



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

“ FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES, E INTENTO DE SUICIDIO EN LOJA”

**Tesis previa obtención del
Título de Médico General**

Autor:

Ana Katherine Fierro Betancourth

Director:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre

**Loja – Ecuador
2014**

Loja, Septiembre 2014

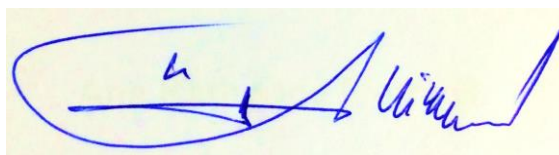
Dr. Mgs. Sc.

Fernando Patricio Aguirre Aguirre,

Docente de la Carrera de Medicina Humana del Área de la Salud Humana de la
Universidad Nacional de Loja.

CERTIFICO:

Haber revisado el trabajo de investigación sobre el tema: **“FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES, E INTENTO DE SUICIDIO EN LOJA”**, realizado por la Srta. Ana Katherine Fierro B., el mismo que cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, por tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado.



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre.

DIRECTOR DE TESIS

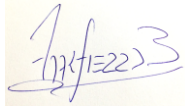
AUTORÍA

Yo, Ana Katherine Fierro Betancourth, declaro ser autora del presente trabajo de investigación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja su publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Ana Katherine Fierro Betancourth

Firma:

A handwritten signature in blue ink on a light yellow background. The signature is cursive and includes the number '1104482524' written below the main name.

Cédula: 1104482524

Fecha: 12 de Septiembre de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Fierro Betancourth Ana Katherine declaro ser autora de la tesis titulada: “FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES, E INTENTO DE SUICIDIO EN LOJA” como requisito para optar el grado de: Medica General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 23 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma: 

Autor: Ana Katherine Fierro Betancourth

Cédula: 1104482524

Dirección: Victor Peñaherrera 10-60 y Juan José Peña

Correo Electrónico: anita_katherine90@hotmail.com

Teléfono: (07) 2 583-597

Celular: 0985958467

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Mgs. Sc. Fernando Patricio Aguirre Aguirre

Tribunal de grado: Dr. Raúl Pineda Ochoa

Dra Ana Puertas Asanza,

Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado

DEDICATORIA

A mi amada madre, que sin ella no podría estar hoy aquí, sin su amor, su valentía y fortaleza que me ha acompañado cada momento de mi vida, a ti madre mía te lo debo todo.

A mi hermosa hermana que pese a nuestras diferencias nuestro amor nos mantiene unidas.

Y a ti amor, por estar siempre a mi lado.

Anita.

AGRADECIMIENTO

*A Dios, por motivar mi vida y darme la fuerza que
necesito para alcanzar mis metas.*

*A los docentes de la carrera de Medicina de la UNL,
que contribuyeron en mi formación y de manera
especial al Dr. Patricio Aguirre, director de esta tesis.*

*Y, a todos aquellos que durante toda esta larga pero
hermosa vida universitaria han estado a mi lado
apoyándome sincera e incondicionalmente.*

1. TITULO:

**“FACTORES BIOLÓGICOS Y
PSICOSOCIALES, E INTENTO DE
SUICIDIO EN LOJA”**

2. RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, con los objetivos de: *Identificar los factores biológicos y psicosociales que intervienen en la instauración de un cuadro depresivo en pacientes intoxicados por varias sustancias con finalidades suicidas; y Elaborar un tríptico informativo acerca del manejo del paciente con intento de suicidio, conociendo sus causas y complicaciones para llegar a su correcta orientación y tratamiento, dirigido al personal médico y paramédico del Hospital Isidro Ayora*, mediante la aplicación de una entrevista en el mencionado Hospital, entre los meses de Junio y Noviembre del año 2013, se estudiaron 15 casos de intoxicaciones agudas con finalidades suicidas, observándose que la población masculina era mayor que la femenina en una relación de 2:1 y su principal causa fueron las decepciones amorosas (67%), primando por lo tanto, los factores psicosociales por sobre los biológicos, así mismo, se evidenció la persistencia de sintomatología depresiva luego de superada la emergencia, por lo que es importante que se recabe profundamente en los orígenes de la depresión y de esta manera tratar integralmente al paciente para lograr en lo posible reintegrarlo a la sociedad.

Palabras Clave: Intento de suicidio, depresión, Autolisis, Factores biológicos y psicosociales.

ABSTRACT

This research descriptive, cross sectional, in order to: *Identify the biological and psychosocial factors in the onset of depressive symptoms in patients poisoned by various substances with suicidal purposes; and Develop an information leaflet about the management of patients with attempted suicide, knowing its causes and complications to get proper guidance and treatment directed toward medical and paramedical staff of Isidro Ayora Hospital*, through the application of an interview on the Hospital mentioned between the months of June and November 2013, 15 cases of acute poisoning with suicidal purposes were studied, observing that the male population was higher than the female by a ratio of 2:1 and that the main cause was heartbreak (67%), prioritizing psychosocial factors over biological, also, the persistence of depressive symptoms was evident after the emergency is over, so it is important to seek deeper into the origins of depression and fully treat the patient as far as possible to achieve reintegrate into society.

Keywords: suicide attempt, depression, autolysis, biological and psychosocial factors.

3. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio¹, generando un problema ético y una urgencia clínica, encontrando su origen en una compleja combinación de factores biológicos y psicosociales, que determinan la aparición, consolidación y desarrollo de los síntomas².

En cuanto a los factores biológicos, se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino³; de igual manera la asociación de enfermedades físicas como hepatitis, hipoglucemia, infecciones, problemas del sistema nervioso o del cerebro; o el efecto de ciertos fármacos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales como el Aciclovir, Antiepilépticos, Benzodiacepinas, estatinas, calcioantagonistas, bloqueantes beta, entre otros; o la inducción de depresión por consumo de drogas e incluso transmisión genética de mecanismos que inducen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia.⁴

De igual manera las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor

¹ OMS. "Depresión". Octubre 2012

² Zarragoitia, I. Depresión, Generalidades y Particularidades. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas. 2011.

³ Montes, C. La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. 2004

⁴ Vallejo, J. "Introducción a la psicología y a la psiquiatría" Editorial Masson quinta edición, Barcelona España. 2003.

exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración.⁵ En Ecuador, el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana define que el ahorcamiento y la intoxicación son las formas más comunes de suicidarse. A estas le siguen la muerte por arma blanca, de fuego y por precipitación (lanzarse de un puente o un edificio), y a nivel nacional, según cifras de la Dirección Nacional de la Policía Judicial reflejan que entre enero y octubre del 2010 se registró el suicidio de 611 personas, 40 muertes más (571) que en el mismo periodo, pero en el 2009, dato que evidencia que dos personas decidieron diariamente quitarse la vida en algún lugar del Ecuador. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada 40 segundos alguien se suicida en el mundo, existiendo un millón de personas que a causa de un cuadro depresivo culminan con su vida, y que para el 2020 esta cifra crecerá a 1,5 millones.⁶

Según Silvio Fonseca, psicólogo de la Policía Judicial del Ecuador, cuando una persona toma la decisión de terminar con su vida ha pasado un tiempo con depresión severa, por eso la ayuda médica es vital para evitar consecuencias trágicas, y reconoce que las épocas más conflictivas en el tema de suicidios son la adolescencia y la edad adulta de la jubilación; en el primer caso, coinciden con los meses en que culminan las clases en las regiones Costa y Sierra: muchos chicos no soportan un fracaso estudiantil y optan por atentar contra su vida. En cuanto a los adultos mayores de 60 años, las épocas festivas, especialmente la Navidad, son las más proclives para terminar con su vida, tomando en cuenta que esta edad coincide con ser jubilado, siendo muy pocas las acciones que ha tomado el Estado para mantenerlos en ocupaciones que los alejen de la depresión. Así mismo se explica que no existen estudios que definan si una clase social es más proclive al suicidio, aunque resalta que un buen porcentaje de este

⁵ Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Mex 2013; 55:74-80.

⁶ El Universo. "Un promedio de dos personas se suicidan al día en Ecuador". Quito. Febrero 2011.

tipo de muertes violentas son registradas en barrios localizados en las periferias de las grandes ciudades o en zonas rurales. (El Universo, 2011)

En las personas de hasta 40 años, la muerte por un suicidio que viene condicionado por una depresión es la causa más común de fallecimiento después de la muerte por accidentes. Prácticamente todos los pacientes con depresiones graves han tenido, como mínimo, pensamiento suicidas. Si la depresión se reconoce y se trata, desaparece también este fuerte deseo de morir.⁷

Por otra parte, la intoxicación aguda es el conjunto de síntomas como consecuencia inmediata de la absorción de una dosis importante de un producto tóxico ingerido o inhalado en una sola vez, o en varias pero muy seguidas (subaguda).⁸ En este caso, las manifestaciones son muy llamativas e incluso puede dar lugar a la muerte.

En un estudio realizado en Bogotá – Colombia, se encontró que hasta el tercer trimestre del 2012 se reportaron al Sistema de Vigilancia Obligatoria (SIVIGILA) 4028 casos de intoxicaciones, de las cuales el 82,3% están concentradas en exposición a fármacos, psicoactivos y el grupo denominado otras sustancias químicas, en el orden mencionado, siendo los fármacos los de mayor frecuencia con el 41,5% de los casos. De todos estos casos el 50,2% de las intoxicaciones por tipo de exposición, corresponden a intentos suicidas y a exposiciones delictivas, siendo la principal causa de intoxicación por tipo de exposición la intencional suicida con 1143 casos (28,4%) y una mayor intencionalidad suicida por parte del género femenino con un 65,7% respecto de un 34,3% en hombres; y 3 de las 7 muertes que se dieron fueron por exposición con este fin.⁹

⁷ Keck, M. La depresión. Lundbeck, Suiza. 2010.

