



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PILOTO DE  
ODONTOLOGIA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”

**“COMORBILIDAD DE CONDUCTAS DE RIESGO  
SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS. GUAYAQUIL. AÑO 2012”**

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR  
POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN MEDICINA FORENSE

MD. HENRY DANIEL LOPEZ GONZALEZ

TUTOR:

DR. ALBERTO RAMIREZ MAZZINI M.SC

GUAYAQUIL - ECUADOR

2015





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PILOTO DE  
ODONTOLOGIA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”

**“COMORBILIDAD DE CONDUCTAS DE RIESGO  
SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS. GUAYAQUIL. AÑO 2012”**

BORRADOR DE TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO  
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN  
MEDICINA FORENSE

MD. HENRY DANIEL LOPEZ GONZALEZ

TUTOR:

DR. ALBERTO RAMIREZ MAZZINI MSC

GUAYAQUIL – ECUADOR

2015

## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de **Magister en medicina Forense**, de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

**Certifico que:** he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por el Sr. Médico Henry Daniel López González con C.I. 0921753398

Cuyo tema de tesis es:

**“Comorbilidad de conductas de riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. Guayaquil. Año 2012”**

Revisada y corregida que fue la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

**DR. ALBERTO RAMIREZ MAZZINI. M.SC  
TUTOR**

## **CERTIFICACIÓN DEL GRAMATICO**

Lcda. Ángela Dioconda Gavilánez Idrovo; **certifico:** que he revisado la redacción y ortografía de la tesis realizada por el **médico, Henry Daniel López González** con C.I.# 0921753398 previo a la obtención del título de **Magister Medicina Forense.**

Tema de tesis: **Comorbilidad de conductas de riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. Guayaquil. Año 2012.**

Por lo expuesto y en uso de los derechos como especialista en literatura y español, recomiendo la validez de la tesis, por estar de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigente.

**LCDA. ANGELA DIOCONDA GAVILANEZ IDROVO. MSC**  
**C.I. 1200588836**  
**REG. 336**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

Esta tesis cuya autoría corresponde al Md. Henry López González ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito para optar el grado de **Magíster en Medicina Forense**.

Dr. Miguel Álvarez Áviles  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

Dra. Elisa Llanos Rodríguez  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Dr. Marco Ruiz Pacheco  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

ABG. MERCEDES MORALES LÓPEZ  
**SECRETARIA**

## **DEDICATORIA**

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, a mi familia por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

# **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme estudiar esta noble carrera.

A mis padres por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Y a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de la culminación de este trabajo.

# INDICE GENERAL

<b>Contracaratula</b> .....	<b>i</b>
<b>Certificado del tutor</b> .....	<b>ii</b>
<b>Certificación del gramatico</b> .....	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento</b> .....	<b>vi</b>
<b>Indice general</b> .....	<b>vii</b>
<b>Indice de tablas</b> .....	<b>x</b>
<b>Indice de gráficos</b> .....	<b>xi</b>
<b>indice de figuras</b> .....	<b>xii</b>
<b>Repositorio</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>xiv</b>
<b>Summary</b> .....	<b>xv</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Problema</b> .....	<b>5</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	5
1.2 Descripción del problema .....	5
1.3 Formulación del problema .....	8
1.4 Delimitación del problema .....	8
1.5 Preguntas de investigación .....	9
1.6 Objetivos de investigación .....	9
1.6.1 Objetivo general .....	9
1.6.2 Objetivos específicos .....	10
1.7 Justificación de la investigación .....	10
1.8 Viabilidad de la investigacion .....	13
<b>2.Marco teórico</b> .....	<b>15</b>
2.1 Antecedentes del estudio .....	15
2.2. Bases teóricas de la conducta suicida .....	17
2.2.1 Generalidades sobre el suicidio .....	17
2.2.2. Etiología .....	19
2.2.3. Conceptualización de las conductas de riesgo suicida .....	23
2.2.4. Grados de conducta de riesgo suicida .....	29

2.2.5. Diagnósticos psiquiátricos y comorbilidad de las conductas de riesgo suicida .....	31
2.2.6. Epidemiología del suicidio.....	37
2.2.7. Factores implicados en las conductas de riesgo suicidas .....	39
2.2.8 Métodos autolíticos frecuentemente empleados ..	41
2.3. Estudios previos realizados .....	44
2.4. Valoración del paciente con conductas de riesgo suicida .....	50
2.4.1 Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato .....	51
2.4.2 Evaluación del paciente con un intento suicida reciente .....	51
2.4.3. Medición psicométrica de la intensidad de la conducta de riesgo suicida .....	53
2.4.3.1 Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida .....	55
2.4.3.2. Escalas de evaluación de los actos suicidas ....	58
2.4.3.3 Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio .....	59
2.5. Marco conceptual .....	60
2.6. Marco legal .....	62
2.7. Hipótesis .....	66
2.8 Variables de investigación .....	66
2.8.1 Variable independiente .....	66
2.8.2 Variable dependiente .....	66
2.8.3 Variables interviniente .....	66
2.9. Operacionalización de las variables .....	67
<b>3. Materiales y métodos .....</b>	<b>68</b>
3.1 tipo de investigación .....	68
3.2. Diseño de investigación .....	68
3.3. Métodos de investigación .....	69
3.3.1 Población y muestra .....	69
3.3.2 Criterios de inclusion y exclusion .....	70

3.4. Recursos empleados.....	71
3.4.1. Talento humano .....	71
3.4.2. Recursos físicos .....	71
<b>4.Resultados .....</b>	<b>72</b>
<b>5.Propuesta de manejo y atención de las conducta de riesgo suicida y comorbilidad .....</b>	<b>108</b>
<b>6.Conclusiones .....</b>	<b>132</b>
<b>7.Recomendaciones .....</b>	<b>134</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>135</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>139</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por sexo.....	72
Tabla 2. Distribución por grupos de edad.....	73
Tabla 3. Análisis estadístico de la edad.....	75
Tabla 4. Pacientes ingresados por mes.....	76
Tabla 5. Conductas de riesgo suicida.....	78
Tabla 6. Síntomas asociados a la conducta de riesgo suicida.....	79
Tabla 7. Conducta de riesgo suicida y síntomas asociados.....	81
Tabla 8. Diagnósticos de ingreso.....	84
Tabla 9. Comparación entre diagnósticos de ingreso y egreso.....	87
Tabla 10. Relación conductas de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	89
Tabla 11. Metodos suicidas empleados.....	91
Tabla 12. Escala de ideación suicida.....	93
Tabla 13. Escala de riesgo suicida.....	95
Tabla 14. Escala de intencionalidad suicida.....	98
Tabla 15. Escala de ideación suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	100
Tabla 16. Escala de intencionalidad suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	102
Tabla 17. Escala de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	105

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje por sexo.....	72
Gráfico 2. Porcentaje por grupos de edad.....	74
Gráfico 3. Porcentaje de pacientes por mes.....	77
Gráfico 4. Porcentaje de conducta de riesgo suicida.....	78
Gráfico 5. Síntomas asociados.....	80
Gráfico 6. Conductas de riesgo suicida y síntomas asociados.....	82
Gráfico 7. Diagnósticos de ingreso.....	85
Gráfico 8. Comparación entre ingreso y egreso.....	87
Gráfico 9. Relación conductas de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	89
Gráfico 10. Métodos suicidas.....	91
Gráfico 11. Porcentaje ideación suicida.....	94
Gráfico 12. Porcentaje riesgo suicida.....	96
Gráfico 13. Porcentaje intencionalidad uicida.....	98
Gráfico 14. Escala de ideación suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	100
Gráfico 15. Escala de intencionalidad suicida y diagnósticos psiquiátrico.....	103
Gráfico 16. Escala de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos.....	106

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo integrador de Mann et al.....	21
Figura 2. Modelo integrador de la conducta suicida.....	22
Figura 3. Clasificación de O`Carrol (1996) .....	25
Figura 4. Modificación de los criterios de O`Carrol. Silverman et al.....	27
Figura 5. Factores de riesgo y factores protectores.....	40
Figura 6. Clasificación de factores de riesgo en modificables e inmodificables.....	41
Figura 7. Tasa de suicidios 1971, 1980, 2010, 2011 por 100.000 habitantes.....	46
Figura 8. Taza de suicidios 1995 -2012 .....	46
Figura 9. Tasa de intencionalidad suicida.....	47
Figura 10. Clasificación jerarquica de los factores de riesgo. ...	53
Figura 12. Valoración de conducta de riesgo suicida. ....	117
Figura 13. Esferas mentales y principales trastornos mentales asociados a conducta de riesgo suicida; esquema de esferas mentales tomado del form. 003 SNS-MSP .....	124
Figura 14. Factores asociados a la conducta suicida.....	139
Figura 15. Aspectos a valorar en las conductas de riesgo suicidas. ....	140



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia y Tecnología



**SENESCYT**  
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:** Comorbilidad de conductas de riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. Guayaquil. Año 2012.

**AUTOR/ES:** MD. HENRY DANIEL LÓPEZ GONZALEZ

**REVISORES:** DR. ALBERTO ELOY RAMIREZ MAZZINI

**INSTITUCIÓN:** Universidad de Guayaquil

**FACULTAD:** Piloto de Odontología

**CARRERA:** MAESTRIA EN MEDICINA FORENSE

**FECHA DE PUBLICACIÓN:** *Fecha de disertación*

**No. DE PÁGS:** 178

**ÁREAS TEMÁTICAS:** Ciencias de la Salud

**PALABRAS CLAVE:** suicidio, riesgo suicida, ideación suicida, planificación suicida, intento suicida, trastorno mental.

**RESUMEN:** Siendo el suicidio la muerte generada por el propio sujeto que llevado por distintas motivaciones, es de vital importancia que en los primeros niveles de atención se preste la debida importancia y el personal en estos centros posea conceptos básicos de identificación de conductas de riesgo suicida y trastornos mentales; el presente trabajo propone pautas de identificación basadas en los criterios de clasificación de los trastornos mentales vigentes para la oportuna detección, manejo y derivación a la unidad más adecuada de este tipo de pacientes.

**No. DE REGISTRO:**

**No. DE CLASIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**

**ADJUNTO PDF:**

SI

NO

**CONTACTO CON AUTOR/ES:**

Teléfono:  
0984116458

E-mail: mdhenrylg@gmail.com

**CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:**

Nombre:  
Teléfono:

**Quito:** Av. Whympner E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**

## **RESUMEN**

Siendo el suicidio la muerte generada por el propio sujeto que llevado por distintas motivaciones, situaciones familiares, personales busca salida al no hallar una solución razonable a su problemática no son de aparición súbita; quienes están afectados y caen en este tipo de conductas autodestructivas presentan periodos previos de síntomas que muchas veces pasan desapercibidos por los familiares y por desconocimiento del médico de atención primario o que trata al paciente en primera instancia que suele ser un profesional del ejercicio médico general, no se logra detener a tiempo la consumación de un potencial suicidio. Por ello es de vital importancia que en los primeros niveles de atención se le preste la debida importancia y el personal que labora en estos centros al menos posea conceptos básicos de identificación de conductas de riesgo suicida y trastornos mentales; las conducta de riesgo suicidas son síndromes que acompañan frecuentemente a la enfermedad mental, la mayoría de quienes presenta ideas, planes o hayan incurridos en intentos previos de autolesionarse presentan un trastorno de manejo psiquiátrico. Por eso el presente trabajo propone pautas de identificación basadas en los criterios de clasificación de los trastornos mentales vigentes para la oportuna detección, manejo y derivación a la unidad más adecuada de este tipo de pacientes.

### **PALABRAS CLAVES**

**SUICIDIO, RIESGO SUICIDA, IDEACION SUICIDA, PLANIFICACION SUICIDA, INTENTO SUICIDA, TRASTORNO MENTAL.**

## **SUMMARY**

Death being suicide generated by the subject that led by different motivations, family situations, personal looking out not finding a reasonable solution to their problems are not sudden onset; those affected and fall into self-destructive behavior such prior periods presented symptoms that often go unnoticed by family and lack of primary care physician or treating the patient in the first instance is usually a professional general medical practice, It does not stop in time the consummation of a potential suicide. It is therefore vital that in the first levels of care will give due importance and the personnel working in these centers possess at least basics of identifying risk of suicidal behaviors and mental disorders; the risk of suicidal behavior are syndromes that often accompany mental illness, most of who has ideas, plans or have incurred in previous attempts at self-harm have a psychiatric disorder management. So this paper proposes guidelines based identification criteria for the classification of mental disorders in force for early detection, management, and referral to the most appropriate unit of this type of patients.

