", <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/5-ENFERMEDAD%20MENTAL%20%20%20%20%20%20%20%282%29.pdf>
  15. RIHMER Zoltan. "Suicide risk in mood disorders". Budapest- Hungary, July 2007. National Institute for Psychiatry and Neurology and Department of Psychiatry and Psychotherapy. Recuperado de <http://www.irbd.org/dldocs/suicide-risk-in-mood-disorders.pdf>
  16. OCAMPO René, et al., "Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006", Revista Salud pública de México, Vol. 51, N° 4, julio-agosto de 2009, pag 306-313, disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51n4/v51n4a07.pdf>
  17. E. García de Jalón, V. Peralta, "Suicidio y riesgo de suicidio," Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, España.



18. *Diario HOY*. (26, 00:00 de Septiembre de 2007). Recuperado el 21, 17H45 de Febrero de 2011, de "Cuenca: más intentos de suicidio": <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cuenca-mas-intentos-de-suicidio-278182-278182.html>
19. BARRERO, S. (2000). *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;15(2):196-217. Recuperado el 21, 15H15 de Febrero de 2011, de "EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN": [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf)
20. TORPY, J. (25 de Mayo de 2005). *The Journal of the American Medical Association*. Recuperado el 21, 14H59 de Febrero de 2011, de <http://jama.ama-assn.org/content/suppl/2005/06/21/293.20.2558.DC1/pdfpat052505.pdf>
21. GARCIA, E, "Suicidio y riesgo de suicidio", 2005 disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>
22. BASTOS Heliane, "Tratamiento en la emergencia del paciente suicida", *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, ALCMEON*, vol. 13, Nº 1, marzo de 2006, págs. 5 a 15, disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar/13/49/suicida.html>
23. PANORAMA ACTUAL DEL SUICIDIO: ANÁLISIS PSICOLÓGICO Y PSICOANALÍTICO. *International Journal of Psychological Research* 2008 Vol. 1, No. 2, pp. 53-63. Universidad del Magdalena-Santa Marta, Colombia  
<http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/423/414>
24. COMITÉ DE CONSENSO DE CATALUÑA EN TERAPEUTICA DE TRASTORNOS MENTALES "Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales". Tercera Edición. Editorial Ars Médica. Recuperado el 24 de julio de 2012, a las 21h30, disponible (online): <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
25. Taborda, L. MD; Téllez, J. MD. "El suicidio en cifras", Colombia, 2006. Recuperado el 24 de julio de 2012, a las 21h30, disponible (online):



<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/2-EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf>

26. HERNÁNDEZ, I. et.al. "Comportamiento del intento suicida en el Municipio de Nueva Paz", Cuba, 2005, Recuperado el 24 de julio de 2012, a las 20h30, disponible (online):

[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14\\_3\\_08/hab02308.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_3_08/hab02308.pdf)

27. MENDEZ, X. POVEDA, M. "Algunas características del Intento Suicida en el municipio Ciego de Ávila". 2002, Cuba. Recuperado el 24 de julio de 2012, a las 20h30, disponible (online): [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol8\\_supl1\\_02/articulos/a8\\_v8\\_supl102.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol8_supl1_02/articulos/a8_v8_supl102.html)

28. QUINTANILLA, R. HARO, L. (et.al). "Desesperanza y tentativa suicida". Guadalajara- Mexico, 2003. Recuperado el 24 de julio de 2012, a las 20h45, disponible (online): <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14250206.pdf>

29. "Intentos de suicidios admitidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial", disponible en: <http://es.scribd.com/doc/39760212/Monografia-martinez>, Nicaragua, 2005.