⁸ Asociación Sudamericana de Psiquiatría. Guía práctica del tratamiento y causas de los desórdenes depresivos ed. Septiembre 2007.

⁹ González, Y. Reporte de las intoxicaciones agudas asociadas a exposición a sustancias químicas reportadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológico – SIVIGILA hasta el tercer trimestre del año 2012 en la ciudad de Bogotá D.C. Bogotá D.C. – Colombia. Octubre 2012.

A nivel nacional, de acuerdo a la información proporcionada por la Dra. Consuelo Meneses, Directora del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIATOX), el mayor número de suicidios o intento de suicidio en el 2010, se presentan con PARAQUAT (un biológico usado como herbicida cuaternario de amonio. Es venenoso para los humanos si es ingerido) y CAMPEÓN (un carbamato, vendido como veneno común para ratas, gatos y perros que ingerido puede causar la muerte), plaguicidas y herbicidas de fácil acceso y bajo costo en todo el país.

De igual manera, más de la mitad de las intoxicaciones registradas por el CIATOX son de tipo intencional (63%), seguido por intoxicaciones accidentales (35%); y según la información registrada por esta organización los factores que inciden en las intoxicaciones intencionales se relacionan con:¹⁰

- Problemas psicosociales:
 - Problemas familiares
 - Embarazos adolescentes o no deseados
 - Violencia intrafamiliar
- Fácil acceso a sustancias peligrosas:
 - Venta de plaguicidas ilegales

Por lo antes expuesto, la presente investigación tiene la finalidad de determinar los factores que inducen al desarrollo de depresión como causa de intento autolítico, y así no solo se atienda la emergencia, sino se le dé la importancia que le corresponde a los factores desencadenantes de este cuadro, y una vez identificados proporcionar la ayuda farmacológica y psicoterapéutica adecuada, para tratar de que este individuo se incorpore nuevamente a la sociedad, y en lo posible no repita sus acciones las mismas que en próximas ocasiones pueden llegar a tener éxito, ocasionando gran impacto social.

¹⁰ Universidad San Francisco de Quito. "Perfil Nacional para la gestión de Sustancias Químicas del Ecuador 2011" [en línea]. Quito, Ecuador: Ministerio de Medio Ambiente; 2011 [citado: 2013/05/02]. Disponible en: <http://web.ambiente.gob.ec/>

Para esto, en la presente investigación se ha planteado como objetivo general: *Determinar los Factores Biológicos y Psicosociales y su relación con el intento de suicidio por intoxicación aguda en la Ciudad de Loja*, y objetivos específicos: *Identificar los factores biológicos que intervienen en la instauración de un cuadro depresivo en pacientes intoxicados por varias sustancias con finalidades suicidas; Describir los factores psicosociales que intervienen en la causalidad de un cuadro depresivo en pacientes intoxicados por varias sustancias con finalidades suicidas; y Elaborar un tríptico informativo acerca del manejo del paciente con intento de suicidio, conociendo sus causas y complicaciones para llegar a su correcta orientación y tratamiento, dirigido al personal médico y paramédico del Hospital Isidro Ayora.*

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, con un Universo conformado por los casos de intoxicaciones por varias sustancias en pacientes que acudieron a la Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Isidro Ayora, entre los meses de Junio a Noviembre del año 2013, y que dicha intoxicación sea voluntaria para autolisis, excluyéndose a aquellos en que la misma fuera accidental; aplicándose a esta población una entrevista formulada mediante la elaboración de un instrumento de recolección de datos (cuestionario).

Se determinó que de los 15 casos que cumplieron dichos criterios, los factores psicosociales, fueron los que más incidían por sobre los biológicos, y la edad donde más se desarrollaban los cuadros depresivos era la comprendida entre los 16 y 30 años y que de todos, las decepciones amorosas (67%) son la principal causa, y a diferencia de otros trabajos investigativos en la presente, el género masculino ocupa el primer lugar con una relación de 2:1 en comparación al género femenino.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. DEPRESIÓN

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo. (Berenzon y Col, 2013).

Por depresión se entiende a la presencia de síntomas afectivos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Así mismo es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro de la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar, el lamento principal podría consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana. De igual forma es importante tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.¹¹

¹¹ Alberdi, J; Taboada, O; Castro, C; Vázquez, C. Depresión. Guías clínicas 2009. Fisterra. Coruña – España.

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del género femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad¹²; aunque se pueden presentar en cualquier época de la vida, el promedio de edad para el inicio de la depresión mayor es a los 20 años. Los síntomas del trastorno se desarrollan en días o semanas.¹³

En la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. (Berenzon y Col, 2013)

En cuanto a los factores biológicos, se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino (Montes, C. 2004); de igual manera la asociación de enfermedades físicas como hepatitis, hipoglucemia, infecciones, problemas del sistema nervioso o del cerebro; o el efecto de ciertos fármacos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales como el Aciclovir, Antiepilépticos, Benzodiacepinas, estatinas, calcioantagonistas, entre otros; o la inducción de depresión por consumo de drogas e incluso transmisión genética de mecanismos que inducen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia. (Vallejo, J., 2003)

¹² Urdaneta, J.; Rivera, A., García, J.; Guerra M, Baabel, N. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev CHIL OBSTET GINECOL 2010; Pág: 312 – 320.

¹³ FAVA M. CASSANO P. Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008, cap 29.

Hay muchas formas de depresión. La diferencia a resaltar es la presencia o no de antecedentes de episodios de manía: Los episodios depresivos cursan con síntomas tales como el ánimo en menos, pérdida de interés y placer, y aumento de la fatigabilidad. Según el número y la severidad de los síntomas, puede clasificarse como leve, moderado o severo. Alguien con un episodio leve tendrá alguna dificultad para seguir adelante con su trabajo y actividades sociales pero no dejara de funcionar completamente. Pero durante un episodio severo, es muy poco probable que la persona pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas.¹⁴

4.1.1. DEPRESIÓN MAYOR

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas.¹⁵ Un episodio depresivo mayor puede comenzar en cualquier momento de la vida, generalmente entre los 20 y los 30 años.¹⁶

¹⁴ World Federation for Mental Health. Depresión: Una Crisis Global. 2012.

¹⁵ Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona. Masson. 2002.

¹⁶ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio se ha ido reduciendo progresivamente. El curso de un episodio depresivo mayor es variable. Algunas personas han tenido un único episodio, separado por muchos años de cualquier síntoma depresivo, mientras otras tienen grupos de episodios y continúan teniéndolos con mayor frecuencia a medida que envejecen. Los síntomas del episodio depresivo mayor generalmente se desarrollan en días o semanas. Un período prodrómico puede incluir síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva leve, que pueden durar semanas a meses, previos al comienzo del desarrollo completo del episodio depresivo mayor; su duración también es variable. Un episodio no tratado, típicamente es de 4 meses o más, sin contemplar la edad de inicio. En la mayoría de los casos, existe una remisión completa de síntomas y la funcionalidad regresa al nivel premórbido. La remisión parcial que sigue a un episodio depresivo mayor puede ser predictor del patrón de episodios posteriores (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El número de episodios previos augura la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo mayor. Así, el 60% de las personas con un único episodio pueden esperar un segundo. Las personas que han tenido 2 episodios, tienen un 70% de tener un tercero y los individuos con 3 episodios, tienen un 90% de posibilidades de tener un cuarto. Cerca de un 5 a un 10% de personas con un episodio depresivo mayor único desarrollan un episodio maniaco posterior. Un número de individuos tienen un trastorno distímico preexistente al inicio del trastorno depresivo mayor de episodio único. Alguna evidencia sostiene que estas personas tienen más posibilidades de desarrollar un segundo episodio, baja recuperación interepisódica y pueden requerir una intervención de fase aguda más intensiva y un mayor tiempo de terapia de mantenimiento para lograr y mantener un completo, largo y duradero estado eutímico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

La presencia de desórdenes depresivos mayores y distimia son muy frecuentes en mujeres y hombres. Los estudios muestran que un 21.3% de las mujeres y un 13.7% de los hombres experimentan un desorden de depresión mayor y que el 8% de las mujeres y el 4.8% de los hombres experimentan distimia.¹⁷

De igual forma está asociada con un aumento diez veces mayor de riesgo de una discapacidad clínica significativa. Esto pone en manifiesto la potencial importancia del abordaje de la depresión como un factor determinante de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, exacerbando el dolor, el sufrimiento y la discapacidad. Tener depresión aumenta por cuatro el riesgo de suicidio en comparación con la población general y éste se eleva a casi 20 veces más en los enfermos más graves¹⁸, por lo que es necesario realizar una anamnesis exhaustiva (ANEXO 1 - Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

4.1.2. DISTIMIA

La distimia se define como un trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños. El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnias; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza. Según el DSM 5, se clasifica en dos subtipos: la distimia de inicio temprano, antes de los 21 años, y la de inicio tardío después de los 21 años. Generalmente antes de los 21 años se puede observar trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad y algunos síntomas vegetativos. (ANEXO 2)¹⁹

¹⁷ Trivedi, M. Using treatment algorithms to bring patients to remission. J Clin Psychiatry. 2010.

¹⁸ García Herrera, B; Noruegas, M; Muñoz, F. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga. 2011.

¹⁹ Jiménez, Miriam E.; Gallardo, Geisa B.; Villaseñor, Teresita; González Garrido, Andrés A. La distimia en el contexto clínico. Revista Colombiana de Psiquiatría, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, D.C., Colombia. Vol. 42, núm. 2, 2013, pág.: 212-218.