## **KEYWORDS**

**SUICIDE, SUICIDE RISK, SUICIDAL IDEATION, SUICIDAL PLANNING, SUICIDE ATTEMPTS, MENTAL DISORDE**



# INTRODUCCIÓN

En nuestro país existen relativamente pocos estudios sobre *Comorbilidad de conductas de riesgo suicida* y los existentes son realizados en muestra pequeñas de pacientes en cortos períodos de tiempo y en hospitales generales.

La mayor base de datos sobre suicidio e intentos de suicidios en nuestro país la poseen el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica regido por el MSP (Ministerio de Salud Pública) quienes muestran cifras cada año con tendencia al aumento, pero que en sus resultados no se presenta una relación entre la conducta suicida y los diferentes trastornos mentales, ambas presentes en la casuística.

La Organización Mundial de la Salud (1976) definió al suicidio como: Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una

persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico.

En base a esta definición el acto producido por el propio individuo con el único fin de quitarse la vida es considerado como una de las principales amenazas a la salud mundial que afecta al ciudadano común.

Según datos estadísticos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, cada día hay en promedio casi 3000 personas, que ponen fin a su vida y al menos 20 personas intentan suicidarse por una que lo consigue.

Este acto de enfrentamiento del individuo con la muerte ha sido considerado, desde delito hasta auto sacrificio supremo de acuerdo a creencias religiosas, ideologías y culturas en distintas épocas en la historia humana. Actualmente es visualizado como un escape a problemas que producen intenso sufrimiento, insatisfacción de necesidades, sensaciones de sin sentido y desesperanza. Se observa a nivel nacional y a nivel mundial que este fenómeno muestra y acarrea una serie de consecuencias tanto sociales como de salud. (A. Betancourt, 2008).

En vista que casi la totalidad de los casos de suicidio están asociados a uno o varios trastornos mentales, lo cual refleja la grave y creciente carga de la enfermedad mental en todo el mundo, se ha escogido este tema, con el propósito de dar a conocer cuáles son los principales trastornos mentales que acompañan a esta problemática cada vez más creciente; conociendo con antelación, que las conductas de riesgo suicida no son en sí una enfermedad, ni una manifestación o un síntoma aislado; por lo que es importante dar a conocer la intensidad con la que se presentan casos con este tipo de pacientes. Entre los desórdenes mentales que pueden incitarlo tenemos: los trastornos afectivos (depresión), trastornos psicóticos (esquizofrenia), demencia y adicciones al alcohol y/o sustancias psicotrópicas, estas serían las más habituales con mayor tendencia en adolescentes y adultos jóvenes.

El presente estudio establece la comorbilidad de las conductas de riesgo suicidas en los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias; para lo cual, del total de pacientes atendidos tendremos en cuenta: El diagnóstico de ingreso codificado en el eje I del CIE 10 de la historia clínica

adaptada del MSP (capítulo F que corresponde a enfermedades mentales).

Al realizar la revisión de la historia clínica ubicaremos a los pacientes que presenten conductas de riesgo suicidas como parte de su sintomatología al ingreso. Se revisarán los exámenes realizados al paciente, incluyendo las pruebas de psicometrías adecuadas a la sintomatología, de las que se realizarán una relación entre los resultados con la patología de ingreso, siguiendo la evolución de las mismas durante la hospitalización.

Se contabilizará estadísticamente el número total de pacientes con presentan conductas suicidas y los diagnósticos más frecuentes tanto al ingreso como al egreso hospitalario, estableciendo una relación de comorbilidad.

# **1. PROBLEMA**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La problemática planteada está encaminada a establecer la presencia de estados psicopatológicos comórbidos acompañando a las conductas de riesgo suicida que se presentaron en el año 2012 en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

## **1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Definir “conductas de riesgo suicidas” puede resultar algo relativamente confuso, puesto que las actuales definiciones conocidas describen a las conductas suicidas, espectro suicida o suicidalidad como el conjunto de conductas desde la ideación suicida, riesgo, planes, intentos y el fatal desenlace del suicidio consumado; en el presente solo nos referiremos a los primeros estados sin llegar a la consumación del acto autolítico.

En algunos casos los pacientes presentan conductas sugestivas de riesgo suicida sin que exista la intención consciente de consumir el acto, a estas conductas se las llama equivalentes de

suicidio, pero que constituyen un elevado riesgo de este síndrome. (Martínez, Saad, Forero, 2009, p. 27).

La conducta suicida representa un problema de gran importancia para la salud pública y está asociada a una comorbilidad no determinada en países como el nuestro donde a nivel hospitalario se ha apreciado un número cada vez creciente de pacientes con trastornos mentales donde se cuenta con pocos estudios sobre la problemática del suicidio y las conductas de riesgo presentadas, aparte de que tampoco abordan su relación con los trastornos psiquiátricos ya que los principales diagnósticos que manejan el CIE (OMS) y el DSM IV en el EJE I no contemplan a las conductas suicidas como un diagnóstico psiquiátrico primario. La OMS considera al suicidio dentro de las causas externas de mortalidad clasificándola dentro de los códigos X60-X84.

Las conductas de riesgo suicida constituyen una problemática mundial en la sociedad actual, según la OMS señalan que diariamente 3000 personas se suicidan, pero el número de quienes lo intentan sin lograrlo es superior a esta cifra, que es de 20 a 40 veces más; lo cual permite establecer que cada 40

segundos ocurre una muerte por suicidio y cada 3 segundos alguien lo intenta.

Las tasas más elevadas se han encontrado en Europa Oriental: Estonia, Lituania, Letonia, Hungría, Ucrania y Rusia. En países como Italia, Portugal, España y Grecia, que forman parte de la región mediterránea occidental de Europa reportan las menores tasas. En Asia las mayores tasas se reportaron en Japón y las menores tasas se hallaron en los países árabes. En América las tasas más elevadas son observadas en Cuba, Canadá, EEUU y las tasas menores correspondieron a América Central: Jamaica, Guatemala, Honduras. (Martínez, Saad, Forero, 2009, p.27)

En nuestro país existe una tasa de suicidios relativamente baja; según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC que es de 6.4 por cada 100.000 habitantes en el 2010 (Grafico 1), sin embargo se ha observado un incremento de los suicidios en las últimas tres décadas tomando en consideración que en 1971 el país registraba una tasa de 2.3 que se incrementó a 2.8 en 1980; en la década de los 90 las tasas de suicidio han continuado ascendiendo.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo incide la comorbilidad de conductas suicidas en pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. Guayaquil. Año 2012?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** Comorbilidad de conductas suicidas en pacientes ingresados en el Hospital

Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. Guayaquil.  
Año 2012

**Objeto de estudio:** Comorbilidad de conductas suicidas

**Campo de acción:** Pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico del Instituto de

Neurociencias. Guayaquil. Año 2012

**Área:** Postgrado

**Lugar:** Facultad Piloto de Odontología

**Periodo:** 2010-2012

## **1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Qué tipo de conducta de riesgo suicida presentan los pacientes que ingresan en el hospital psiquiátrico
- ¿Cuál de las conductas de riesgo suicida es la más frecuente?
- ¿Cuáles son los diagnósticos psiquiátricos (CIE-10) habituales en pacientes que presentan conductas de riesgo suicida?
- ¿Esta correlacionada la intensidad de la conducta de riesgo suicida con el cuadro clínico psiquiátrico?

## **1.6 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la comorbilidad de las conductas de riesgo suicida en los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico del Instituto de Neurociencias durante el año 2012

## **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir los tipos de conducta de riesgo suicida que se presentan frecuentemente en los pacientes que ingresan al hospital psiquiátrico y cuál de estas es la más frecuente.
- Identificar los diagnósticos psiquiátricos habituales que presentan dentro de su cuadro clínico, conductas de riesgo suicida.
- Correlacionar la intensidad de la conducta de riesgo presentada con el cuadro clínico psiquiátrico.
- Diseñar estrategias para la detección oportuna y abordaje terapéutico de los trastornos mentales que presenten conductas de riesgo suicida en su cuadro clínico.

## **1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación justifica su desarrollo, por ser el suicidio un trastorno multidimensional, resultado de la complicada interacción e influencia de factores socioeconómicos, ambiental, genético, biológico y psicológico se reconoce que está fuertemente ligado a trastornos mentales y

muchas de estas personas que piensan y tratan de quitarse la vida tienen más de un diagnóstico psiquiátrico.

En países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia de 80-100% de trastornos mentales en los casos de suicidio consumado y se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor, principalmente depresión es 6-15%; con alcoholismo 7-15%; y con esquizofrenia 4-10%. (WHO, 2000, p.7)

Los datos en nuestro país son similares a gran parte de América Latina, donde se reportan tasas de suicidios relativamente bajas; sin embargo recientemente el INEC que toma como fuente de información los registro de defunción en todo el país, donde es catalogado el suicidio para sus reportes anuales según la OMS (CIE-10), en el capítulo X60-X84 que corresponde Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas que incluye envenenamiento o lesión intencionalmente autoinflingida, intento de suicidios; reportándose solo las muerte.

Desde el 2005 donde se indica una tasa del 7.1; de 6,7 en el 2006 hasta el año 2011 y 2012 se reportan tasas de 6.02 y de 6.29 respectivamente; las cuales a pesar de que continúan siendo bajas

respecto a otros países y de una aparente disminución del 2005 al 2012 (gráfico 1) llama la atención el incremento; si comparamos estas cifras a las correspondientes a las últimas tres décadas estando dentro de las 20 primeras causas de muerte en los dos últimos años mencionados.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha incluido la problemática del suicidio en el reporte de Indicadores Básicos de Salud Ecuador, con el objetivo de monitorizar este problema y fortalecer su vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria.

Los datos de suicidios consumados difieren del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, ya que esta última se basa en los reportes de los distintos Centros de Salud, donde las muertes por este motivo son muy por debajo de las tasas reportadas por el INEC. A su vez el INEC no hace distinción entre suicidios consumados e intentos fallidos pero según los anuarios publicados solo se toman los datos de defunciones acaecidas por este motivo.

Con estos datos los reportes de intencionalidad suicida son más numerosos que los de suicidios consumados, concordando con la tendencia expresada por la Asociación Internacional por la Prevención del Suicidio - IASP y la OMS.

La importancia del presente trabajo radica en el conocimiento de las conductas de riesgo suicidas más habituales que se presentan en los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico por cuantos dichas conductas forman parte del cuadro clínico de muchas enfermedades mentales, que nos permitirán establecer y determinar una relación de comorbilidad; además al existir en nuestro país escasos estudios que proponen la problemática planteada se está contribuyendo a la investigación en el campo de la salud mental donde además se tiene proyectado la elaboración de esquemas de manejo de dichas conductas y de los trastornos mentales que las acompañan con la finalidad de identificarlas y tratarlas oportunamente.

## **1.8 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION**

La realización del estudio es viable por las facilidades prestadas por las autoridades del Instituto de Neurociencias, al permitir el acceso a los informes diarios e historias clínicas de

los pacientes ingresados, además el haberme desempeñado como médico residente postgradista en esta institución facilita su realización. También es importante recalcar la existencia de escasos estudios sobre el tema tratado; lo que hace necesaria su realización.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

“Se estima que el 95% de las personas que se suicidan o lo intentan padecen un trastorno mental diagnosticado; el trastorno depresivo está presente en el 80%, el 10% corresponde a la esquizofrenia”. (Sadock, B. Sadock, V. 2009)

A más de la presencia de episodios depresivos, un trastorno de ansiedad o la existencia de rasgos impulsivos, como en los trastornos de la personalidad del grupo B, abuso de drogas o ambos; aumentan el riesgo de conductas autolíticas. La ideación suicida y los intentos de suicidio muestran curvas de comienzo paralelas con picos entre los 14-20 años de edad, con la existencia de un diagnóstico psiquiátrico previo como un predictor poderoso. El número de trastornos asociados aumenta linealmente la probabilidad de intentar el suicidio y es el único predictor significativo de la mortalidad. (Y. Lecrubier, 2012, p.90)

Comparativamente el riesgo suicida de personas menores de 30 años, generalmente se presenta por consumo de sustancias

psicotrópicas y trastornos de la personalidad, lo que no ocurre con los adultos con más de 30 años, que este síndrome se relaciona con los trastornos del afecto y/o cognitivos.

Se observa que en pacientes con enfermedad psiquiátrica establecida son más propensas a las conductas de riesgo suicida o bien al suicidio consumado, esto por lo general se presenta en edades de 29 años en los varones y 38 en las mujeres y en ellas es muy frecuente; sumado al elevado riesgo en comparación con la población en general, que varía entre tres a doce veces mayor. Es importante señalar que se presenta un riesgo cinco a diez veces, si ha sido ingresado.

Un tratamiento adecuado de los trastornos mentales podría reducir sustancialmente suicidalidad. Todos los tipos de trastornos mentales pueden asociarse con el suicidio.