**10. ANEXOS****ANEXO N°1****Operacionalización de las variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació.	Tiempo en años	Formulario de recolección de datos	15-24 25-34 35-44 45-54 54-65 >65
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen a las personas como hembras y machos	Masculino Femenino	Formulario de recolección de datos	1 2
Residencia	Lugar donde una persona vive	Urbana Rural	Formulario de recolección de datos	1 2
Instrucción	Conjunto de conocimientos adquiridos	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Formulario de recolección de datos	1 2 3 4
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica	Empleado Desempleado Estudiante Ama de casa	Formulario de recolección de datos	1 2 3 4
Estado civil	Situación de un individuo en la sociedad	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Formulario de recolección de datos	1 2 3 4 5
Diagnóstico Psiquiátrico	Identificación de la enfermedad mental que padece el paciente	Trastornos del estado de ánimo Trastornos psicóticos Trastornos por uso de sustancias Trastornos de la personalidad Otros	Formulario de recolección de datos	1 2 3 4 5



Intento de suicidio	Acto deliberadamente realizado sin resultado de muerte	Si No	Formulario de recolección de datos	1 2
Gravedad de la tentativa de suicidio	Seriedad en la forma de intentar quitarse la vida de manera voluntaria	Aislamiento	Escala de Beck	0-7 bajo riesgo 8-14 riesgo moderado o Mayor de 15: riesgo alto.
		Momento		
		Precauciones contra el descubrimiento / intervención		
		Buscar ayuda durante / después de la tentativa		
		Gestiones		
		Preparación activa de la tentativa		
		Nota suicida		
		Comunicación abierta del intento antes de la tentativa		
		Pretendidas propuestas de la tentativa		
		Expectativas de fatalidad		
		Creencia de la letalidad del método		
		Gravedad de la tentativa		
		Actitud sobre "vivir" / "morir"		
Concepción sobre la recuperación médica				
Grados de premeditación				
Método utilizado	Diferentes formas para causar la muerte de uno mismo	Ahogamiento Ahorcamiento Lanzándose provocando accidente Saltando Armas corto-punzantes Alcohol Armas de fuego Psicotrópicos Plaguicidas/venenos Fármacos Otros	Formulario de recolección de datos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11



## **ANEXO N°2**

### **FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012

#### **INSTRUCTIVO:**

1. Conteste con sinceridad el siguiente cuestionario
2. Cada pregunta tiene una sola respuesta
3. La información que se proporcione será confidencial.

N° historia clínica: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: 1. M ( ) 2. F ( )

Instrucción académica:

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

Estado Civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Divorciado
4. Viudo
5. Unión libre

Residencia: 1. Urbana ( ) 2. Rural ( )

Ocupación:

1. Empleado
2. Desempleado
3. Estudiante
4. Ama de casa



Diagnostico psiquiátrico: \_\_\_\_\_

1. Trastornos del estado de ánimo
2. Trastornos psicóticos
3. Trastornos por uso de sustancias
4. Trastornos de la personalidad
5. Otros

Alguna vez ha intentado suicidarse:

1. Si ( )
2. No ( )

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior continúe con las siguientes preguntas; caso contrario se le agradece su colaboración

¿Cuál de los siguientes métodos utilizó?

1. Ahogamiento
2. Ahorcamiento
3. Lanzándose provocando accidente
4. Saltando
5. Armas corto-punzantes
6. Alcohol
7. Armas de fuego
8. Psicotrópicos
9. Plaguicidas/venenos
10. Fármacos
11. Otros \_\_\_\_\_





## ESCALA DE TENTATIVA DE SUICIDIO (BECK ET. AL).\*

### INSTRUCTIVO:

1. El siguiente cuestionario, se lo realizara con la ayuda del investigador
2. Conforme a la explicación, elija una de las opciones
3. La información será guardada con confidencialidad

### 1.- Aislamiento:

**¿Estaba alguna persona cerca de usted cuando intento hacerse daño usted mismo? Eje: en el mismo cuarto, conversación telefónica.**

- 0.- alguno presente
- 1.- alguno próximo o en contacto (eje. Teléfono)
- 2.- ninguno próximo o en contacto