4.1.3. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, caracterizada por un estado de ánimo fluctuante entre dos polos opuestos: la manía/hipomanía (fase de exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión (fase en la que predomina la tristeza, inhibición e ideas de muerte). Es una enfermedad crónica, con un curso fásico y recurrente, que debe ser diagnosticada oportunamente debido a que limita la funcionalidad del paciente, implica una enorme carga socioeconómica y está asociada a una alta morbilidad y mortalidad si ésta no es tratada. La edad promedio para el diagnóstico es habitualmente a los 21 años, con un intervalo entre 5 a 10 años desde la edad de inicio de los síntomas al inicio del tratamiento. El comienzo temprano se asocia con el género femenino. El 90% de los pacientes que presentan un episodio de manía tendrán otro dentro de 5 años. El 90% de los pacientes con trastorno bipolar tendrán al menos una hospitalización psiquiátrica. Su curso está influenciado por la alta tasa de comorbilidad con abuso de sustancias y alcohol. Se ha estimado que entre el 25 al 50% de los pacientes con trastorno bipolar tiene un intento de suicidio al menos en su vida y que el 7 al 15% mueren por esta causa, considerándose como principales factores de riesgo la historia personal o familiar de conducta suicida, severidad y número de los episodios depresivos, abuso de alcohol o de sustancias, nivel de impulsividad o agresión y temprana edad de comienzo de la enfermedad.²⁰

4.1.4. TRASTORNO ADAPTATIVO

El trastorno adaptativo comprende el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento como respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: a) Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés,

²⁰ Guía Clínica AUGÉ. Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013. Chile.

teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas; b) Deterioro significativos en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente, además los síntomas no representan el duelo normal y estos una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado no se mantienen durante más de otros seis meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

4.1.5. DUELO PATOLÓGICO

El proceso de duelo anormal puede adoptar formas que van desde el retraso en su aparición hasta ausencia y, por el otro extremo, un duelo excesivamente intenso, doloroso y prolongado. Un grupo especial lo conforman personas que a partir de una pérdida presentan ideas y actos suicidas o síntomas claramente psicóticos. Las personas que se encuentran aisladas socialmente y que tienen sentimientos de culpa por la responsabilidad que imaginan han tenido en la muerte del ser querido, son quienes se consideran de mal pronóstico en la aceptación del duelo. Igual ocurre con aquellos individuos que mantienen relaciones de dependencia extrema: hijos pequeños, ancianos, matrimonios con características pasivo-dependientes o personas que han sostenido con el muerto relaciones afectivas ambivalentes.²¹

Una ocasión especial para un duelo patológico, e infortunadamente frecuente en algunos países latinoamericanos es la "desaparición" del ser querido luego de un secuestro, donde nunca se llevó a cabo una negociación y no se recupera el cadáver de la persona secuestrada. Lo anterior se parece mucho a los duelos experimentados por los sobrevivientes de grandes catástrofes naturales o de actos terroristas, en lo que no existe la posibilidad de fundamentar el duelo con la presencia del cadáver y las ceremonias que la cultura prescribe. Otras formas de expresión de un duelo patológico se dan por la adopción inconsciente de

²¹ Gómez, C; Hernández, G; Rojas, A; Santacruz, H. Psiquiatría Clínica, Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Tercera Edición. 2011. Editorial Panamericana. Pág.: 334.

algunos rasgos del fallecido al atesorar su pertenencias, creer que uno mismo es el fallecido, escuchar su voz en una alucinación auditiva muy bien estructurada y persistente e, incluso, la negación total de la muerte, como ocurre con frecuencia en los sobrevivientes de los desastres naturales. (Gómez, C y col. Panamericana, 2011).

4.1.6. DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SOMÁTICAS

La depresión puede ocurrir con el abuso de alcohol o tóxicos y de igual manera con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

La depresión mantiene una relación etiológica tanto con factores de estrés ambiental, como con un amplio grupo de enfermedades somáticas, entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y neurológicas. En estos casos, pueden estar implicados tanto mecanismos fisiopatológicos comunes, como la respuesta emocional adaptativa ante una enfermedad grave. En cualquier caso, la aparición de la depresión es siempre una complicación grave en el curso de una enfermedad. Las consecuencias pueden consistir en agravamiento de la sintomatología, deterioro funcional, mal cumplimiento terapéutico, aumento del sufrimiento del paciente y de sus cuidadores, y riesgo de suicidio²²

4.1.7. DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Los trastornos depresivos en el adulto mayor parten de dos elementos: la presencia de un estado de tristeza en el que no hay una mayor disfuncionalidad consigo mismo ni con su entorno, o un estado depresivo en el que se evidencia dicha funcionalidad, con una tristeza patológica y con una pérdida marcada del placer y del interés por sus actividades y aficiones, además de alteraciones en sus ciclos circadianos y quejas somáticas. Se debe determinar la presencia de ideación suicida. Los estados emocionales del adulto mayor pueden ser debidos

²² Baquero, M; García-Ramos, R; Olivera, F; col. Depresión en pacientes con enfermedades neurológicas. Sociedad Española de Neurología. Barcelona-España. 2012.

a una psicopatología particular, comorbilidad mental u orgánica, y un estado afectivo propio de la edad. La clínica está determinada por la presencia patológica, trastornos del sueño, alteración vegetativa, quejas somáticas, disfuncionalidad cognoscitiva, alteraciones del conocimiento, todo lo cual lo lleva a perder su capacidad de placer y de interés con alto grado de disfuncionalidad consigo mismo y su entorno. El curso clínico depende del tipo de trastorno depresivo, cronicidad, comorbilidad mental u orgánica, detección precoz de la sintomatología, apoyo familiar, al tratamiento y la oportunidad de instaurar un tratamiento integral (Gómez, C y col. Panamericana, 2011).

4.1.8. DEPRESIÓN MATERNA

La depresión afecta tres veces más a mujeres que están criando. Se acompaña de alto sufrimiento emocional y repercute en cómo cuida de sí misma y de sus hijos. La depresión perinatal, es la que se presenta durante el embarazo y hasta un año después del parto, y tiene una prevalencia del 10 - 15 % en las madres y un 4% en los padres. La depresión postparto en adolescentes alcanza rangos de 28 - 48%, en mujeres que viven en extrema pobreza se ve sobre el 38% y en las madres con hijos en UCI neonatal se encuentra entre el 28 – 70%.²³

Este tipo de depresión se caracteriza por compromiso del estado del ánimo o pérdida de interés o placer, con cambios del apetito y alteración del ritmo de sueño, reducción de energía, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultades del pensamiento, alteraciones de la concentración, dificultad para tomar decisiones con pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, a, todos estos síntomas la dejan menos disponible para el cuidado y atención a los hijos (Castro, P. 2011).

La depresión materna no tratada se ha asociado a resultados reproductivos y perinatales adversos: abortos, restricción del crecimiento fetal, parto prematuro, irritabilidad neonatal, menor expresividad facial y atención. El número de

²³ Castro, P. Depresión Materna y desarrollo infantil. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. Chile. Agosto 2011.

investigaciones sobre el efecto de la depresión materna en el desarrollo de los niños a largo plazo es escaso, pero también se han descrito algunos problemas, como trastornos de conducta, requerimiento de tratamiento psiquiátrico y mayor tendencia al suicidio.²⁴

El estilo depresivo previo al embarazo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre y si se asocia con falta de apoyo conyugal ó embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de depresión 6 meses después del parto. Por otra parte las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre están determinadas por factores psicosociales (situación económica, problemas de vivienda, situación laboral, etc.), síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos, anorexia) factores obstétricos, falta de atención materna, embarazo no deseado, escaso apoyo conyugal y puntuaciones altas en neuroticismo.²⁵

Actualmente se considera que aproximadamente el 50% de la mujeres presentan depresión perinatal, frente a un 16% que la siguen padeciendo después del parto, y que en ambos casos puede ser prevenida con un seguimiento de la mujer durante el proceso del embarazo (Fernández, L., 2003)

4.2. SUICIDIO

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo, cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad. Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una

²⁴ Gaynes, B., Gavin N., Meltzer, S., Lohr, K. y col. Perinatal depression: prevalence, screening, accuracy and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess. 2005.

²⁵ Fernández, L., Sánchez, A. LA DEPRESIÓN EN LA MUJER GESTANTE Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL. Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental. Salamanca, España. 2007.

de estas manifestaciones que conllevan más allá de la intencionalidad supuesta.²⁶

El acto suicida se refiere todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado, de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil. El comportamiento suicida va desde la ideación, en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho.²⁷

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. (ANEXO 2)

4.2.1. IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas. La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados.²⁸

²⁶ Altavilla, D. Antequera, A. "Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Argentina: Ministerio de Salud; 2012

²⁷ Contreras F. acciones de atención primaria en salud en la relación de redes sociales y suicidio en Colombia. Investigación seguro social salud 2007; 9: 123-39.