## **2.2. BASES TEÓRICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA**

### **2.2.1 GENERALIDADES SOBRE EL SUICIDIO**

El término *suicidio* deriva del latín “*sui*” (sí mismo) y “*caedere*” (matar), y significa “darse a sí mismo la muerte”. Este acto que enfrenta al individuo con la muerte ha sido considerado desde delito hasta auto sacrificio de acuerdo a creencias religiosas, ideologías y culturas en distintas épocas de la historia humana. Existían culturas permitían y demandaban el acto de quitarse la vida por cuestiones de honor, estas muertes tenían la investidura y un halo trágico y/o heroico.

Las explicaciones médicas del suicidio empezaron a surgir en el siglo XVI donde se sugería que el suicidio era la expresión de la melancolía, pero gran parte de los suicidas eran considerados lunáticos concibiéndose su aparición como resultado de la enfermedad mental; ya en la primera mitad del siglo XIX el debate se traslada a si todos los actos suicidas son patológicos (visión psiquiátrica) o si en estos donde existe un estado mental alterado puede ser tan solo el producto de una breve sobrecarga

emocional y por lo tanto no siempre patológico. (Vallejo, Leal, 2012, p 1481)

Durkheim (1897), citado por Rodríguez et al (1990) señala que La Teoría sociocultural representada por la obra “Suicide” de influenciada por el pensamiento europeo predominante de la época considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, como realidades exteriores al individuo. De esta forma la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales. Es decir, no son las personas las que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos; que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello se estableció cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.

El **suicidio egoísta**, es una teoría que se aplica a aquellas personas que no están integradas a ningún grupo social; lo cual explicaría por qué las personas solteras son más vulnerables que las casadas. El **suicidio altruista** se refiere a personas que tienen excesiva dependencia a un grupo y al momento de un rompimiento son los más propensos. El **suicidio anómico** se aplica a las personas que tienen una integración social alterada y que no pueden seguir normas habituales de conducta. La teoría

de Durkheim fue la primera contribución de las influencias sociales y culturales sobre el suicidio. (Sadock, B. Sadock, V. 2009)

Las formulaciones teóricas relacionadas con el sustrato intrapsíquico del suicidio derivan también de Freud y sus discípulos. Pero, lo cierto es que en la obra freudiana sólo encontramos referencias dispersas: (Freud, 1901; 1915; 1920; 1920). Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud son:

- a) Idea fundamental del suicidio como parte del homicidio,
- b) Ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y
- c) La asociación de la agresividad.

### **2.2.2. ETIOLOGÍA**

Los principales modelos que explican el comportamiento suicida que se han desarrollado a lo largo de la historia han visto a esta problemática desde perspectivas, que van desde la sociológica pasando por las teorías psicodinámicas, psicológicas, hasta las que combinan estas con las actuales tendencias

biológicas. Se considera que el suicidio y en sí, la conducta violenta es el resultado final de un impulso que se activa en determinadas circunstancias, dicha activación se generará por la contraposición de dos fuerza que determinan cuán intensa es la acción. Esto se da en dos fases: la primera en donde se genera la conducta y la segunda donde se define la dirección de la misma que puede ser hacia uno mismo (suicidio) o dirigida a los demás (violencia). (Vallejo, Leal, 2012, p. 1483)

Propone Mann et al (2002); un modelo integrador donde los conocimientos neurobiológicos indican que la conducta suicida no es solo una respuesta a factores estresantes los que también interaccionan con la predisposición hacia esta conducta (diátesis). Esto combinado con hallazgos biológicos como la disminución serotoninérgica que condiciona una tendencia a la impulsividad; haciendo que el individuo reaccione a determinadas situaciones expresando conductas auto y heteroagresivas. (Figura 1).

Carvallo et al (2009) mejoran estos conceptos recalcando la influencia que tiene el ambiente en la conducta suicida, así como también las experiencias tempranas, la epigenética; resaltando también la intervención no solo del sistema serotoninérgico sino

que además mencionan que están involucrados el eje hipotálamo hipófisisuprarrenal y dopaminérgico que son mediadores de endofenotipos clínicos como la desesperanza, pesimismo, agresividad e impulsividad. (Figura 2).

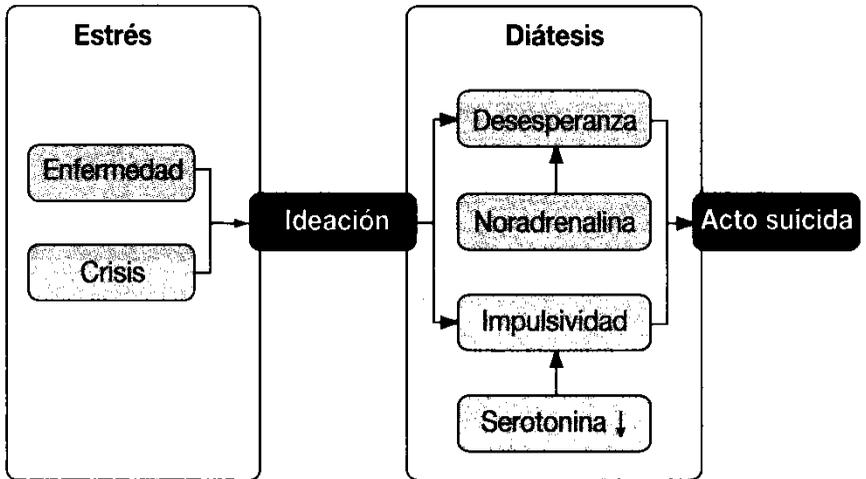


Figura 1. Modelo integrador de Mann et al.  
Fuente: Vallejo, Leal. 2012. Tratado de Psiquiatría.

Edman et al (1986); Roy (1992) en estudios sobre pacientes con bajos niveles de ácido 5 hidroxí indolacético (5HIAA), que es un producto derivado de la fragmentación de la serotonina, indican que estos pacientes son más propensos que otros a cometer suicidio, eligen mayormente métodos violentos y suelen tener un historial de violencia, agresión e impulsividad y se cree que la

tendencia al suicidio no es un simple vínculo con la depresión, que también presentan bajos niveles de 5HIAA.

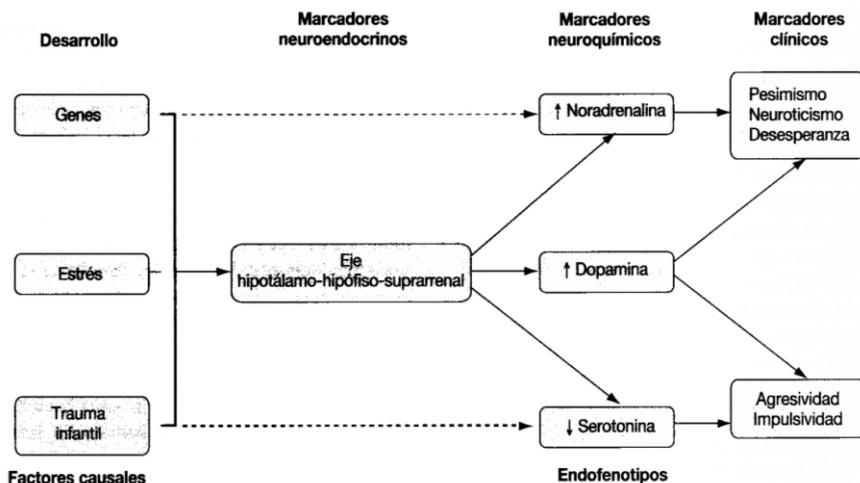


Figura 2. Modelo integrador de la conducta suicida. Carvallo y colaboradores (2009). Fuente: Vallejo, Leal. 2012. Tratado de Psiquiatría.

Brown *et al* (1982); citado por David Sue, et al (2010) afirma que es sorprendente que los bajos niveles de ácido 5 hidroxilacético (5HIAA) se hayan encontrado en suicidas sin antecedentes de depresión y en aquellos que padecen de otros trastornos mentales; esto indica que no necesariamente está relacionado las cantidades de 5HIAA en pacientes con

enfermedades psiquiátricas, en los cuales persiste su conducta de riesgo suicida.

### **2.2.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA**

La definición de suicidio ha ido evolucionando a lo largo de los años y sus concepciones actuales engloban las causas, pensamientos e intencionalidad y el resultado de la acción, el suicidio consumado.

Definir “conductas de riesgo suicidas” resulta algo relativamente confuso puesto que actuales definiciones describen a las “conductas suicidas”, “espectro suicida” o “suicidalidad” como el conjunto de conductas desde la ideación suicida pasando por el grado de riesgo, los planes elaborados y expresados, intentos y el fatal desenlace del suicidio consumado; aplicaremos el término de conductas de riesgo suicidas a los primeros estados sin llegar a la consumación del acto autolítico.

Se incluyen conductas que ponen en peligro la vida provocadas por el propio sujeto sin tener la intención real de consumir el suicidio de una manera consciente, los llamados equivalentes.

Existe también el término parasuicidio introducido Kreitman (1969), que la define como la conducta “*cuyo objetivo es producir cambios que el sujeto desea por medio de las consecuencias actuales o esperadas de su acción*”.

El Operational Criteria for the Determination of Suicide (OCDS, 1988), dio a conocer términos y conceptos para determinar el suicidio como “*la muerte que se da como resultado de un daño autoinfligido intencionalmente*” y considera dentro de este espectro la muerte por daño, las intenciones y las conducta autoagresiva.

O`Carrol (1996) propone una clasificación donde la terminología suicida se basa en la intencionalidad y las consecuencias de las acciones del paciente. (Figura. 3).

Esta clasificación fue adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y es considerada como una de las más operativas, en ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. (Ministerio de Ciencia e Innovación. Galicia, 2011).

	Intención de morir	Instrumentalización	Resultado (sin lesión)	Resultado (con lesión)	Resultado (muerte)
<b>Conducta instrumental</b>					
Sin lesiones	No	Sí	X		
Con lesiones	No	Sí		X	
Muerte	No	Sí			X
<b>Intento de suicidio</b>					
Sin lesiones	Sí	+/-	X		
Con lesiones	Sí	+/-		X	
<b>Suicidio consumado</b>	Sí	+/-			X

Tomado de O'Carroll et al., 1996.

Figura 3. Clasificación de O'Carroll (1996)

Fuente: Chinchilla, Correas, Quintero, Vega. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2010

A su vez también define O'Carroll (1996) dentro de su clasificación los términos empleados:

### **Pensamientos y conductas de riesgo**

1. Con riesgo inmediato (deportes de riesgo)
2. Con riesgo remoto (hábitos tóxicos)

### **Pensamientos y conducta relacionados con el suicidio**

1. Ideación Suicida
2. Conducta relacionada con el suicidio.

**Conducta Instrumental.** Esta conducta es predominantemente autolesiva, donde es indudable explícita o implícitamente que la

persona no ha intentado matarse deseando aparentar lo contrario para obtener algún beneficio (amenazas, conductas activas, pasivas, muerte accidental).

**Intento de suicidio.** Es una conducta predominante autolesiva, con resultado no mortal para la cual hay evidencia, explícita o implícita, que la persona intentaba provocarse la muerte (la intencionalidad puede provocar o no lesiones).

**Suicidio consumado.** Los pacientes con esta conducta muestran evidencia explícita o implícita que la lesión ha sido autoinflingida y que existía la intención de provocarse la muerte.

Silverman et al (2007) revisaron los términos de la clasificación de O'Carroll y adicionan a la terminología, otros aspectos como el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta; propone una categoría además de la ideación y la conducta suicida denominada comunicación suicida dentro la cual menciona la amenaza y el plan suicida, reemplaza el término conducta instrumental por el de amenaza suicida, según consta en esta clasificación. (figura. 4).

<b>Ideación suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intencionalidad suicida</li> <li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</li> <li>c. Con alguna intencionalidad suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Casual</li> <li>2. Transitoria</li> <li>3. Pasiva</li> <li>4. Activa</li> <li>5. Persistente</li> </ul>
<b>Comunicación suicida*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intencionalidad suicida: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I)</li> <li>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)</li> </ul> </li> <li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II)</li> <li>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)</li> </ul> </li> <li>c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III)</li> <li>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Conducta suicida*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I)</li> <li>2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II)</li> <li>3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)</li> </ul> </li> <li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I)</li> <li>2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II)</li> <li>3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)</li> </ul> </li> <li>c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I)</li> <li>2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II)</li> <li>3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)</li> </ul> </li> </ul>	

Figura 4. Modificación de los criterios de O'Carroll. Silverman et al. (2007) realizan una revisión de los términos empleados por O'Carroll. Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2010.

Silverman (2007) añade los tipos I, II y III en la comunicación y conducta suicidas, con lo que se realiza combinaciones de las diferentes presentaciones clínicas:

### **La comunicación suicida:**

Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida.

Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad.

Tipo III cuando existe alguna intencionalidad.