### 2.- Medida del tiempo:

**¿En qué momento hizo usted esto? ¿Estaba usted esperando o alguien? ¿Podría alguien llegar pronto? ¿Conocía usted que tenía algún tiempo antes que alguien pudiera llegar?**

- 0.- No pensó acerca de la posibilidad
- 1.- Midió el tiempo para tal no probable intervención
- 2.- Midió el tiempo para tal muy probable intervención

### 3.- Precaución en contra de ser descubierto:

**¿Hizo alguna cosa para prevenir que alguien pudiera encontrarla? Eje: desconecto el teléfono, puso una nota en la puerta, etc.**

- 0.- No precaución del todo
- 1.- Prevención pasiva, tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención de ellos (eje: estar solo en el cuarto, sin llave la puerta)
- 2.- Precaución activa. (eje: estar solo en el cuarto con la puerta con llave)



**4.- Acción para ganar ayuda después del intento:**

**Después del atentado contra sí mismo, llamo a alguien para decirlo que había hecho.**

0.- notifico a potenciales ayudadores en cuanto al tiempo

1.- contacto pero no específicamente notifico a potenciales ayudadores en cuanto al intento.

2.- no contacto, o notifico ayudadores.

**5.- Acto final en anticipación de muerte:**

**Hizo alguna cosa, tal como pagar recibos, decir adiós, escribir un testamento, una vez que decidió hacerse daño usted mismo.**

0. Ninguno

1. Sufridos pensamientos acerca de crear o hacer algunos arreglos en anticipación de muerte

2. Planes definitivos hechos (crear creaciones, cambiar una probabilidad, dar presente, tomas seguros)

**6.- Grado de planificación:**

**¿Habría usted planeado esto para algún tiempo? ¿Hizo usted alguna preparación tal como guardar píldoras, etc.?**

0.- no preparación (no plan)

1.- mínimos o moderada preparación

2.- extensa preparación (planes detallados)

**7.- Nota suicida (carta de despedida):**

**¿Escribió una o más notas de despedidas? Si es “sí” ¿para cuándo? Si es “no” ¿Pensó usted acerca de escribir algo?**

0.- ninguna nota, no pensó acerca de escribir una

1.- pensó escribir una pero no hizo nada

2.- existencia de una carta, o escribió la nota pero la rompió



**8.- Comunicación de intento antes:**

**Durante el último año, ¿dijo a vecinos, amigos y/o miembros de la familia, implícito o explícito, que usted tenía la intención de hacerse daño a sí mismo?**

- 0.- ninguna
- 1.- equivocas comunicaciones (ambiguas o implícitas)
- 2.- inequívocas comunicaciones (explícitas)

**9.- Propósito de acto:**

**¿Puede usted decirme que usted esperaba conseguir con el daño así mismo?**

- 0.- principalmente manipular a otros
- 1.- descanso temporal
- 2.- muerte

**10- Espectadores en cuanto a fatalidad del acto:**

**¿Qué pensaba usted de la posibilidad de morir como resultado de su acto?**

- 0.- paciente pensó que morir no era deseado o no pensó acerca de esto
- 1.-paciente pensó que morir era posible pero no probable
- 2.- paciente pensó que morir era probable o cierto

**11.- Concepciones de la letalidad del método:**

**Si sobredosis: ¿pensó que la cantidad de píldoras tomadas fue mas o menos la dosis que podría matarlo a usted? Otro: ¿pensó acerca de otro método que podría ser más o menos peligroso que el que usted uso?**

- 0.- menos sufrimiento para el/ella, que el/ella pensaban podría ser mortal, o sufrir, no pensó acerca de esto (tenía más píldoras).
- 1.- sufrir no estaba seguro o pensaba que el/ella debía ser letal.
- 2.- acto excedido o igualado que el paciente pensaba era letal.