²⁸ Bobes, J; Giner, J. "Suicidio y Psiquiatría". Madrid, España: Editorial Triacastela; 2011

4.2.2. INTENTO DE SUICIDIO

Se puede distinguir entre el intento de suicidio propiamente dicho y la tentativa. En el primero, la persona está decidida a consumar la autolisis y por causas ajenas no se produce; en la segunda, no existe verdadera voluntad de perder la vida, sino más bien la de llamar la atención sobre sí mismo o sobre algún problema relacionado.²⁹

Los intentos de suicidio, además de suponer un problema de primera magnitud en salud pública, representan una urgencia psiquiátrica frecuente, incluso la más común, para algunos autores. Los métodos pueden ser relativamente no violentos (como envenenamiento o sobredosis) hasta los violentos (como dispararse con un arma). La ingestión de fármacos es el método más frecuente de tentativas autolíticas, y abarca alrededor de las tres cuartas partes de los casos, según algunos trabajos. Es sabido que los antecedentes de un intento de suicidio son un importante predictor tanto de futuros intentos como de suicidio consumado. Un metaanálisis reveló que el riesgo de suicidio consumado tras un intento es 40 veces mayor del que podría esperarse por el azar.³⁰

4.2.3. FACTORES DE RIESGO (Gómez, C y col. Panamericana 2011):

- **Demográficos:** Existe mayor riesgo en ancianos y adolescentes. Respecto al género, el intento de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (3:1), y en estos últimos es más común el suicidio consumado. Así mismo sugieren que existe un mayor riesgo para el suicidio en personas que residen en áreas rurales.
- **Psiquiátricos:** Cerca del 90% de los suicidios en todos los grupos de edad están relacionados a enfermedades psiquiátricas y a los trastornos adictivos.

²⁹ Guerra, J. Lerma, A. Haranburu, M. "Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio". San Sebastián, España: Formación Acreditada. 2010.

³⁰ Benítez, N. Luna, N. Pereira, M. "CONDUCTA SUICIDA EN LA CIUDAD DE PASO DE LOS LIBRES – CORRIENTES". Libres – Corrientes, Argentina; 2010.

- **Médicos:** Las patologías médicas se asocian a un 35-40% de los suicidios consumados. Dentro de éstas las más frecuente asociadas son las patologías terminales (cáncer avanzado, SIDA, insuficiencia renal crónica, dolores crónicos, etc.). Esta incidencia aumenta en un 70% en personas mayores de 60 años.
- **Sociales:** Los factores asociados con intento de suicidio son: viudez, divorcio, separación, vivir solo, aislamiento social, pérdida personal reciente, desempleo, jubilación, problemas económicos, problemas legales y poseer un arma de fuego.

4.3. INTOXICACIÓN AGUDA

La intoxicación se define como la aparición de efectos nocivos relacionados con la dosis tras la exposición a sustancias químicas, fármacos u otros xenobióticos. En España suponen el 1,72% de las urgencias. Aunque su pronóstico en general es bueno, puede ser potencialmente grave, y en ocasiones una emergencia médica. Un 20% requieren ingreso hospitalario, falleciendo el 1%.³¹

Un tóxico es una sustancia de naturaleza química que, dependiendo de la concentración que alcance en el organismo y el tiempo que suceda, actúa sobre sistemas biológicos causando alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas; generalmente trae consigo efectos nocivos que pueden ser desde leves hasta mortales.³²

Una intoxicación aguda es una urgencia médica que requiere tratamiento inmediato, por lo que en todos los niveles asistenciales debe existir un plan terapéutico específico y no esperar a que este sea remitido a un nivel de atención superior.³³

³¹ Cisneros, J; Carneado, J. "Intoxicaciones Agudas" Manual de Urgencias. Hospitales Universitarios Virgen del Rosario. 2009. Pág.: 241.

³² Fernández, F; Socorro, M; "Epidemiología de las intoxicaciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Tercer Nivel. Reporte de cinco años". Archivos de Medicina de Urgencia de México. Vol. 5, Núm. 1. Enero-Abril 2013.

³³ Puente, V; Zayas, J. "Caracterización de pacientes con intoxicación aguda por psicofármacos". Policlínico Universitario "Carlos J. Finlay", Santiago de Cuba, Cuba. 2011.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de carácter descriptivo de corte transversal.

5.2. UNIVERSO

El universo de esta investigación estuvo conformado por todos los pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Isidro Ayora, con cuadro clínico de intoxicación aguda durante el periodo Junio – Noviembre 2013.

5.3. MUESTRA

Estuvo constituida por toda la población de intoxicaciones agudas que acudió al servicio de emergencia del Hospital Isidro Ayora en el periodo antes mencionado, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

En esta investigación se incluyeron aquellos casos en los que la intoxicación sea voluntaria, para autolisis.

Criterios de Exclusión:

En esta investigación se excluyeron todos los casos de intoxicación aguda causada de manera accidental ya sea por motivos laborales o por desconocimiento, por otro lado, se excluyó a todos los pacientes en estado de inconsciencia, y sin familiares, o que hayan fallecido.

Bajo estos criterios, se determinó por muestreo no probabilístico, un total de 20 pacientes ingresados por intoxicación aguda por intento de suicidio, de los cuales 3 fallecieron y 2 pacientes no pudieron proporcionar información por su estado general y falta de colaboración de familiares, permitiendo el estudio de 15 pacientes.

5.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Documentales para elaborar el planteamiento del problema, el marco teórico, hacer el análisis y conclusiones de la investigación.

De campo, para obtener información relacionada con el motivo biológico y/o psicosocial que propició la autolisis.

Técnica utilizada para la recolección de datos:

La recolección de datos se realizó por medio de una entrevista (ANEXO 4), la misma que fue estructurada basándose en las variables seleccionadas según los objetivos, mediante la elaboración por parte de la investigadora de un instrumento de recolección de datos (cuestionario) con el fin de diferenciar los factores biológicos de los psicosociales como causas que motivan el intento de suicidio por su asociación con el desarrollo de un cuadro depresivo.

En lo referente a los factores biológicos se consideró a todas las situaciones clínicas previas como: cuadro de depresión anterior, embarazo adolescente y/o no deseado, enfermedades de base, uso de medicamentos, antecedentes personales y/o familiares de enfermedad psiquiátrica; mientras que para la evaluación de factores psicosociales se tomó en cuenta: el género, edad, estado civil, instrucción, consumo de sustancias adictivas, situación Laboral, lugar de residencia, entorno social, duelo, entre otros.

Tabulación y análisis de datos:

Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados mediante el programa Excel, en el mismo que se elaboró una base de datos.

Representación gráfica:

Se utilizó el programa Excel para el diseño de los gráficos y tablas que muestran los resultados de esta investigación.

6. RESULTADOS

FACTORES BIOLÓGICOS

Cuadro #1

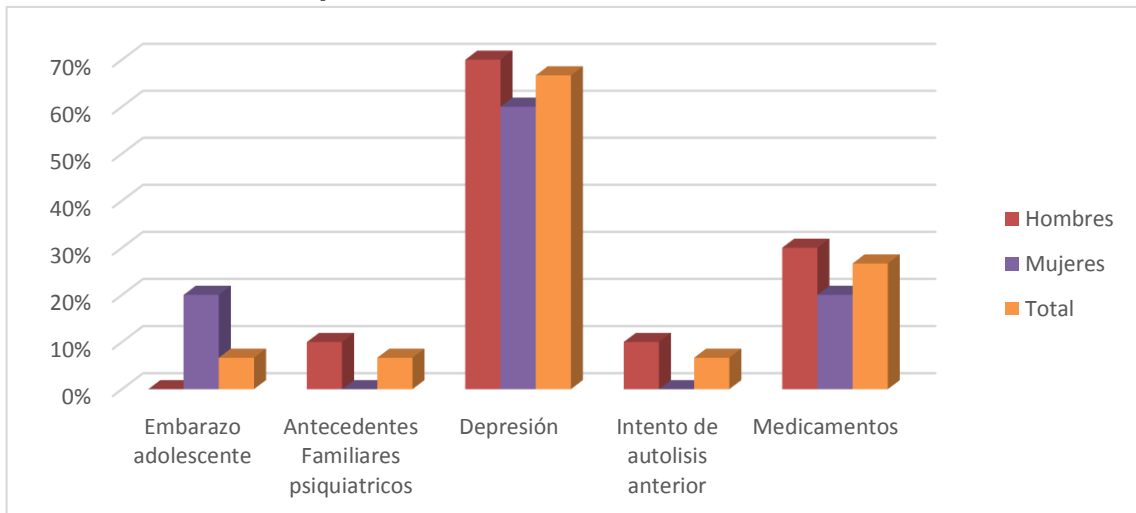
Estado premórbido de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Estado premórbido	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Embarazo Adolescente	0	0%	1	20%	1	7%
Antecedentes familiares psiquiátricos	1	10%	0	0%	1	7%
Depresión	7	70%	3	60%	10	67%
Intento de autolisis anterior	1	10%	0	0%	1	7%
Medicamentos	3	30%	1	20%	4	27%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #1

Estado premórbido de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: En el presente gráfico se evidencia que la depresión estuvo presente en la mayoría de los pacientes (67%), el uso de medicamentos sólo estuvo en el 27% y los antecedentes patológicos familiares de enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia) y embarazo adolescente estuvo en el 7%. En ninguno de los entrevistados se registró antecedente patológico personal ni enfermedad de base.