### **La conducta suicida:**

Tipo I si no provoca lesiones.

Tipo II si provoca lesiones.

Silverman también proporciona las respectivas definiciones a los términos empleados en su revisión:

**Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

**Comunicación suicida:** acto en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, con evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida.

Existen dos tipos de comunicación suicida:

**Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano.

**Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que va a llevar a cabo una conducta suicida potencial.

**Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir, con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, la intención de acabar con su vida.

#### **2.2.4. GRADOS DE CONDUCTA DE RIESGO SUICIDA**

Las conductas de riesgo suicida y el suicidio consumado constituyen importantes causas de lesiones y muerte, su repercusión a nivel de la población económicamente productiva ocasiona discapacidad y enfermedad en las personas que sobreviven ante un intento suicida fallido.

Basados en las clasificaciones actuales sobre conductas de riesgo suicida, que forman parte del espectro, según últimos consensos en la materia son:

**El suicido** que es “el acto de terminar intencionalmente con la propia vida”.

**Ideación suicida**, que constituyen los pensamientos e ideas relacionados con terminar con la propia vida.

**Plan suicida** que es la descripción de los distintos métodos expresados y por los cuales se pretende consumir el suicidio.

**Intento suicida** que está dado por la participación en conductas con alto grado de riesgo autolesivo.

Los términos parasuicido o gesto suicida además de confundir pueden sobrestimar o subestimar el riesgo de determinada conducta, lo cual se debe tener presente. Es necesario diferenciar las conductas autoagresivas o autolesivas, donde no existe clara la intención de morir; por ejemplo cortes superficiales en

antebrazos, piernas y muñecas que puede también constituir riesgo. (Vélez, Rojas, 2010).

## **2.2.5. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS Y COMORBILIDAD DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA**

Entre los trastornos mentales frecuentes asociados en la comorbilidad de las conductas suicidas mencionaremos:

### **Trastornos del afecto**

Dentro de estos se incluyen trastornos afectivos bipolares, episodios depresivos, trastornos depresivos recurrentes y trastornos del humor persistentes (ciclotimia y distimia) los que forman las categorías F31- F34 en el CIE-10 (9). Siendo el suicidio un constante riesgo en las patologías depresivas no reconocidas ni tratadas.

### **Depresión**

La depresión a pesar de tener una alta prevalencia en la población general en muchos casos no es reconocida como

enfermedad. Comúnmente se encuentra enmascarada y los pacientes sólo expresan síntomas de enfermedad somática, especialmente al ser evaluados en primera instancia por un médico no especialista en los niveles primarios de atención; estimándose que el 30% de los pacientes atendidos sufren depresión y de estos el 60% de los que buscan tratamiento se contactan inicialmente con un médico general. (WHO, 2000, p 7)

Es notorio que cuadros depresivos existan antecedentes de intentos autolíticos previos, puesto que una de cada dos personas que suicidan padeció de un trastorno depresivo. Este fenómeno se lleva a cabo en las primeras etapas del tratamiento, generalmente durante los primeros meses, después del alta médica, que es la etapa de mayor riesgo, coincidiendo con la mejoría; tanto anímica como física, obtenida con el tratamiento psicofarmacológico.

## **Sintomatología típica en los trastornos depresivos**

### **Sus características son:**

- Ánimo depresivo (tristeza)
- Pérdida de interés y capacidad de goce (anhedonia)
- Energía disminuida (fatiga y actividad disminuida)

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y capacidad de goce, energía disminuida, son síntomas que se acentúan en quienes intentan métodos suicidas más letales; y suelen estar asociados a crisis de ansiedad y agitación, abuso de sustancias, con predominio de la desesperanza o ánimo depresivo, lo cual favorece la presencia de conducta de riesgo suicida.

## **Trastorno Bipolar**

La presencia de conductas de riesgo suicida se relaciona directamente con el número, duración e intensidad de las fases depresivas, también en cambios bruscos de una fase maniaca a una depresiva sin periodos de eutimia intercalados. En las fases de manía se ha estudiado que el riesgo de una conducta suicida es menor, no así en las fases mixtas donde el riesgo se incrementa.

Se ha observado que el trastorno bipolar II, que está caracterizado por intensos episodios depresivos que alternan con aumentos anímicos sin llegar a la manía, llamados episodios hipomaniacos tienen un riesgo mayor de suicidio que en el trastorno bipolar I que presenta episodios de manía intercalados

con episodios depresivos y de manera general los métodos utilizados por los tipo I tienden a ser más letales, graves e impredecibles. (Chinchilla, Correas, Quintero, Vega. 2010, p. 176)

## **Consumo de alcohol**

Tanto el abuso del alcohol y como su dependencia es un diagnóstico frecuente en quienes cometen e intenta el suicidio, esto principalmente en jóvenes. (WHO 2000, p9)

Actualmente jóvenes y adultos abusan de esta droga legal, que en personas con trastornos psiquiátricos, constituyen un factor precipitante de intentos de suicidio y suicidio consumado, por ello existe un riesgo seis veces mayor en alcohólicos en comparación con quienes no lo son.

Las explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la correlación del suicidio con el alcoholismo identifican factores que aumentan esta conducta en los alcohólicos, entre estas anotamos:

Iniciación temprana del alcoholismo.

Largo historial de bebida.

Alto nivel de dependencia.

Humor depresivo.

Salud física deficiente.

Desempeño laboral pobre.

Antecedentes familiares de alcoholismo.

Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante.

El riesgo de suicidio en un alcohólico se incrementa cuando en la etapa de desinhibición conductual atribuida a esta sustancia, se le asocian situaciones vitales estresantes, pérdidas y conflictos personales sobre todo cuando coexisten con trastorno del estado del ánimo.

## **Esquizofrenia**

Importante causa de muerte con porcentajes de 35% y 50% en el sexo femenino y masculino respectivamente y especialmente en jóvenes que padecen esta enfermedad, se registran también una tasa de suicidio mayor que en la población general con valores estimados entre el 10% y 15%; este desequilibrio, generalmente se producen durante los primeros años de diagnosticada la enfermedad, la etapa post-

hospitalización y cuando ya establece de los síntomas agudos de la esquizofrenia, el paciente reconoce la limitación que esta enfermedad le impone, lo cual también puede predisponer a la presencia de trastornos depresivos y uso de drogas

### **Trastornos de personalidad**

En este grupo se ha calculado que el riesgo suicida es siete veces mayor que el de población general, pese a lo complicado que resulta diagnosticar este tipo de patología; se ha llegado a calcular que de todos los pacientes que presentan un intento de suicidio 40% padecen de este trastorno; siendo el tipo antisocial y el límite especialmente los que revisten mayor número y gravedad. (Soler Insa, Barrachina. 2005, p.8)

### **Trastornos de ansiedad**

Se estima que un 20% de pacientes con trastorno de ansiedad podrían cometer algún acto relacionado con el suicidio en su mayoría tentativas y suicidios consumados, riesgo que se multiplica por la presencia de otros cuadros como la depresión, de la personalidad y abuso de drogas.

## **2.2.6. EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO**

Los datos de la Organización Mundial de la Salud indican que el suicidio ocurre en 16 personas de cada 100 mil habitantes por año y una muerte por suicidio se produce cada 40 segundos; se encuentra entre las 3 primeras causas de muerte entre las edades de 15 a 44 años en ambos sexos. En el mundo las tasas varían entre los diferentes países pero en los últimos 45 años se ha incrementado en un 60%.

Se calculó que entre el 2000 y el 2006 aproximadamente cinco millones de personas murieron por esta causa. La Asociación Internacional por la Prevención del Suicidio-IASP, estima que los intentos de suicidio son 10 a 20 veces más comunes que el suicidio consumado, especialmente en las jóvenes mujeres; el estudio del fenómeno del suicidio es relativamente limitado en América Latina, a pesar que la OMS recopila los informes de salud enviados por cada uno de los países miembros, entre los cuales se incluyen los datos de las muertes por suicidio. (Betancout , Andrea, 2008, p. 5).

La distribución por sexo determina que los intentos de suicidio son más comunes en mujeres, con una razón que varía de 3:1 a 7:1, mientras que se registra en hombres un mayor número de suicidios consumados, esto se relaciona con el uso de métodos de mayor letalidad utilizados en hombres (uso de armas de fuego, ahorcamiento, precipitaciones desde altura) siendo menos agresivos en mujeres (ingesta de fármacos o tóxicos, cortes en muñecas).

Se observa también que existe un patrón distinto entre hombre y mujer, en cuanto al momento de presentarse este tipo de conducta; así en el sexo masculino muestra un pico en la adolescencia e inicio de la adultez joven para ir disminuyendo en la tercera edad, mientras que en el sexo femenino se encuentra un pico elevado en la etapa de adultez joven que disminuye después de dicha etapa.

### **2.2.7. FACTORES IMPLICADOS EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDAS**

La pronta detección de factores de riesgo influyen en la gravedad de las conducta de riesgo suicida la cual también depende de sí es hallado más de un factor de riesgo implicado

No solo la presencia de factores de riesgo predisponen al sujeto a presentar conducta de riesgo suicida; el modelo propuesto por Mann (2002) **diátesis-estrés** en el cual propone la existencia de **factores predisponente (diátesis)** entre los cuales menciona a la genética, experiencias tempranas, enfermedades crónicas, abuso de sustancias y factores alimentarios, interaccionan con **factores precipitantes (stress)** entre los cuales mencionan a la enfermedad psiquiátrica aguda, abuso agudo de sustancias, enfermedad medica, estrés social y familiar, puede generar una mayor presencia de conducta de tipo suicidarias.

Es conocido que no se puede predecir un intento suicida, pero sí podemos valorar el riesgo individual a través de **factores de riesgo** y **factores protectores** (figura 5). (Vélez, Rojas. 2010, p. 296)

Otra forma de clasificar los factores de riesgo es a través de la determinación de factores modificables y no modificables (Figura 6) así como también situarlos en distintos ámbitos como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental. (Figura 6). (Ministerio de Ciencia e Innovación. Galicia, 2011, p. 37).

<b><u>FACTORES DE RIESGO</u></b>	<b><u>FACTORES PROTECTORES</u></b>
• <b>Edad avanzada</b>	• Ausencia de trastorno mental
• <b>Sexo masculino</b>	• Tener empleo
• <b>Historia de intento previos</b>	• Presencia de hijos en casa
• <b>Uso de métodos letales</b>	• Embarazo
• <b>Planificación previa</b>	• Creencias religiosas firmes
• <b>Trastornos psiquiátricos</b>	• Apoyo social afectivo
• <b>Enfermedades médicas crónicas</b>	• Habilidades de afrontamiento positivas
	• Satisfacción vital

Figura 5. Factores de riesgo y factores protectores.

Fuente: Psiquiatría de Enlace. Fundamentos de Medicina. Medellín - Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.

<b><u>FACTORES MODIFICABLES</u></b>	<b><u>FACTORES INMODIFICABLES</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno afectivo</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Trastorno de ansiedad</li> <li>• Abuso de sustancias</li> <li>• Trastorno de personalidad</li> <li>• Otros trastornos mentales</li> <li>• Salud física</li> <li>• Dimensiones psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heredabilidad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescentes y adultos jóvenes</li> <li>- Edad geriátrica</li> </ul> </li> <li>• Estado civil</li> <li>• Situación laboral y económica</li> <li>• Creencias religiosas</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Conducta suicida previa</li> </ul>

Figura 6. Clasificación de factores de riesgo en modificables e inmodificables.

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2010.

## **2.2.8 MÉTODOS AUTOLÍTICOS FRECUENTEMENTE EMPLEADOS**

La Federación Mundial para la Salud Mental (2010) indica que el paciente con riesgo suicida emplea diferentes objetos que puede tener en casa como medio para llevar a cabo las ideas o un impulso suicida. Aunque se tenga toda la prevención con este tipo de pacientes, no es posible controlar el medio en un 100%; a continuación se mencionan los métodos más comúnmente empleados y de los que se debe tener precaución. (p.29)

**Sustancias químicas:** Productos de limpieza caseros, pesticidas, plaguicidas que constituyen una causa significativa de suicidio en países en desarrollo.

**Armas:** Incluyen cuerdas, cuchillos y armas de fuego.

Es recomendable que las municiones de las armas de fuego se guarden bajo llave. Otro método común es infligirse autolesiones cortantes que pueden resultar mortales.

**Elección del arma:** la mitad de los casos de suicidio se cometen con armas de fuego, y el 70 por ciento de los intentos se realizan con sobredosis de drogas.

Es notorio que los hombres suelen elegir las armas de fuego, mientras que el envenenamiento y la asfixia son los que las mujeres escogen.

**Acciones violentas:** entre estos saltar o lanzarse de grandes alturas, conducir demasiado rápido y con imprudencia temeraria, o intoxicación con monóxido de carbono son los más habituales.