**12.- Gravedad del intento:**

**Considero su acto como un intento a tomar su vida:**

- 0.- paciente no considero un acto como un intento serio a finalizar su vida
- 1.- paciente estaba incierto considerando su acto como un serio intento a finalizar su vida.
- 2.- paciente considero el acto como un serio intento a poner fin a su vida.

**13.- Ambivalencia hacia vivir:**

**¿Cuáles fueron sus sentimientos hacia la vida y la muerte? ¿El deseo de vivir era más fuerte que el de morir? ¿O no tenía cuidado por vivir o morir?**

- 0.- paciente no deseaba morir
- 1.- paciente no tenía cuidado por vivir o morir
- 2.- paciente deseaba morir

**14.- Concepción de reversibilidad:**

**¿Qué pensaba era el chance de sobrevivir si pudiese recibir tratamiento médico después del intento?**

- 0.- paciente pensaba que morir podría ser diferente si el/ella recibía atención medica
- 1.- paciente fue incierto en caso de muerte podría ser evitado por atención medica
- 2.- paciente fue cierto de morir aun si el/ella recibía atención médica.

**15.- Grado de premeditación:**

**¿Cuán largo antes de su acto tenía usted decidido hacer esto? ¿Tenía usted pensamiento acerca de esta por algún tiempo o hizo esto por impulso?**

- 0.- Ningún impulso
- 1.- Contemplo el acto por tres horas o menos, previo al intento
- 2.- Contemplo el acto por más de tres horas antes del intento

**Responsables:** Sandra Peralta, Angela Pesántez, Margarita Piedra



\* **Fuente:** MARTÍNEZ, Alberto. *“Intentos de suicidios admitidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial”*. Nicaragua- Managua. 2005. Revisado el 26 de enero de 2012, disponible en: <http://es.scribd.com/doc/39760212/Monografia-martinez>



**ANEXO Nº 3**

Cuenca, 21 de noviembre del 2011

Señor Doctor  
Saúl Pacurucu Castillo  
Director del Centro de Reposo y Adicciones  
Cuenca.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, Sandra Gabriela Peralta Quito, Angela Andrea Pesantez Abril, Carmen Margarita Piedra Mogrovejo, estudiantes de cuarto año de la escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, le enviamos un cordial saludo y le deseamos éxitos en las funciones que tan acertadamente dirige.

Por medio de la presente, le solicitamos de favor nos permita desarrollar nuestro proyecto de tesis el cual se titula, “Determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012”

Seguros de contar con su apoyo le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,

f) ----- f) ----- f) -----  
Nº de Ced..... Nº de Ced..... Nº de Ced.....

Sandra Gabriela Peralta Quito  
Angela Andrea Pesántez Abril  
Carmen Margarita Piedra Mogrovejo

**ANEXO Nº 4**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Día.....Mes.....Año.....N. de identificación.....

Nosotras Sandra Gabriela Peralta Quito, Angela Andrea Pesántez Abril, Carmen Margarita Piedra Mogrovejo estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de tesis titulado "Prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012", como parte de nuestra tesis de pregrado.

Usted está invitado(a) a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

El objetivo de esta investigación es Determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012, Existen una serie de situaciones que incitan al suicidio, en este caso nos centraremos particularmente en los trastornos psiquiátricos, puesto que autores coinciden de que el principal predictor es la asociación de afecciones psiquiátricas, sean estos trastornos del estado de ánimo, personalidad, abuso de sustancia o trastornos psicóticos, entre los más importantes.

El estudio se lo realizará en todos los pacientes psiquiátricos ingresados en el Centro de Reposo y Adicciones, durante el periodo entre Enero-Mayo del 2012, a través de un test denominado Escala de Tentativa de Suicidio (Beck Et.al), está elaborada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, en alguien que pensó o está pensando suicidarse. Debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi – estructurada, consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems1

Sandra Gabriela Peralta Quito  
Angela Andrea Pesántez Abril  
Carmen Margarita Piedra Mogrovejo



al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan). Puntuaciones inferiores a 6, indicarían una tentativa de suicidio de bajo riesgo, puntuaciones de 10 indicarían riesgo moderado, mientras que puntuaciones por encima de 16 serían sugestivas de riesgo alto.