FACTORES PSICOSOCIALES

Cuadro #2

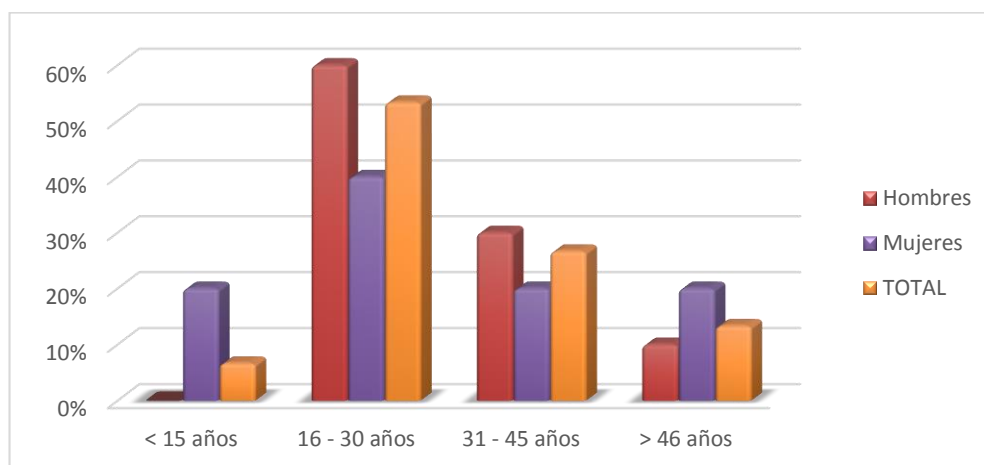
Distribución por edad y género de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Edad	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
< 15 años	0	0%	1	20%	1	7%
16 - 30 años	6	60%	2	40%	8	53%
31 - 45 años	3	30%	1	20%	4	27%
> 46 años	1	10%	1	20%	2	13%
Total	10	100%	5	100%	15	100%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #2

Distribución por edad y género de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: El presente gráfico indica que de 15 personas que fueron encuestadas, 10 son hombres y 5 mujeres con una relación de 2:1 respectivamente y que las edades donde se observó mayor presencia de intentos autolíticos en pacientes con depresión fue entre los 16-30 años (53%), seguida por 31-45 años (27%).

Cuadro #3

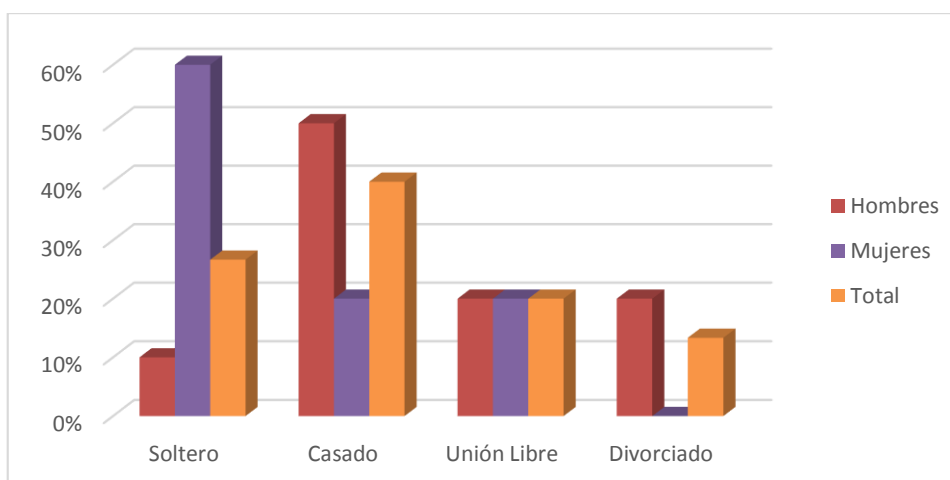
Estado Civil de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Género	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Soltero	1	10%	3	60%	4	27%
Casado	5	50%	1	20%	6	40%
Unión Libre	2	20%	1	20%	3	20%
Divorciado	2	20%	0	0%	2	13%
Total	10	100%	5	100%	15	100%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #3

Estado Civil de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: En el presente gráfico se observa que la población más afectada es la que mantiene un estado civil casado (40%), seguido por soltero (27%), sin embargo se debe destacar que las mujeres en su mayoría son solteras (60%) o no presentan una relación formal.

Cuadro #4

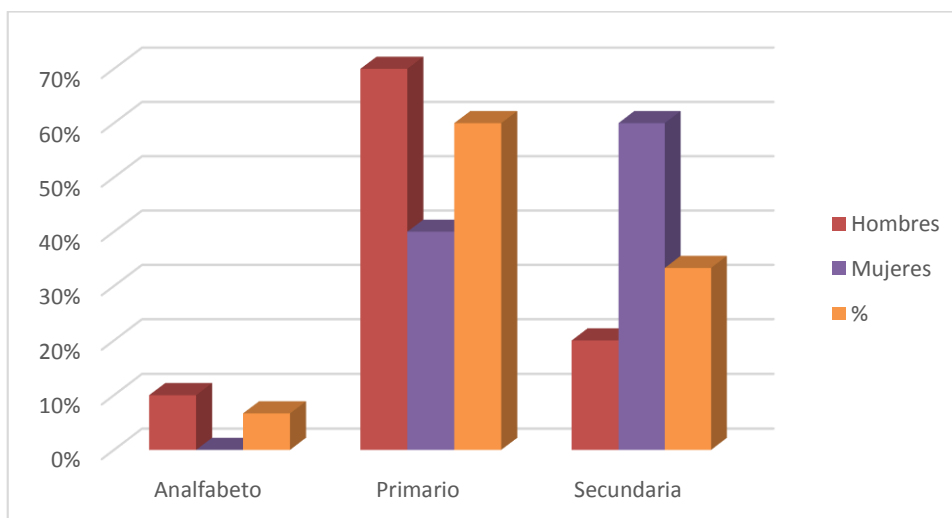
Instrucción de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Género	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Analfabeto	1	10%	0	0%	1	7%
Primario	7	70%	2	40%	9	60%
Secundaria	2	20%	3	60%	5	33%
Total	10	100%	5	100%	15	100%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #4

Instrucción de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: El gráfico anterior muestra que del total de la población la mayoría había aprobado la primaria (60%), seguido de la secundaria (33%), el mismo que es más importante en los hombres (70% de la población aprobada la primaria).

Cuadro #5

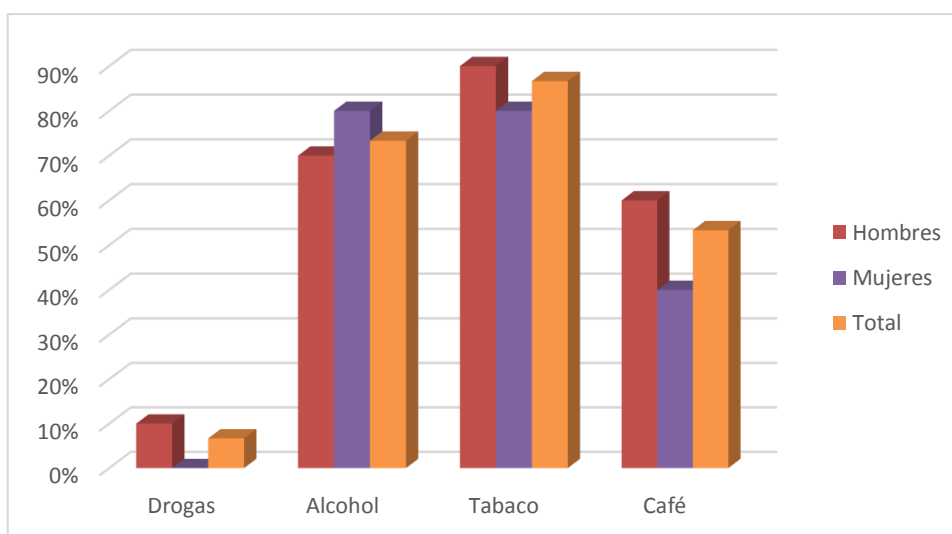
Consumo de Sustancias adictivas de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Género	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Drogas	1	10%	0	0%	1	7%
Alcohol	7	70%	4	80%	11	73%
Tabaco	9	90%	4	80%	13	87%
Café	6	60%	2	40%	8	53%
Total	10	100%	5	100%	15	100%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #5

Consumo de Sustancias adictivas de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: El gráfico representa las tendencias a consumo de sustancias adictivas de la población estudiada, evidenciándose que el tabaco (87%) y el alcohol (73%) son aquellas que presentan mayor uso siendo casi equitativo su uso entre hombres y mujeres.

Cuadro #6

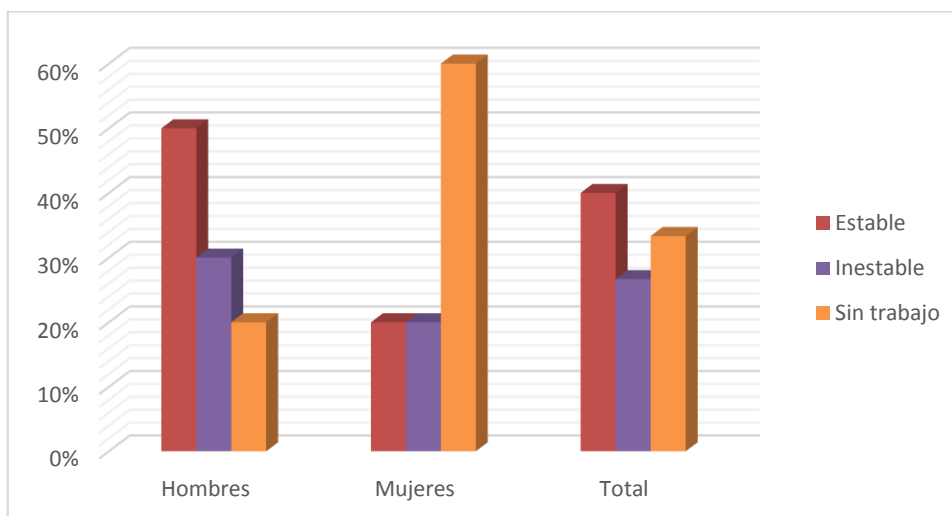
Situación laboral y económica de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Género	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Estable	5	50%	1	20%	6	40%
Inestable	3	30%	1	20%	4	27%
Sin Trabajo	2	20%	3	60%	5	33%
Total	10	100%	5	100%	15	100%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #6

Situación laboral de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: En esta gráfica se representa la situación laboral y económica de los pacientes que fueron estudiados, donde si bien los trabajos estables son los que predominan (40%), aquellos que no tienen trabajo (33%) son un grupo representativo, principalmente dentro del grupo de las mujeres (60%).