Los medios violentos que con mayor probabilidad se dan en hombres son los más certeros para consumar el acto suicida, lo que a su vez esto explica la desproporción de intentos fallidos realizados por las mujeres. Pero actualmente estudios recientes

indican un incremento el número de mujeres que eligen las armas de fuego y explosivos como métodos autolíticos y se ha especulado que este cambio se deba a la modificación en el papel de la mujer en la sociedad.

**Medicamentos:** Es importante supervisar la ingesta de medicamentos por parte del paciente que haya iniciado un tratamiento, o estar pendiente de la presencia de algún síntoma sugestivo de riesgos suicida: debido a que estos pacientes suelen acumular los medicamentos hasta creer ya se tiene suficiente para cometer el acto. A su vez también pueden convertirse en un factor desencadenante al existir un mal control de los síntomas por cambios de medicamentos, suspensión repentina y no usar una dosis apropiada: lo cual requiere revaloración por parte del médico, factores que inducen a la aparición de síntomas como la psicóticos que representan riesgo para auto dañarse.

Un ejemplo de medicamentos incorrectamente prescritos puede ocurrir en un pequeño porcentaje de personas que toman antidepresivos, en donde los síntomas de agitación e ideación suicida pueden observarse. (Federación Mundial para la Salud Mental, 2010, p. 30).

## 2.3. ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS

Actualmente no se cuenta con registros que asocien la información del INEC y MSP en cuanto a conductas suicidas con las diversas patologías psiquiátricas que se presentan en los distintos hospitales del país, pero pocos estudios realizados tanto en hospitales generales, como en centros psiquiátricos arrojan información tanto sobre suicidio y su comorbilidad.

En nuestro país existe una tasa de suicidios relativamente baja; según los datos del **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos** en su anuario (INEC, 2012) la cual es del 6.4 por cada 100.000 habitantes en el 2010 (Grafico 1), sin embargo se ha observado un incremento de los suicidios en las últimas tres décadas, tomando en consideración que en 1971 el país registraba una tasa de 2.3 que se incrementó a 2.8 en 1980, en la década de los 90, y en la actualidad las tasas de suicidio continúan ascendiendo.

Desde el 2005 se reporta una tasa del 7,1 y de 6,7 en el 2006; posteriormente se registra en los años 2011 y 2012 tasas de 6.4 y de 6,02 respectivamente; las cuales continúan siendo bajas, respecto a la de otros países y con una aparente disminución del 2005 al 2012 (figura. 7); llama la atención el incremento si

comparamos estas cifras a las correspondientes a las últimas tres décadas, en donde el suicidio se encuentra dentro de las 20 primeras causas de muerte en los dos últimos años mencionados.

También el **Ministerio de Salud Pública** (MSP) incluye la problemática del suicidio en el reporte de Indicadores Básicos de Salud Ecuador, con el objetivo de monitorizar este problema y fortalecer su vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria; los datos son obtenidos de los distintos centros de salud del país, donde las tasas de muerte por suicidio están por debajo de las reportadas por el INEC, que en sus estadísticas no distinguen entre suicidios consumados e intentos fallidos y según la información de los respectivos anuarios la información pertenece solo a las muertes por esta causa.

La información correspondiente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP reportan tasas de suicidios consumados de menos del 1% (figura. 8) pero se debe tener en cuenta que los reportes pertenecen a las muertes por suicidio que se producen en las distintas dependencias de salud.

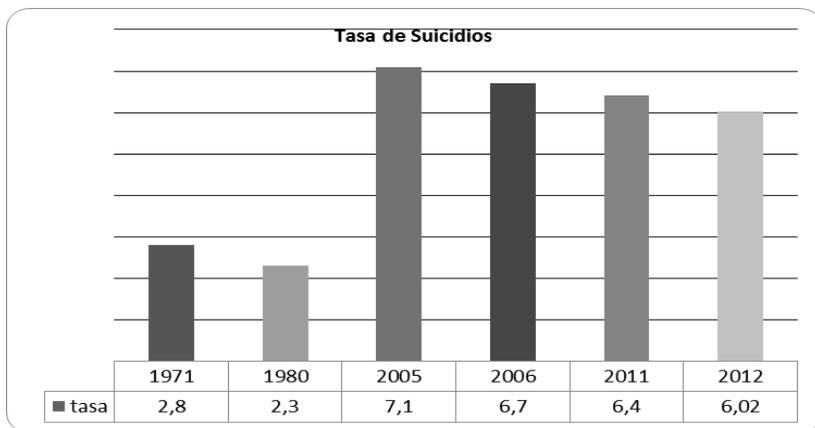


Figura 7. Tasa de suicidios 1971, 1980, 2010, 2011 por 100.000 habitantes.  
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC.

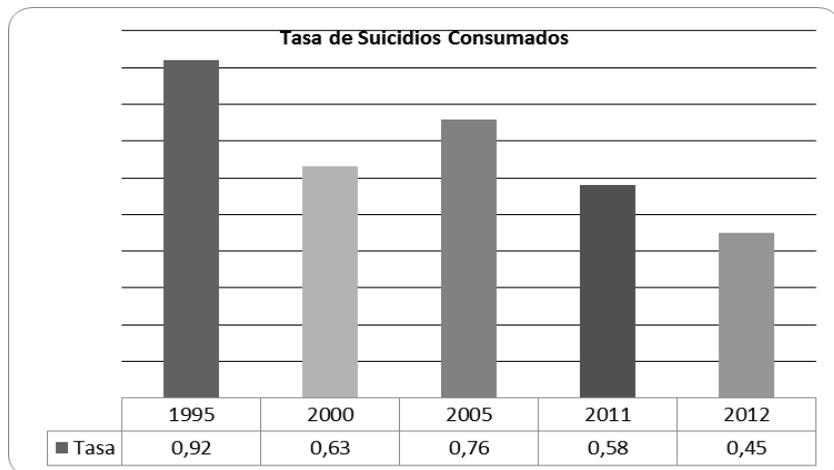


Figura 8. Taza de suicidios 1995 -2012  
Fuente: MSP - Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE). Anuario de Vigilancia Epidemiológica 1995-2012.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ecuador registra datos de intentos suicidas que corresponde a los intentos de fallidos que recibieron atención en los distintos centros de salud y hospitales del país (figura. 9) y donde se reportan tasas en 1995 de 7,42%, en el 2000 de 9,56%, en 2011 y 2012 tasas de 13,18% y 14,23% respectivamente con una tendencia al aumento en los últimos años

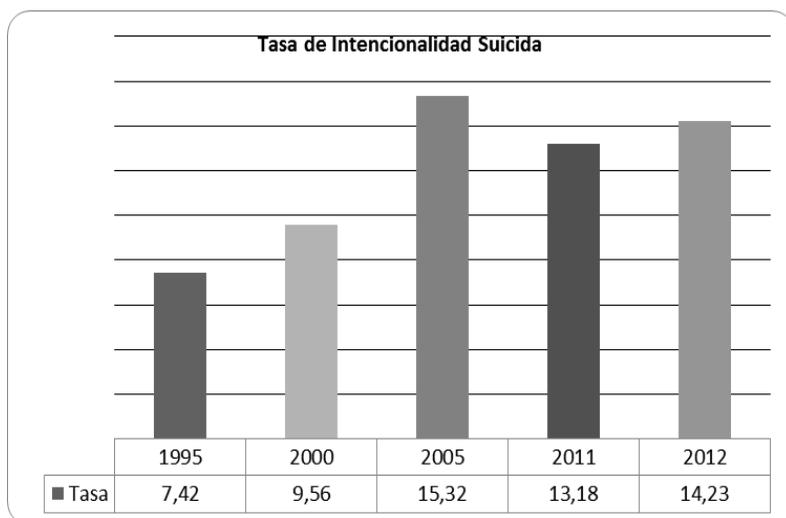


Figura 9. Tasa de intencionalidad suicida.

Fuente: MSP - Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE). Anuario de Vigilancia Epidemiológica 1995-2012

Pacheco, Quizhpi, Pacurucu, Morales, (1999) en su estudio de *“Factores de riesgo en el intento de suicidio en el Departamento de emergencias del Hospital Vicente Corral Moscoso”*, de Cuenca, encontraron que el desencadenante principal de los intentos suicidas fue de tipo afectivo en un 63 % de los casos donde estaban involucradas causas de tipo familiar y social.

Entre enero y agosto del 2010 García Ochoa, en su estudio *“Principales factores que predisponen al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional”* reporta un total de 11 casos de intento de suicidio de los cuales 6 estuvieron ingresados según criterios de la investigación con diagnósticos correspondientes a la patología depresiva, 3 Trastorno depresivo recurrente, 2 con F 32 Episodios depresivos, con F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

Aguirre Briones (2012) en su estudio *“Aplicación de la logoterapia durante la crisis en pacientes autolíticos adolescentes en el Hospital Pablo Arturo Suárez”* explica que se realizó en 60 pacientes que ingresaron, de los cuales 53.33% presentaron antecedentes psiquiátricos y 13,33% presentó intento suicida motivado por cuadro psiquiátrico; se describen también

los principales diagnóstico hallados en los pacientes suicidarios; indican que un 33.3% presentaron “Trastornos de control de los impulsos”, descrito como síntomas depresivos en el citado trabajo del cual concluimos que más bien se refiere a rasgos impulsivos predominantes. En cuanto a depresión registra porcentajes desglosados según la concepción del estudio “Logoterapia”, depresión noógena 25,00 %, depresión reactiva 20,00 %, depresión endógena: 8,33 %, depresión psicógena: 6,67 %; en cuanto a esquizofrenia / Episodio psicótico agudo / Paranoia se encontró en los paciente en un 3,33 %; y trastornos por abuso o dependencia sustancias (alcohol-drogas) 1,67 %; Otros trastornos como delirium, demencia, trastornos psico-orgánicos reporta el estudio se presentaron en un 1,67 %.

En el CRA (Centro de Rehabilitación y adicciones) de la Ciudad de Cuenca Peralta, Pesantez, Piedra. 2013, investigaron la prevalencia de suicidio en 240 pacientes ingresados entre los meses de marzo, junio, julio del 2013, obteniéndose como resultado que la intencionalidad suicida estaba presente en el 28.5% lo cual corresponde a 61 de los 240 pacientes, de estos el 44.26% con intencionalidad suicida tenían el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo; se registró también que el 34% de

los pacientes padecían trastorno mental por uso de sustancias y el 16% eran pacientes patología psicótica

## **2.4. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA**

Las medidas de atención y evaluación del paciente con conductas riesgo suicida pone a prueba al personal médico, donde quiera que llegue un paciente de este tipo, es decir ya sea un centro de atención primaria, un centro de hospitalización general o un centro psiquiátrico especializado.

Entre las primeras premisas para evaluar las conductas de riesgo suicida tenemos: Determinar el riesgo suicida de la persona, establecer alianza terapéutica, evitar nuevas conducta autoagresivas, definir tratamiento a corta y largo plazo y la educación de familiares y cercanos al paciente. (Toro, Yépez, Palacios, 2010, p.192).

La **Organización Mundial de la Salud**, a través de su edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Atención Primaria (CIE-10-AP, 1996), realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida.

### **2.4.1 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN UN FUTURO INMEDIATO**

- Presencia de ideación suicida: esporádico o persistente
- Determinación: si el suicidio es una posibilidad o una decisión firme
- Presencia de plan suicida, cuando más elaborado, mayor riesgo, determinar la disponibilidad de medios para un potencial suicido
- Falta de soporte familiar aumenta el riesgo
- El consumo de alcohol y drogas y la limitada capacidad de autocontrol incrementa el riesgo
- Aspectos sociales, exclusión social, desempleo.
- 

### **2.4.2 EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON UN INTENTO SUICIDA RECIENTE**

- Peligrosidad del método elegido
- Grado de convicción sobre la eficacia del método elegido

- Posibilidad de ser descubierto
- Grado de alivio al ser salvado
- Propósito del comportamiento suicida. Intentaba transmitir un mensaje o morir. (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2011)

Puri, Treasaden (2008) señalan que través de los factores de riesgo también se puede realizar una evaluación de la conducta de riesgo suicida, en donde los trastornos mentales son un factor de **alto riesgo** para la presencia de estas conductas, y estas a su vez en combinación con factores psicológicos y demográficos, que por sí solos son considerados como **riesgo bajo**, potencian a un nivel **muy alto riesgo** estas conductas. (figura. 10)

Una vez evaluada la conducta de riesgo presentada, se debe determinar la necesidad de internamiento o manejo ambulatorio; el riesgo muy elevado requerirán atención psiquiátrica y hospitalización inmediata debiéndose garantizar en todo momento la integridad del paciente, evitar el contacto con cualquier método que ponga en riesgo al paciente. Si el riesgo es moderado requerirá observación por lo menos 24 horas con supervisión permanente. Si el riesgo es bajo se le indicará

consulta ambulatoria con recomendaciones al paciente y la familia.