La escala se aplicará referida al peor momento de la vida del paciente de manera retrospectiva.

Todo lo mencionado anteriormente no implica riesgo alguno para su salud.

Los beneficios que obtendrá del estudio son: profundizar su conocimiento acerca del trastorno psiquiátrico en curso y la influencia del mismo en el intento del suicidio, servirá de guía para la elaboración de programas de prevención y mejorar la salud del paciente psiquiátrico. Y nosotras habremos cumplido con un prerrequisito para graduarnos.

El resultado final, se utilizara para determinar el porcentaje de pacientes con afecciones psiquiátricas que han tenido ideas suicidas y la gravedad de la tentativa de suicidio así como características del paciente y método usado para llevar a cabo. La información será utilizada únicamente por los investigadores o usted en caso de solicitarlo.

Usted no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria, además podrá retirarse del estudio en el momento que desee.

Luego de recibir y entender las explicaciones yo \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas del test dando por hecho que los resultados son confidenciales y que mi identidad no será revelada.

Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio

Firma del voluntario: \_\_\_\_\_

Nº de cédula: \_\_\_\_\_



**ANEXO Nº 5**

**ASENTIMIENTO INFORMADO**  
**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Día.....Mes.....Año.....N. de identificación.....

Nosotras Sandra Gabriela Peralta Quito, Angela Andrea Pesántez Abril, Carmen Margarita Piedra Mogrovejo estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de tesis titulado "Prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012", como parte de nuestra tesis de pregrado.

Usted está invitado(a) a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, teniendo en cuenta que su representante ya la adjunto su aprobación.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), Cuenca Marzo- Julio 2012, Existen una serie de situaciones que incitan al suicidio, en este caso nos centraremos particularmente en los trastornos psiquiátricos, puesto que autores coinciden de que el principal predictor es la asociación de afecciones psiquiátricas, sean estos trastornos del estado de ánimo, personalidad, abuso de sustancia o trastornos psicóticos, entre los más importantes.

El estudio se lo realizará en todos los pacientes psiquiátricos ingresados en el Centro de Reposo y Adicciones, durante el periodo entre Enero-Mayo del 2012, a través de un test denominado Escala de Tentativa de Suicidio (Beck Et.al), está elaborada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, en alguien que pensó o está pensando suicidarse. Debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi – estructurada, consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). La



puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan). Puntuaciones inferiores a 6, indicarían una tentativa de suicidio de bajo riesgo, puntuaciones de 10 indicarían riesgo moderado, mientras que puntuaciones por encima de 16 serían sugestivas de riesgo alto.

La escala se aplicará referida al peor momento de la vida del paciente de manera retrospectiva.

Todo lo mencionado anteriormente no implica riesgo alguno para su salud.

Los beneficios que obtendrá del estudio son: profundizar su conocimiento acerca del trastorno psiquiátrico en curso y la influencia del mismo en el intento del suicidio, servirá de guía para la elaboración de programas de prevención y mejorar la salud del paciente psiquiátrico. Y nosotras habremos cumplido con un prerrequisito para graduarnos.

El resultado final, se utilizara para determinar el porcentaje de pacientes con afecciones psiquiátricas que han tenido ideas suicidas y la gravedad de la tentativa de suicidio así como características del paciente y método usado para llevar a cabo. La información será utilizada únicamente por los investigadores, sus padres, representante o usted en caso de solicitarlo.

Usted no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria, además podrá retirarse del estudio en el momento que desee.

Luego de recibir y entender las explicaciones yo \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas del test dando por hecho que los resultados son confidenciales y que mi identidad no será revelada.

Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio

Firma del voluntario: \_\_\_\_\_

Nº de cédula: \_\_\_\_\_