Cuadro #7

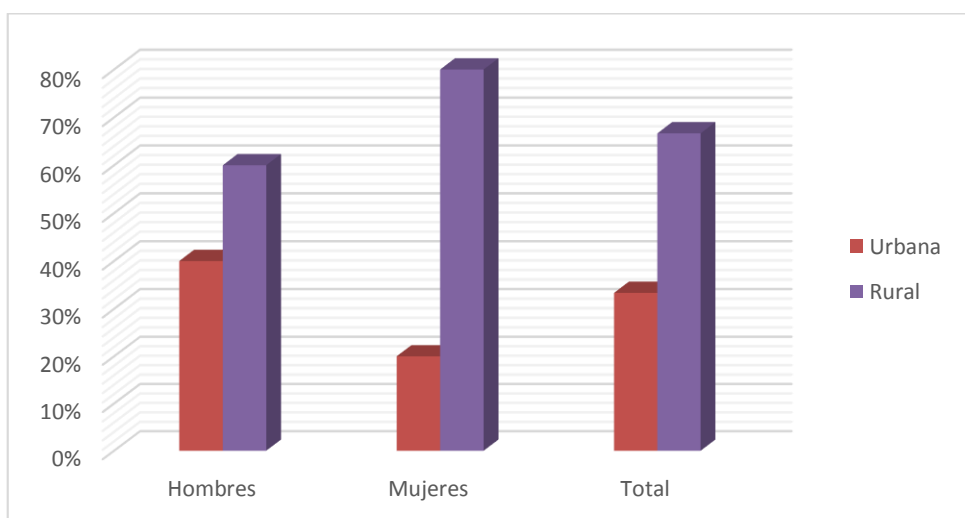
Lugar de residencia de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Género Residencia	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Urbana	4	40%	1	20%	5	33%
Rural	6	60%	4	80%	10	67%
Total	10	100%	5	100%	15	100%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #7

Lugar de residencia de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: De la población estudiada, el presente gráfico representa que aquellos que han intentado terminar con su vida por estado depresivo la mayor parte vive en zonas rurales con el 67%, mientras que la población urbana representa el 33%.

Cuadro #8

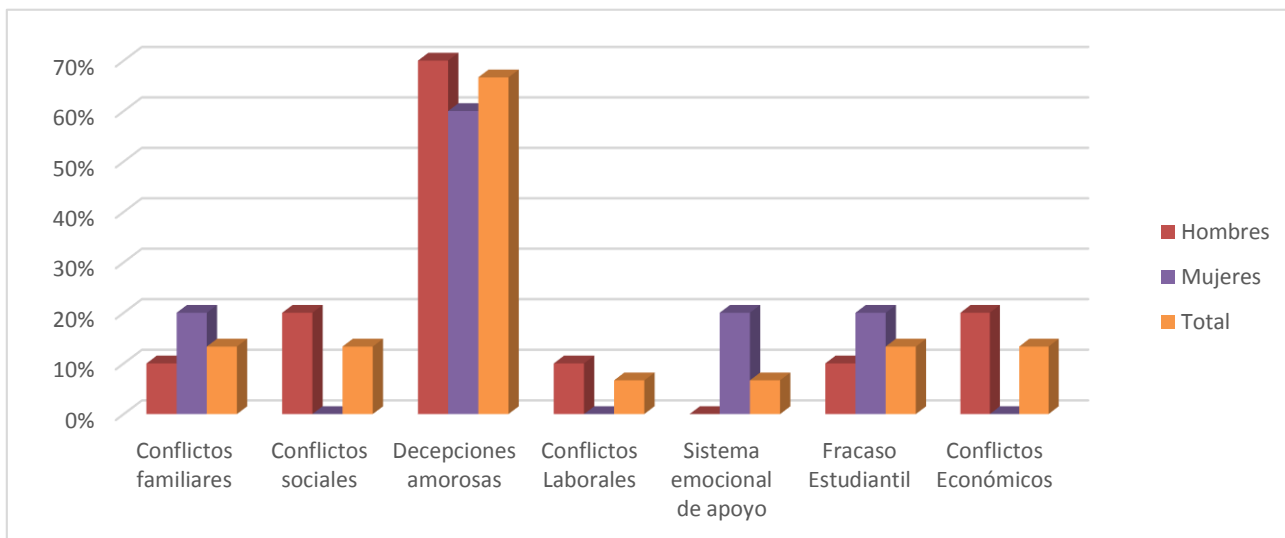
Entorno social de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013

Entorno Social	Género	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	%
Conflictos familiares		1	10%	1	20%	2	13%
Conflictos sociales		2	20%	0	0%	2	13%
Decepciones amorosas		7	70%	3	60%	10	67%
Conflictos Laborales		1	10%	0	0%	1	7%
Sistema emocional de apoyo		0	0%	1	20%	1	7%
Fracaso Estudiantil		1	10%	1	20%	2	13%
Conflictos económicos		2	20%	0	0%	2	13%

Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Gráfico #8

Entorno social de pacientes con cuadro depresivo que acudieron al Hospital Isidro Ayora por Intoxicación Aguda por intento autolítico, periodo Junio – Noviembre 2013



Fuente: Entrevista dirigida a pacientes con intoxicación aguda con finalidades suicidas
Elaborado por: Ana Katherine Fierro Betancourth

Interpretación: En esta gráfica se evidencia que la principal causa de intento de autolisis de pacientes con cuadro depresivo fueron las decepciones amorosas con igual relevancia en ambos géneros, seguido por conflictos familiares (13%), conflictos sociales (13%) y fracaso estudiantil (13%).

7. DISCUSIÓN

El intento de suicidio se refiere a la circunstancia donde la persona está decidida a consumar la autolisis y por causas ajenas no se produce (Guerra, J. Lerma, A. Haranburu, M, 2010), teniendo como etiología principal la depresión, en estas circunstancias en la población estudiada en la presente investigación se encontraron a 15 personas que cumplieron estas características, en las cuales se determinó que entre los *factores biológicos* estuvo el antecedente de depresión con un 67% de los pacientes, un 7% presenta un antecedente de intento de suicidio anterior y en ningún caso se registró antecedentes patológicos personales clínicos ni psiquiátricos; al comparar estos resultados con los obtenidos en una investigación realizada en el Hospital "Dr. Lucio Molas" de la ciudad de Santa Rosa, La Pampa, Argentina, en el año 2011 donde se encontraron 51,8% de intentos de suicidio previos y los antecedentes psiquiátricos se encontraron en un 25%³⁴, podemos determinar que esto se podría deber a que por la dificultad de acceso a un especialista por parte de nuestra población el diagnóstico temprano se retrasa, por lo que no se puede excluir en totalidad la ausencia de antecedentes psiquiátricos; por otro lado en cuanto a los antecedentes clínicos se debe considerar que por la edad de la población estudiada podría ser un condicionante para que no se encuentren datos que hagan referencia.

Por otra parte, en lo que se refiere a los *factores psicosociales* como desencadenantes de depresión que propician actos autolíticos se encontró que de los 15 casos estudiados, 10 fueron hombres y 5 mujeres con una relación de 2:1 respectivamente y las edades donde se observó mayor presencia de intentos autolíticos fue entre los 16-30 años con 8 casos (53%), seguida por 31-45 años con 4 casos (27%); sin embargo estos datos no concuerdan con otras investigaciones donde por ejemplo en un estudio realizado por La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008) en México, muestran que de 225 intentos de suicidio sólo 63 corresponden a hombres y los restantes 162 son

³⁴ Morra, A. Elorza, C. Echenique, H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. Santa Rosa, La Pampa, Argentina. Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - Nº 15, Junio 2013.

mujeres, y en lo referente a la edad se encontró que la mayor población fue la mayor a los 25 años con 103 casos y entre los 15 a los 24 años 84 casos³⁵.

Según datos obtenidos desde el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, en Quito-Ecuador, las personas solteras tienen mayor tendencia a este acto que quienes poseen otro estado civil, así, el 44.6% de las personas que se suicidaron entre 2007-2008 eran solteras; el 26.9% eran casadas; el 10.87% se encontraban en unión libre; el 3.5% eran divorciados y 13.6% de los casos están aún en investigación³⁶; estos datos se relacionan parcialmente con los obtenidos en este proceso investigativo, pues encontramos que la mayoría de los intentos de suicidio se presentó en aquellos que tenían una relación sentimental (casados 40% y unión libre 20%), destacando que las mujeres en su mayoría eran solteras (60%) o no presentaban una relación formal, esta diferencia pueden deberse a que un gran porcentaje de quienes presentaron un intento autolítico fue por decepciones amorosas (67%).

En lo referente a la instrucción en esta investigación se encontró que de la población, el 60% había aprobado la primaria, seguido de la secundaria con el 33%, lo cual podría reflejar que el intento de autolisis es un problema sociocultural, el mismo que es más importante en los hombres (70% de la población aprobada la primaria); estos datos al compararlos con los obtenidos en la investigación realizada en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba, desde julio del 2008 hasta igual mes del 2009, donde se determinó que los estudiantes universitarios representan el 52,6% de los intentos de suicidio seguido por los estudiantes de secundaria con el 26,3%³⁷; estas diferencias entre las dos poblaciones podrían deberse al tipo de política y a la facilidad de acceso a la educación que varían entre los dos países.

³⁵ Borges, G., Orozco, R., Medina-Mora, ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. Salud Pública México 2012.

³⁶ Betancourt, A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. FLACSO Sede Ecuador - Programa Estudios de la Ciudad. Quito, Ecuador. 2008.