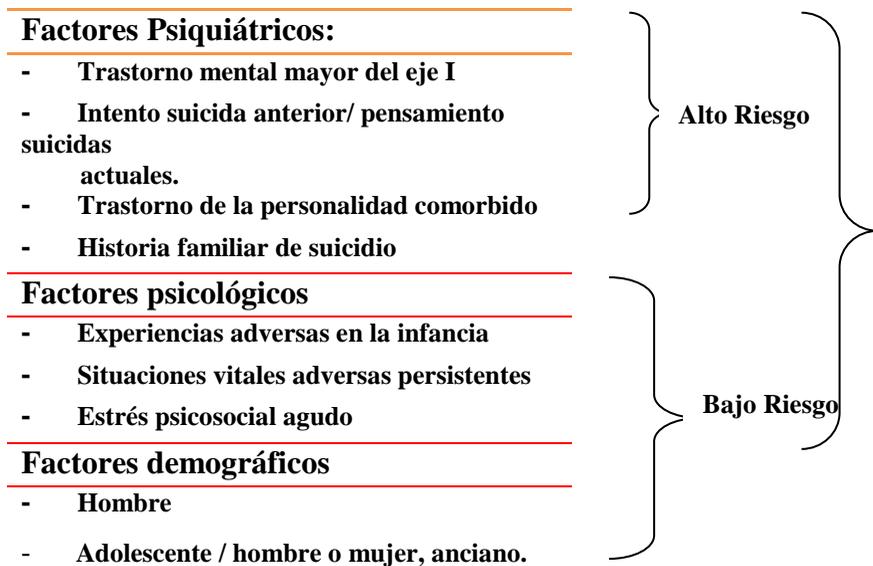


Figura 10. Clasificación jerárquica de los factores de riesgo.  
Fuente: Urgencias de Psiquiatria. Puri, Treasaden (2008).

### 2.4.3. MEDICIÓN PSICOMÉTRICA DE LA INTENSIDAD DE LA CONDUCTA DE RIESGO SUICIDA

El estudio psicométrico de los niveles de conductas suicidas son un apoyo a la valoración clínica, no son de realización rutinaria la cual también es dependiente del estado cognitivo del paciente en el momento de la realización, sirven

para valorar aspectos que están relacionados indirecta y directamente con la conducta de riesgo presentada; existe en un gran número unas no específicas, otras lo son; unas valoran los actos suicidas cometidos otras situaciones relacionadas con estas conductas.

Mencionaremos las escalas existentes según los aspectos a valorar de cada una de ellas, hay que tener en cuenta que muchas no cuentan con la validación respectiva al español; en la presente investigación las escalas de ideación, intencionalidad, riesgo suicida y de desesperanza son las tomadas en la valoración. (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2011, p 95).

### **Escalas no específicas de suicidio**

- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
- Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

### **Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida**

- Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
- Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS)
- International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT)

- Escala SAD PERSOKS
- Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)

### **Escalas de evaluación de los actos suicidas**

- Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)
- Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)

### **Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio**

- Escala de Desesperanza (HS)
- Inventario de razones para vivir (RFL)
- Escala de impulsividad de Barrat (BIS-II)
- Inventario de Hostilidad de Buss-Durkec (BDHII)
- Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLIIAJ)
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

#### **2.4.3.1 Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida**

## **Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) (Beck et al, 1979)**

Está diseñada para valoración de la gravedad de los pensamientos suicidas, mide la intensidad del deseo de vivir y de morir pero también otros elementos como la letalidad del método utilizado o planeado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de factores que disuadan los pensamientos suicidas.

Formada por 19 ítems, valorados en escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos), y se distribuyen en 4 capítulos

- Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
- Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
- Características del intento planeado (ítems 12 a 15).
- Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

Para la interpretación de los resultados se obtiene una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida, la suma de todos los ítems se obtienen puntuaciones entre 0 y 38. No

existen puntos de corte propuestos en esta escala; a mayor puntuación, mayor gravedad.

### **Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale, PSS) (Paykel et al., 1974)**

Se encuentra elaborada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas de forma gradual donde cada uno de los 5 Ítems el paciente responde «Sí», 1 punto, «No», 0 puntos, y se encuentran ordenados de modo jerárquico es decir que van de menor a mayor gravedad del pensamiento suicida. Los puntos de corte propuestos son los siguientes:

- Sin ideación suicida: 0 puntos.
- Pensamientos de muerte: puntuación positiva en los ítems 1 o 2.
- Ideación suicida: puntuación positiva en los ítems 3, 4 y/o 5.

### **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) (Plutchik et al., 1989)**

Evalúa el riesgo suicida, detecta tentativas de suicidio o los antecedentes en quienes los tengan, valora aspectos relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros relacionados

con las tentativas. En esta escala encontraremos 15 Ítems a los que se responde con sí o no. Existe validación española (Rubio et al, 1998).

Cada respuesta afirmativa equivales a 1 punto y la negativa 0; de la suma total de los puntos valorados se obtiene la puntuación que oscila de 0 a 15. En la versión española (Rubio et al., 1998), los autores proponen un punto de corte de 6.

#### **2.4.3.2. Escalas de evaluación de los actos suicidas**

##### **Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS) (Beck et al., 1974a)**

Escala diseñada para evaluar las características de los intentos suicidas como circunstancias en las que se producen, actitudes hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas previas, durante y posterior a la tentativa de suicidio, también consumo de alcohol u otras sustancias que se relacionen con la tentativa; sus 20 Ítems valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos) se aplica a quienes han tenido un intento de suicidio. Tiene una parte objetiva que mide las circunstancias alrededor del intento de suicidio (ítems 1 a 8); una subjetiva que mide las

expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15) y otros aspectos relacionados (ítems 16 a 20).

Los resultados nos dan una valoración de la gravedad del acto autolítico cometido, la puntuación total se mide en sus primeros 15 ítems mientras que los últimos 5 no poseen puntuación; la escala tampoco posee puntos de corte propuestos (a mayor puntuación, mayor gravedad)

### **2.4.3.3 Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio**

#### **Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) (Beck et al., 1974b)**

Esta escala valora desde la perspectiva subjetiva del paciente el futuro y bienestar, la capacidad de salir de situaciones difíciles y poder conseguir éxito en la vida; los resultados que se obtiene son un predictor de una futura conducta suicida; cada ítem del que consta la prueba de un total de 20 el paciente responde verdadero o falso.

Los resultados de la puntuación de 0 a 20 en total esta distribuidos en tres aspectos diferentes:

Afectivo (sentimientos sobre el futuro); motivacional (pérdida de motivación) y el cognitivo (expectativas sobre el futuro).

De los resultados se han propuestos los siguientes puntos de corte:

- 0-3: ninguno o mínimo.
- 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
- 4-8: leve.
- 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
- 9-14: moderado.
- 15-20: alto.

## **2.5. MARCO CONCEPTUAL**

- **Suicidio:** Es la muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, que la persona quería morir.
- **Conducta parasuicida:** Patrón de comportamiento en el que no existe voluntad expresa de morir, pero que pone en riesgo la vida

- **Intento de suicidio:** Es el acto no habitual con resultado no letal, pero deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, causándole autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.
- **Ideación suicida:** Son los pensamientos constantes sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable.
- **Gesto suicida:** Daño autoinfligido, sin el propósito de morir, que busca generar cambios en el ambiente.
- **Autolesión:** Es el comportamiento autolesivo que consiste en infligirse daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado).
- **Suicidalidad:** Constituyen los factores personales o ambientales que predisponen a una conducta autodestructiva episódica o recurrente.
- **Comunicación suicida:** Es el acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar

con la propia vida, para los que existen evidencias implícita o explícita, que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida.

- **Amenaza suicida:** Es el acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano.
- **Plan suicida:** Es la propuesta de un método con el cual llevará a cabo una conducta suicida potencial y peligrosa para el propio individuo.

## **2.6. MARCO LEGAL**

### **CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR**

Art. 76, numeral 4, sobre las garantías básicas que aseguran el debido proceso establece: “Las pruebas obtenidas o actuadas con violación de la Constitución o la ley no tendrán validez alguna y carecerán de eficacia probatoria”.

Art. 169.- El sistema procesal es un medio para la realización de la justicia. Las normas procesales consagrarán los principios de simplificación, uniformidad, eficacia, Inmediación, celeridad y

economía procesal, y harán efectivas las garantías del debido proceso. No se sacrificará la justicia por la sola omisión de formalidades.

Art. 195, “la Fiscalía dirigirá de oficio o a petición de parte, la investigación pre-procesal y procesal penal...la Fiscalía organizará y dirigirá un sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses”.

## **CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL**

Art 442.- La Fiscalía dirige la investigación pre-procesal y procesal penal e interviene hasta la finalización del proceso.

Art 443.- Atribuciones de la Fiscalía.- La Fiscalía ejerce las siguientes atribuciones:

1. Organizar y dirigir el Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses...

Art. 448.- Organización y dirección.- En materia pre-procesal y procesal penal, la Fiscalía organizará y dirigirá el Sistema especializado integral de investigación, medicina legal y ciencias forenses que prestará servicios especializados de apoyo técnico y

científico a la administración de justicia. El Sistema contará con el apoyo del organismo especializado de la Policía Nacional y personal civil de investigación, quienes llevarán a cabo las diligencias necesarias para cumplir los fines previstos en este Código, ejecutarán sus tareas bajo la dirección de la Fiscalía y dependerán administrativamente del Ministerio del ramo.

Art. 449.- **Atribuciones.**- Son atribuciones del personal del Sistema especializado integral de investigación, medicina legal y ciencias forenses:

6. Vigilar, resguardar, proteger y preservar el lugar donde presuntamente se comete la infracción y recoger los resultados, huellas, señales, armas objetos, instrumentos y demás vestigios.

Art. 459.- **Actuaciones.**- Las actuaciones de investigación se sujetarán a las siguientes reglas:

3. Las diligencias de investigación deberán ser registradas en medios tecnológicos y documentales más adecuados para preservar la realización de la misma y formará parte del expediente fiscal.

Art. 461.- **Actuaciones en caso de muerte.**- Cuando se tenga noticias de la existencia de un cadáver o restos humanos, la o el fiscal dispondrá:

3. “...Los peritos tomaran las muestras correspondientes, las cuales serán conservadas”

**SISTEMA ESPECIALIZADO INTEGRAL DE INVESTIGACIÓN, DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE HISTOPATOLOGIA FORENSE**

Pág. 9 de 37 Art. 511.- Las y los peritos deberán:

1. Ser profesionales expertos en el área, especialistas titulados o con conocimientos, experiencia o experticia en la materia y especialidad, acreditados por el Consejo de la Judicatura.
2. Desempeñar su función de manera obligatoria, para lo cual la o el perito será designado y notificado con el cargo.

En cuanto a la figura legal del suicidio, actualmente no está contemplada dentro del cuerpo penal ecuatoriano excluida desde el 30 de Julio de 1903. Carrasco L. (2012)

## **2.7. HIPÓTESIS**

¿Existe relación de comorbilidad de las conductas de riesgo suicida con otros trastornos mentales aparte de los cuadros afectivos y psicóticos?

## **2.8 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**

### **2.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

Comorbilidad de las conductas suicidas

### **2.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

Pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias

### **2.8.3 VARIABLES INTERVINIENTE**

Tipo de conducta suicida

Intensidad de conducta suicida

## 2.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VERIFICADORES
<b>INDEPENDIENTE</b>		
COMORBILIDAD DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS	DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICO DE INGRESO Y EGRESO	HISTORIA CLINICA, ENTREVISTAS A FAMILIAR, EXAMENES ESPECIALES (TAC-RMN, EEG)
<b>DEPENDIENTE</b>		
PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	CONDUCTA DE RIESGO SUICIDA PRESENTADA, SINTOMAS ACOMPAÑANTES, METODO UTILIZADO	HISTORIA CLINICA, ENTREVISTAS A FAMILIAR, EXAMENES ESPECIALES (TAC-RMN, EEG)
<b>INTERVINIENTES</b>		
TIPO DE CONDUCTA DE RIESGO SUICIDA	GRADOS DE CONDUCTA SUICIDA IDEACION, PLANIFICACION, INTENCIONALIDAD	HISTORIA CLINICA, RESULTADOS DE PSICOMETRIAS
INTENSIDAD DE CONDUCTA SUICIDA	REALIZACION DE PSICOMETRIAS, NIVEL DE LA CONDUCTA PRESENTADA	RESULTADOS DE PSICOMETRIAS

## **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Será un trabajo:

- Exploratorio
- Descriptivo
- Retrospectivo
- Cuantitativo

### **3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

- Para la investigación de campo se emplearán los informes médicos (Historia clínica de ingreso, partes diarios de atención) y resultados de psicometría de cada uno de los pacientes.
- Se tomarán en cuenta el diagnóstico de ingreso codificado en el eje I del CIE 10 de la historia clínica adaptada del MSP (capítulo F que corresponde a enfermedades mentales).
- Al realizar la revisión de la historia clínica ubicaremos a los pacientes que presenten conductas de riesgo suicidas como parte de su sintomatología al ingreso

- Se revisarán los exámenes realizados al paciente incluyendo las pruebas de psicometrías adecuadas a la sintomatología de las que se realizaran según sus resultados una relación con la patología de ingreso siguiendo la evolución de las mismas durante la hospitalización.
- Se revisarán los resultados de los test psicométricos correspondientes a las escalas de ideación, intencionalidad, riesgo suicida y escala de desesperanza que hayan sido realizados a los pacientes aptos para el estudio.
- Se contabilizará de manera estadística el número total de paciente con conductas suicidas y los diagnósticos más frecuentes, tanto al ingreso como al egreso hospitalario, estableciendo una relación de comorbilidad

### **3.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población objeto de estudio está dada por el total de los pacientes ingresados durante el año 2012 que fueron 1583 paciente

La muestra está comprendida por todos los casos ingresados y que presenten sintomatología acorde al estudio; los mismos que fueron un total de 211 pacientes.

### **3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico por primera vez y subsecuentes con síntomas correspondientes a su cuadro psiquiátrico de base acompañados de conductas de riesgo suicida

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que recibieron atención en el hospital psiquiátrico por primera vez y/o subsecuentes con síntomas correspondientes a su cuadro psiquiátrico de base que no se acompañó de conductas de riesgo suicida.

### **3.4. RECURSOS EMPLEADOS**

#### **3.4.1. TALENTO HUMANO**

- El investigador
- Tutor

#### **3.4.2. RECURSOS FÍSICOS**

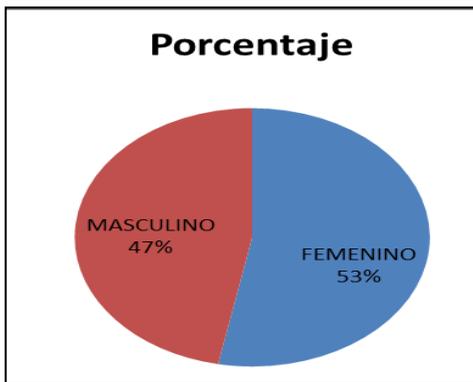
- Computador
- Impresora
- Informes médicos diarios
- Hojas de papel bond
- Bolígrafos

## 4. RESULTADOS

### 1. Características generales de los pacientes ingresados en el Instituto de Neurociencias durante al año 2012.

**Tabla 1. Distribución por sexo.**

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	112	53,08%
MASCULINO	99	46,92%
Total	211	100,00%



**Gráfico 1. Porcentaje por sexo**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

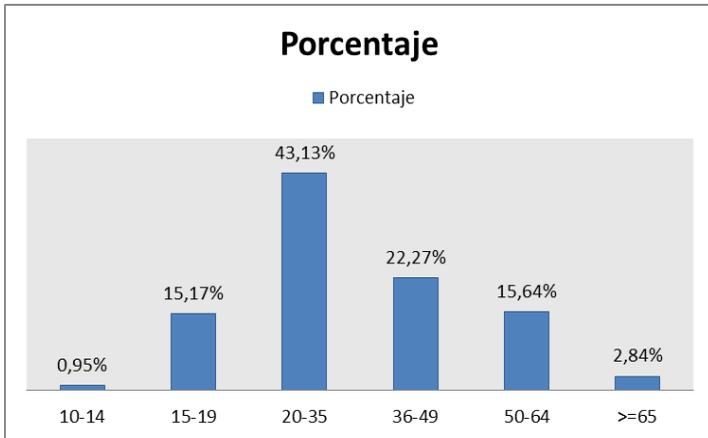
**Análisis:** Los datos obtenidos en el Instituto de Neurociencia, durante el año 2012, revelan que del total de pacientes seleccionados para el estudio el 53,08% (112) corresponde al

sexo femenino, en tanto que un 46% (99) pertenece al sexo masculino.

**Interpretación:** Los datos demuestran que un mayor número de pacientes corresponde al sexo femenino quienes están más expuestas a presentar conductas de riesgo suicida y donde los factores de riesgo tienen mayor incidencia; condiciones como el propio padecimiento de un trastorno mental puede propiciar trastornos del estado afectivo, que puede desencadenar en una potencial conducta autolesiva; muchos de los paciente con padecimientos crónicos por lo general son solteros o su padecimiento mental ha influido en separaciones de sus parejas. La literatura indica que las mujeres son un grupo que más presenta intencionalidad, lo cual corresponde a los datos obtenidos puestos que los ingresos realizado son en su mayoría de este tipo

**Tabla 2. Distribución por grupos de edad**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>10-14</b>	2	0,95%
<b>15-19</b>	32	15,17%
<b>20-35</b>	91	43,13%
<b>36-49</b>	47	22,27%
<b>50-64</b>	33	15,64%
<b>&gt;=65</b>	6	2,84%
<b>Total</b>	211	100,00%



**Gráfico 2. Porcentaje por grupos de edad**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: El autor

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que la presencia mayor de pacientes corresponde al grupo de edad entre los 20-35 años, con un 43% de la muestra seguido del grupo entre los 36-49 años con un 22%, en edades entre 15-19 y 50-64 se obtuvieron porcentajes iguales de 15% respectivamente.

Se obtuvo también que la edad en promedio fue de 33 años, la edad más frecuentes estuvo en los 23 años, de los datos obtenidos, la edad central fue 29 años; la edad mínima y máxima estuvieron en 12 y 78 respectivamente.

**Interpretación:** Existe un porcentaje de pacientes ingresados con conductas de riesgo suicida entre las edades de 20-35 años con un 43%; edades en las que frecuentemente empiezan procesos psicopatológicos como los cuadros psicóticos, también coincide con etapas de mayor productividad, mayor preocupación por dinero, trabajo, rupturas amorosas que pueden predisponer a cuadros depresivos, ansiedad y por ende a conductas de riesgo suicida.

**Tabla 3. Análisis estadístico de la edad.**

Observado	Media	Std Dev	Edad Min	Mediana	Edad Max	Moda
211	33	15	12	29	78	23

**Fuente.** Base de datos. INC 2012

**Elaborado:** Epi-info

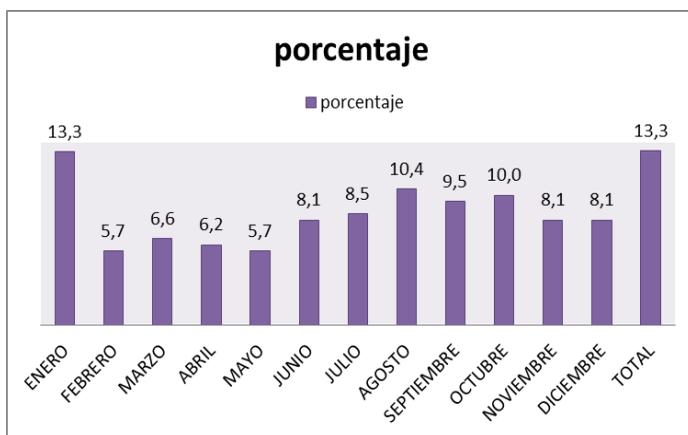
**Análisis:** se observa de los datos un total de 211 pacientes acordes para el estudio; los cuales presentaron un promedio de edad que se situó en los 33 años, la edad mínima estuvo comprendida en 12 años y la máxima en 78 años, y la edad que más se repitió entre los pacientes fueron los de 23 años.

**Interpretación:** Las conductas de riesgo suicida están presentes en todas las etapas de la vida, desde la infancia (edad mínima:

12 años) hasta la 3era edad (edad máxima: 78años), al inicio de la edad adulta (edad más frecuente: 23 años) como en el transcurso de esta (edad promedio: 33 años).

**Tabla 4. Pacientes ingresados por mes.**

<b>MES</b>	<b>INGRESOS</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>%</b>
<b>ENERO</b>	140	28	13,3
<b>FEBRERO</b>	119	12	5,7
<b>MARZO</b>	132	14	6,6
<b>ABRIL</b>	123	13	6,2
<b>MAYO</b>	124	12	5,7
<b>JUNIO</b>	143	17	8,1
<b>JULIO</b>	139	18	8,5
<b>AGOSTO</b>	132	22	10,4
<b>SEPTIEMBRE</b>	128	20	9,5
<b>OCTUBRE</b>	121	21	10
<b>NOVIEMBRE</b>	137	17	8,1
<b>DICIEMBRE</b>	145	17	8,1
<b>TOTAL</b>	1583	211	13,3



**Gráfico 3. Porcentaje de pacientes por mes.**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observan que en el mes de enero se registra mayor número de ingresos con 28 (13.3%), también los meses de agosto, septiembre y octubre también un número de ingreso mayor de 22, 20 y 21 que correspondieron porcentajes de 10%, 9%, 10% respectivamente.

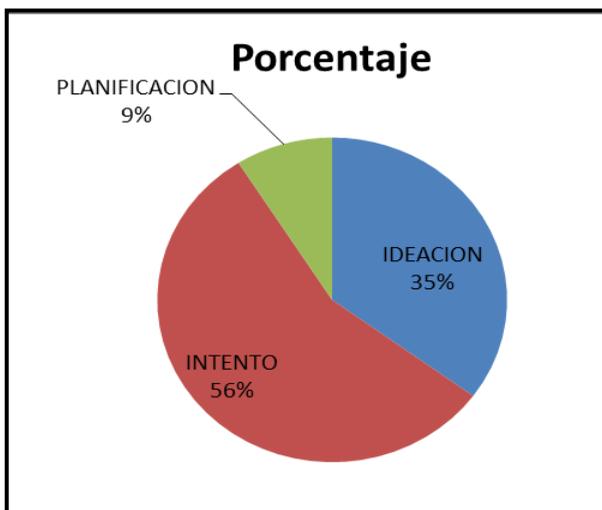
**Interpretación:** El mes de enero se registra un número mayor de ingresos por conducta de riesgo suicida que corresponde al inicio de año y no como se esperaría en diciembre que registra un 8% de ingresos, esto puede estar relacionado con las vicisitudes económicas luego de la etapa de navidad y fin de año,

concepciones religiosas, cambios a nivel personal en esta época del año.

## 2. Conductas de riesgo suicida que presentaron los pacientes del hospital psiquiátrico:

**Tabla 5. Conductas de riesgo suicida.**

<b>CONDUCTA RIESGO SUICIDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>IDEACION</b>	74	35,07%
<b>INTENTO</b>	118	55,92%
<b>PLANIFICACION</b>	19	9,00%
<b>Total</b>	211	100,00%



**Gráfico 4. Porcentaje de conducta de riesgo suicida**

Fuente. Base de datos. INC 2012

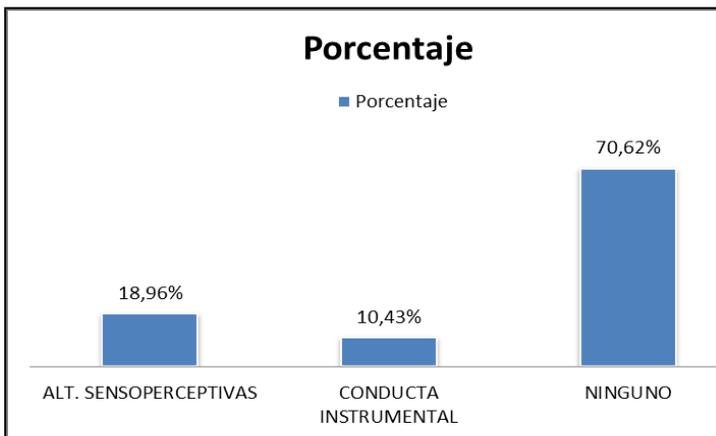
Elaborado: Epi-info

**Análisis:** Del total corresponde a cada conducta: 74 pacientes (35.07%) presentaron ideación suicida, 19 pacientes (9%) presentaron planificación suicida, 118 pacientes (55.92%) presentaron intento suicida.

**Interpretación:** El intento suicida y la ideación obtienen porcentajes de 118% y 74% respectivamente, lo que puede estar relacionado, con patología psiquiátrica, presencia de rasgos de impulsividad.