³⁷ Mederos, M., Casas, J., Mederos, J., Melis, V., Pullós, M. Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN. 2011.

El consumo de sustancias, en un estudio realizado en el Hospital "Dr. Lucio Molas" de la ciudad de Santa Rosa, La Pampa, Argentina, en el año 2011, reflejó que un 23,3% de los casos reportados como intento de suicidio consumían alcohol o drogas ilegales (Morra, A y col, 2013), datos que se corresponden con los obtenidos en la presente investigación donde el consumo de alcohol se encuentra en el 73% de la población y el de drogas en el 7%, por lo que podemos determinar que el consumo de sustancias adictivas es muy alto y frecuente en aquellos individuos que intentan suicidarse.

Por otra parte, en lo referente a la situación laboral de los pacientes que fueron estudiados si bien los trabajos estables son los que predominan, hay que tener en cuenta que aquellos que no presentan ingresos estables fue mayoría (trabajo inestable 27% y sin trabajo 33%); en el ENA 2008 en México, se observó una situación similar, donde los intentos de suicidio se presentaron en 130 casos de 225, en aquellos que no habían laborado en los 30 días previos (Borges, G y col, 2012), por lo que se podría asumir que la desocupación es un factor importante como desencadenante de la depresión y por consiguiente del intento de suicidio.

En cuanto al lugar de residencia en esta investigación se determina que de la población la mayor parte vive en zonas rurales con el 67%, mientras que la población urbana representa el 33%; estas estadísticas coinciden con otras investigaciones donde se observa que por ejemplo en Lima Metropolitana en el 2002 los deseos suicidas son de 8.5%, mientras que en Lima Rural 2007 son de 9,4%³⁸; estos datos podrían reflejar que por encontrarse alejados de las ciudades la atención médica de especialidad no es de fácil acceso, por lo tanto el diagnóstico y tratamiento preventivo se retrasa.

³⁸ Nizama M. "Suicidio". Revista Peruana de Epidemiología. Agosto 2011.

8. CONCLUSIONES

En base a los resultados ya expuestos anteriormente puedo concluir que:

- En los meses de Junio a Noviembre del 2013 se registraron en la Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja un total de 15 pacientes con cuadro de depresión con intoxicación por varias sustancias para fines autolíticos, determinando que en cuanto a los *factores biológicos* que conllevaron a un estado depresivo, no existieron registros que nos indiquen que estos sean de gran importancia como causa de intento de suicidio puesto que ningún individuo de la población estudiada presentaba antecedentes patológicos personales, sin embargo el 67% presentaban cuadro clínico de depresión previo, un 27% consumo de medicamentos, y tan sólo una persona (7%) presentó antecedente psiquiátrico personal (esquizofrenia).
- En lo referente a los *factores psicosociales* como causa de depresión en pacientes que presentaron cuadro de intoxicación por intento autolítico, se determinó que de los 15 casos estudiados, la población masculina fue la mayormente afectada con una relación de 2:1 respecto al género femenino, y en ambos géneros se observó que entre los 16 a los 30 años el intento de autolisis (53%) es superior comparada con otras edades. De igual forma la mayor parte de la población tenían una relación sentimental (casados 40% y unión libre 20%) y un gran porcentaje había sufrido decepciones amorosas (67%); así mismo, la población sin ingresos económicos estables fue mayoría (trabajo inestable 27% y sin trabajo 33%), correspondiendo esta población principalmente a sectores rurales (53%), de donde el 60% de la población había aprobado exclusivamente la primaria, datos que reflejan que tanto el nivel socioeconómico como sociocultural influyen en el apareamiento de un cuadro depresivo que puede conllevar al intento de suicidio.

9. RECOMENDACIONES

Según lo analizado durante la realización de este proceso investigativo puedo recomendar que:

- La depresión al tratarse de una enfermedad que produce degeneración del estado general del individuo y que conlleva importantes cambios de humor y de la interacción del paciente con el medio externo es una enfermedad que debería ser diagnosticada y tratada oportunamente con el fin de estabilizar al paciente y sacarlo de su cuadro depresivo para evitar que se produzca un desenlace catastrófico como es el suicidio o el intento del mismo, y considerando los resultados de la presente investigación donde los factores psicosociales se encuentran por sobre los biológicos como causa de intoxicación aguda por intento de autolisis en nuestro medio, creo conveniente se apliquen medidas de corrección que deben estar dirigidas a detectar problemas familiares y de pareja en todas las edades, hechos que deben realizarse principalmente dentro de instituciones educativas y centros de atención de salud con el fin de tomar decisiones inmediatas para que este paciente sea atendido por el especialista de forma oportuna.
- Considero de importancia hacer hincapié en que el tratamiento de una persona con intento de autolisis por cualquiera que sea su medio se debe superar la emergencia que pone en peligro la vida del paciente, pero sin olvidar que no solo se debe emplear un tratamiento sintomático sino que debe manejarse de manera integral al paciente dando prioridad a la Salud Mental y de esta manera reinsertar al individuo de una manera exitosa haciendo seguimiento del caso por parte de psiquiatría y/o psicología y tomando las medidas necesarias con el fin de evitar un nuevo intento de suicidio con la posible muerte del paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. “Depresión”. Octubre 2012.
2. Zarragoitía, I. Depresión, Generalidades y Particularidades. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas. 2011.
3. Montes, C. La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. 2004
4. Vallejo, J. “Introducción a la psicología y a la psiquiatría” Editorial Masson quinta edición, Barcelona España. 2003.
5. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Mex 2013; 55:74-80.
6. El Universo. “Un promedio de dos personas se suicidan al día en Ecuador”. Quito. Febrero 2011.
7. Keck, M. La depresión. Lundbeck, Suiza. 2010.
8. Asociación Sudamericana de Psiquiatría. Guía práctica del tratamiento y causas de los desórdenes depresivos ed. Septiembre 2007.
9. González, Y. Reporte de las intoxicaciones agudas asociadas a exposición a sustancias químicas reportadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológico – SIVIGILA hasta el tercer trimestre del año 2012 en la ciudad de Bogotá D.C. Bogota D.C. – Colombia. Octubre 2012.
10. Universidad San Francisco de Quito. “Perfil Nacional para la gestión de Sustancias Químicas del Ecuador 2011” [en línea]. Quito, Ecuador: Ministerio de Medio Ambiente; 2011 [citado: 2013/05/02]. Disponible en: <http://web.ambiente.gob.ec/>
11. Alberdi, J; Taboada, O; Castro, C; Vázquez, C. Depresión. Guías clínicas 2009. Fisterra. Coruña – España.

12. Urdaneta, J.; Rivera, A., García, J.; Guerra M, Baabel, N. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev CHIL OBSTET GINECOL 2010; Pág: 312 – 320.
13. FAVA M. CASSANO P. Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008, cap 29.
14. World Federation for Mental Health. Depresión: Una Crisis Global. 2012.
15. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona. Masson. 2002.
16. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
17. Trivedi, M. Using treatment algorithms to bring patients to remission. J Clin Psychiatry. 2010.
18. García Herrera, B; Noruegas, M; Muñoz, F. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga. 2011.
19. Jiménez, Miriam E.; Gallardo, Geisa B.; Villaseñor, Teresita; González Garrido, Andrés A. La distimia en el contexto clínico. Revista Colombiana de Psiquiatría, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, D.C., Colombia. Vol. 42, núm. 2, 2013, pág.: 212-218.
20. Guía Clínica AUGE. Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013. Chile.
21. Gómez, C; Hernández, G; Rojas, A; Santacruz, H. Psiquiatría Clínica, Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Tercera Edición. 2011. Editorial Panamericana. Pág.: 334.

22. Baquero, M; García-Ramos, R; Olivera, F; col. Depresión en pacientes con enfermedades neurológicas. Sociedad Española de Neurología. Barcelona-España. 2012.
23. Castro, P. Depresión Materna y desarrollo infantil. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. Chile. Agosto 2011.
24. Gaynes, B., Gavin N., Meltzer, S., Lohr, K. y col. Perinatal depression: prevalence, screening, accuracy and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess. 2005.
25. Fernández, L., Sánchez, A. LA DEPRESIÓN EN LA MUJER GESTANTE Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL. Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental. Salamanca, España. 2007.
26. Altavilla, D. Antequera, A. "Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Argentina: Ministerio de Salud; 2012
27. Contreras F. acciones de atención primaria en salud en la relación de redes sociales y suicidio en Colombia. Investigación seguro social salud 2007; 9: 123-39.
28. Bobes, J; Giner, J. "Suicidio y Psiquiatría". Madrid, España: Editorial Triacastela; 2011.
29. Guerra, J. Lerma, A. Haranburu, M. "Técnicas psicológicas de rescate en intentos de suicidio". San Sebastián, España: Formación Acreditada. 2010.
30. Benítez, N. Luna, N. Pereira, M. "CONDUCTA SUICIDA EN LA CIUDAD DE PASO DE LOS LIBRES – CORRIENTES". Libres – Corrientes, Argentina; 2010.
31. Cisneros, J; Carneado, J. "Intoxicaciones Agudas" Manual de Urgencias. Hospitales Universitarios Virgen del Rosario. 2009. Pág.: 241.
32. Fernández, F; Socorro, M; "Epidemiología de las intoxicaciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Tercer Nivel. Reporte

- de cinco años". Archivos de Medicina de Urgencia de México. Vol. 5, Núm. 1. Enero-Abril 2013.
33. Puente, V; Zayas, J. "Caracterización de pacientes con intoxicación aguda por psicofármacos". Policlínico Universitario "Carlos J. Finlay", Santiago de Cuba, Cuba. 2011.
 34. Morra, A. Elorza, C. Echenique, H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. Santa Rosa, La Pampa, Argentina. Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - N° 15, Junio 2013.
 35. Borges, G., Orozco, R., Medina-Mora, ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. Salud Pública México 2012.
 36. Morra, A. Elorza, C. Echenique, H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. Santa Rosa, La Pampa, Argentina. Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - N° 15, Junio 2013.
 37. Betancourt, A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. FLACSO Sede Ecuador - Programa Estudios de la Ciudad. Quito, Ecuador. 2008.
 38. Mederos, M., Casas, J., Mederos, J., Melis, V., Pullós, M. Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN. 2011.
 39. Nizama M. "Suicidio". Revista Peruana de Epidemiología. Agosto 2011.

11. ANEXOS

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR Y PREGUNTAS SUGERIDAS

Síntomas	Criterios diagnósticos DSM-IV	Preguntas sugeridas
Ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente?. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?. ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcado disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnias casi todos los días.	¿Cómo ha estado durmiendo?. ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los días o pérdida no intencionada de peso o aumento de peso (>5% del peso corporal en un mes).	¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?
Pérdida de energía	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	¿Ha detectado una pérdida en su nivel de energía?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitación o entecimiento psicomotriz casi cada día.	¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentarse tranquilo?. ¿Se siente entecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.	¿Ha tenido problemas para concentrarse? ¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimientos de culpa o de inutilidad	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa casi cada día.	¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Ideación suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.	¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto?. ¿Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida pueden pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?

ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS DE LA DISTIMIA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Características clínicas	Distimia	Depresión mayor
Antecedentes familiares	Menos frecuentes	Frecuentes
Inicio	Insidioso	Brusco
Edad de inicio	Desde la infancia	Edad adulta
Curso	Crónico	Fásico
Gravedad	Menos grave	Más grave
Pronóstico	Favorable	Menos favorable
Respuesta a tratamiento farmacológico	Variable	Buena
Duración de los síntomas para efectuar el diagnóstico	2 años	2 semanas
Tentativa suicida	Puede haber ideas de muerte, pero raramente actúan	Frecuente
Síntomas predominantes	Síntomas cognitivos y emocionales: baja autoestima, anhedonia, fatiga y pobre concentración	Síntomas vegetativos y psicomotores: problemas de apetito y libido, retardo o agitación psicomotora
Características compartidas	Humor depresivo, alteraciones del sueño, disminución de la energía, pobre concentración, indecisión	

ANEXO 3

Tasas de suicidios en América Latina según OMS				
País	Año	Hombres	Mujeres	Total tasa de suicidios
Argentina	2003	14.1	3.5	8.7
Brasil	2002	6.8	1.9	4.3
Colombia	1999	8.2	2.4	5.3
Costa Rica	2004	12.1	1.6	6.9
Cuba	2004	20.3	6.6	13.5
Chile	2003	17.8	3.1	10.4
Ecuador	2004	8.6	3.7	6.1
El Salvador	2003	12.2	4.2	8.1
Guatemala	2003	3.4	0.9	2.1
México	2003	6.7	1.3	4.0
Nicaragua	2003	11.0	3.7	7.3
Panamá	2003	11.1	1.4	6.3
Paraguay	2003	4.5	1.6	3.1
Perú	2000	1.1	0.6	0.9
Puerto Rico	2002	10.9	1.8	6.2
Rep. Dominicana	2001	2.9	0.6	1.8
Venezuela	2002	8.4	1.8	5.1

Fuente: OMS(2007). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
Elaboración: Diana Mejía

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES CON INTOXICACIÓN AGUDA CON FINALIDADES SUICIDAS

1. Ud. Presenta:

- Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica ()
 × ¿Cuáles?

- Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica. ()
 × ¿Cuáles?

- Depresión previa ()
- Intentos de suicidio anteriores ()
- Uso de Medicamentos ()
- Enfermedades de Base ()
 × ¿Cuáles?

- No tiene ()

2. Género

- Masculino ()
- Femenino ()

3. ¿Cuál es su Edad?

- < 15 años ()
- 16 – 30 años ()
- 31 – 45 años ()
- > 46 años ()

4. Tiene hábitos como:

- Drogas ()
- Alcohol ()
- Tabaco ()
- Café ()

5. ¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó?

- Analfabeto ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

6. ¿Cuál es su Estado Civil?

- Soltero ()
- Casado ()
- Unión libre()
- Divorciado ()
- Viudo ()

7. Tiene trabajo:

- Estable ()
- Inestable ()
- Ninguno ()

8. Su domicilio se encuentra en una zona:

- Urbana ()
- Rural ()
- No Tiene ()

9. En cuanto a las relaciones interpersonales, usted tiene:

- Conflictos familiares ()
- Conflictos sociales ()
- Conflictos de pareja ()
- Conflictos Laborales ()
- Sistema emocional de apoyo ()

10. La razón por la que intentó terminar con su vida se debe a circunstancias como:

- Embarazo adolescente ()
- Embarazo no deseado ()
- Violación ()
- Duelo ()
- Conflictos económicos ()
- Otros ()
 × ¿Cuáles?

11. Actualmente, presenta:

- Humor deprimido ()
- Disminución marcada del interés o anhedonia ()
- Cambio importante en el peso corporal o en el apetito ()
- Insomnio ()
- Hipersomnio ()
- Agitación o retardo psicomotores ()
- Disminución de la energía o fatiga ()
- Sentimientos de culpa excesivos o inapropiados ()
- Disminución de la concentración ()
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas, con o sin un plan ()

ANEXO 5

Seguimiento de pacientes con caso de suicidio.

- Previo al alta, vibración por especialista (Psiquiatra y o Psicólogo), con el fin de iniciar un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y explicar al paciente con claridad los fines de las citas con para llevar un seguimiento conductual del paciente, su progreso y como recibir ayuda futura.
- Vibración periódica por especialista, para modificación de conducta terapéutica, de ser necesario.
- Referirse a la nota del especialista, o medico tratante, evitar la hospitalización ya que indican que el tratamiento ambulatorio existen mejores resultados
- Evitar enviar a domicilio grandes cantidades de psicofármacos, para prevenir posible abuso.

RECUERDE.

El diagnóstico y tratamiento de la depresión es una de las principales causas de discapacidad al nivel mundial por lo que al diagnosticar y tratar precozmente, contribuimos a reducir la morbi-mortalidad, consecuencias de actos suicidas .

Recordemos a nuestros

pacientes:

Prevenir antes que lamentar, no luches solo contra la depresión, busquen ayuda profesional y combatan a tiempo esta enfermedad.

Intento de Suicidio:

Prevención y Seguimiento

Que hacer en casa de depresión:

*"Ponte de frente al sol y las sombras
Quedarán detrás de tí" - Proverbio Malinés*

Por: Ana K Fierro

La Depresión .

Por depresión se entiende a la presencia de síntomas afectivos o emocionales: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva .

Intento de Suicidio.

El intento de suicidio se refiere a cualquier acción que implique poner en riesgo la vida del individuo, teniendo o no conocimiento real de su intención, siendo así la depresión una causa importante, y múltiples los métodos utilizados. La intoxicación aguda por abuso de sustancias ocupa un lugar importante por su fácil acceso.



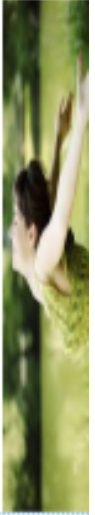
Factores de Riesgo de Suicidio.

- Depresión.
- Decepciones amorosas.
- Alcoholismo .
- Problemas Académicos.
- Problemas intrafamiliares.
- Uso de sustancias estupefacientes.
- Embarazos adolescentes.
- Desocupación. (Jubilación)
- Enfermedades Crónicas degenerativas.
- Abuso sexual.

Como Prevenir la Depresión.

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante -una vez que haya hecho efecto y que el paciente sienta que ha mejorado su condición, es importante que se sigan ciertos consejos o modos de vida.

- Tener pensamientos positivos.
- Cuidar la salud física
- Mantener un calendario diario uniforme.
- Reanudar las responsabilidades forma lenta y gradual.
- Aceptarse a uno mismo, no compararse con otras personas que considere favorecidas.
- Expresar las emociones
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto.
- Reunirse periódicamente con el especialista.
- Comer una dieta equilibrada.
- Hacer ejercicio físico.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN:	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
1. TITULO.....	7
2. RESUMEN	8
<i>ABSTRACT</i>	9
3. INTRODUCCIÓN	10
4. MARCO TEÓRICO.....	15
4.1. DEPRESIÓN	15
4.1.1. DEPRESIÓN MAYOR	17
4.1.2. DISTIMIA	19
4.1.3. TRASTORNO BIPOLAR	20
4.1.4. TRASTORNO ADAPTATIVO	20
4.1.5. DUELO PATOLÓGICO	21
4.1.6. DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SOMÁTICAS	22
4.1.7. DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS	22
4.1.8. DEPRESIÓN MATERNA	23
4.2. SUICIDIO	24
4.2.1. IDEACIÓN SUICIDA	25
4.2.2. INTENTO DE SUICIDIO	26

4.2.3. FACTORES DE RIESGO	26
4.3. INTOXICACIÓN AGUDA	27
5. METODOLOGÍA	28
5.1. TIPO DE ESTUDIO	28
5.2. UNIVERSO	28
5.3. MUESTRA	28
5.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	29
6. RESULTADOS.....	30
7. DISCUSIÓN.....	38
8. CONCLUSIONES.....	41
9. RECOMENDACIONES.....	42
10. BIBLIOGRAFÍA.....	43
11. ANEXOS	47
ÍNDICE DE CONTENIDOS	53