**Tabla 6. Síntomas asociados a la conducta de riesgo suicida.**

<b>SINTOMAS ASOCIADOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>ALT. SENSOPERCEPTIVAS</b>	40	18,96%
<b>CONDUCTA INSTRUMENTAL</b>	22	10,43%
<b>NINGUNO</b>	149	70,62%
<b>Total</b>	211	100,00%



**Gráfico 5. Síntomas asociados**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

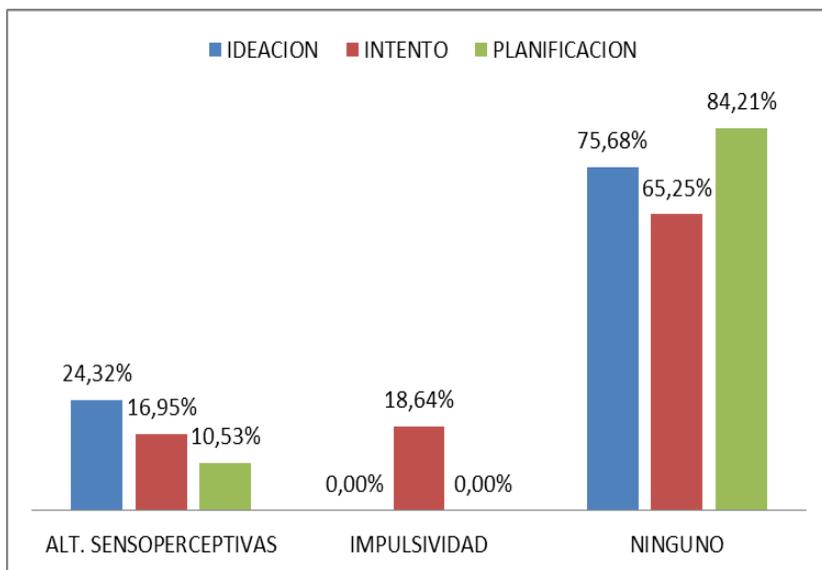
**Análisis:** Los síntomas relacionados como alteraciones sensorperceptivas (alucinaciones) se presentaron en 40 pacientes (18.96%) y 22 pacientes (10%) presentaron con conducta instrumental (autoagresividad); el resto de pacientes no presentaron conducta asociados a las de riesgo suicida.

**Interpretación:** La mayoría de pacientes no presentan síntomas asociados al riesgo suicida lo que puede estar relacionado a que en su mayoría están generadas por una motivación específica o simplemente este presente un trastorno afectivo sin síntomas psicóticos, las alteraciones sensorperceptivas se relacionan tanto con trastornos afectivos graves con psicosis como a la psicosis

misma, la conducta instrumental esta relaciona con rasgos de impulsividad.

**Tabla 7. Conducta de riesgo suicida y síntomas asociados.**

CONDUCTA RIESGO SUICIDA	SINTOMAS ASOCIADOS			Total
	ALT. SENSOPERCEPTIVAS	IMPULSIVIDAD	NINGUNO	
<b>IDEACION</b>	18	0	56	74
%	24,32%	0,00%	75,68%	100,00%
<b>INTENTO</b>	20	22	77	118
%	16,95%	18,64%	65,25%	100,00%
<b>PLANIFICACION</b>	2	0	16	19
%	10,53%	0,00%	84,21%	100,00%
<b>TOTAL</b>	40	22	149	211
%	18,96%	10,43%	70,62%	100,00%



**Gráfico 6. Conductas de riesgo suicida y síntomas asociados**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se encontró que la ideación suicida esta asociada a alteraciones de la sensorpercepción por lo general alucinaciones auditivas en un 24% (18) de los pacientes, mientras que el resto de pacientes un 75% (56) no presentaron síntomas asociados.

El intento suicida presento alteraciones sensorperceptivas en el 16.95% (20) mientras que un 17,80% (22) presentaron conducta instrumental, que esta dada por la idea no tan clara de cometer el acto pero en el que se ha incurrido en algún tipo de lesión que no pone en peligro la vida y que esta relacionada con fuertes rasgos

de impulsividad. El resto de los pacientes, un 65.25% (77) no presentaron síntomas asociados.

La planificación del acto suicida estuvo acompañada en un 10.53% (40) de alteraciones sensorio-perceptivas, mientras que el 84,21% (16) de los pacientes con planificación suicida no tuvieron síntomas asociados.

**Interpretación:** De los datos obtenidos tenemos que la ideas suicidas mayormente se presente con un porcentaje menor de síntomas asociados, es decir sin rasgos de impulsividad ni alteraciones en la percepción (a nivel de sensorio), pero en los cuales puede coexisten trastornos de tipo afectivo en donde la percepción “no haber salida” o de “ruina” o pensamiento pesimista suele estar presente; y donde en etapas graves suele aparecer las alucinaciones auditivas.

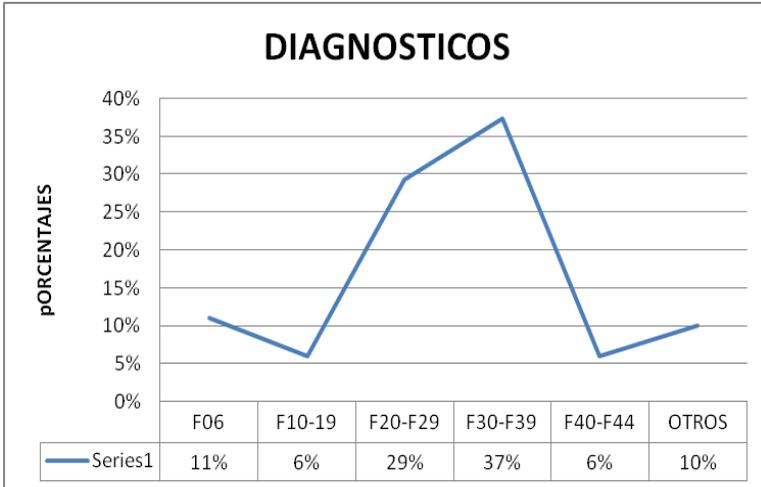
La intencionalidad suicida presenta porcentajes similares tanto de alteraciones de la sensorio-percepción como de rasgos impulsivos (conducta instrumental) aunque en comparación con quienes no presentan estos síntomas, con un porcentaje mayor; lo que indica que la síntomas añadidos son un factor más a la problemática que puedan estar vivenciando la mayoría de los pacientes ingresados. Lo mismo sucede con quienes presentaron planificación suicida

donde los porcentaje altos no presentaron síntomas aparte de la expresión de esta conducta.

### 3. Los diagnostico (CIE-10) presentaron los pacientes del estudio.

**Tabla 8. Diagnósticos de ingreso**

	INGRESO						
MES	F20- F29	F30- F39	F06	F10- 19	F40- F44	OTROS	TOTAL
ENERO	9	11	3	3	1	1	28
FEBRERO	3	4	1	0	0	4	12
MARZO	0	8	3	0	1	2	14
ABRIL	2	3	0	1	1	6	13
MAYO	5	4	0	1	1	1	12
JUNIO	5	5	3	2	1	1	17
JULIO	9	4	2	0	2	1	18
AGOSTO	6	10	3	2	1	0	22
SEPTIEMBRE	5	11	1	2	1	0	20
OCTUBRE	6	7	3	0	2	3	21
NOVIEMBRE	2	7	4	1	1	2	17
DICIEMBRE	10	5	1	1	0	0	17
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>79</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>211</b>



**Gráfico 7. Diagnósticos de ingreso**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: El autor

**Análisis:** Los trastornos afectivos (F30-F39) se presentaron en mayor número en los pacientes ingresados 79 en total (37,4%). Los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, F20-F29) se presentaron en un número en los pacientes ingresados de 62 (29,4%); los trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática (F06) se presentaron en un número de 24 (11.3%). Los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-F19) se presentaron en un número de 13 (6%); Los trastornos secundarios a situaciones

estresantes y somatomorfos (F40-F44) que incluye la ansiedad se presentaron en 12 (6%)

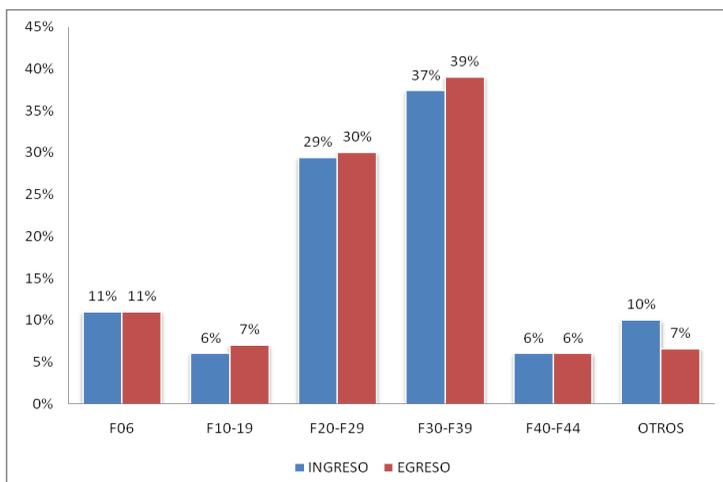
Existen una variedad de diagnósticos cuyo número de aparición en pacientes con conductas de riesgo suicida fue menor que los anteriormente mencionados por lo que se los agrupó dando un total de 21 pacientes (10%), los nombraremos como “**otros**” **diagnósticos** y corresponden a las demencias (F00-F03) con 3 pacientes (1,4%), el retraso mental (F70-F79) registro 3 paciente (1.4%), los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-98) se presentaron en 5 pacientes (2,3%), finalmente 7 pacientes ingresaron con el diagnostico de Trastorno mental sin especificación (F99) que corresponde a un 3,3 %

**Interpretación:** Los Trastornos afectivos y psicóticos presentan una mayor comorbilidad con las conducta de riesgo suicida ambos aunque son los mas frecuentes no son los únicos trastornos mentales asociados a este tipo de conducta; el consumo de sustancias y cuadros de carácter ansioso fácilmente pueden llevar a cualquier paciente que los padezca a incurrir en un posible suicidio; otros como la demencia, retraso mental, donde las limitaciones de funciones previamente aprendida o la dificultad en desarrollar nuevas capacidades respectivamente

pueden hacer que el individuo adopte alguna de conductas de amenaza autolítica; los cambios de conducta en la adolescencia y paciente que ingresan sin un diagnóstico específico también pueden incurrir en conducta de daño hacia si mismos.

**Tabla 9. Comparación entre diagnósticos de ingreso y egreso**

DIAGNOSTICO	INGRESO	EGRESO
F06	11%	11%
F10-19	6%	7%
F20-F29	29%	30%
F30-F39	37%	39%
F40-F44	6%	6%
OTROS	10%	7%
TOTAL	100%	100%



**Gráfico 8. Comparación entre ingreso y egreso**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: El autor

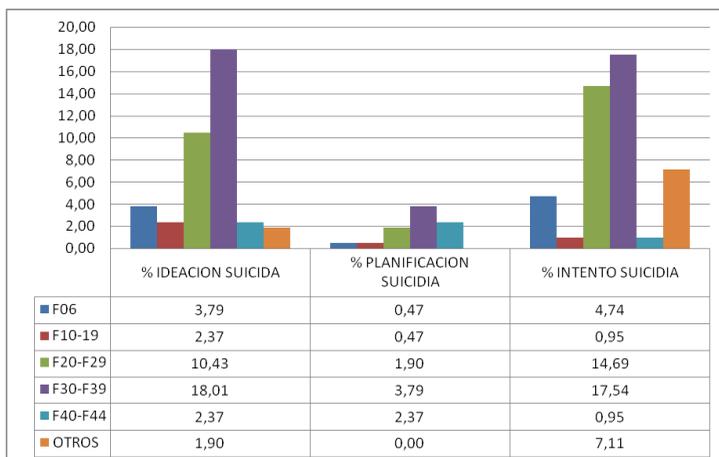
**Análisis:** En base a los porcentajes obtenido en cada grupo se observa que un mínimo porcentaje de pacientes cambia de diagnóstico de ingreso en comparación al egreso con una tendencia al aumento en los grupos de trastornos afectivos donde aumenta el porcentaje del 37% al 39% con una diferencia del 2%; en cuanto a los trastornos psicótico la diferencia es del 1% al igual que en los trastornos de conducta adictivas.

**Interpretación:** Existe una variación mínima en la comparación de los diagnósticos de ingreso y egreso tanto en los trastornos más frecuentes (del afecto y psicosis) como también en quienes son consumidores de sustancias; el 3% en los agrupado como “otros” diagnósticos corresponde al 3% que ingresa como Trastorno mental sin especificación” (F99) que al egreso y estabilizado el cuadro clínico se le asigna una categoría dentro de los trastornos mentales

#### 4. Relación de las conductas de riesgo suicida con los trastornos mentales frecuentes encontrados

**Tabla 10. Relación conductas de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos**

DIAGNOSTICOS	Ideación Suicida	Planificación Suicida	Intento Suicida
<b>F06</b>	8	1	10
<b>F10-19</b>	5	1	2
<b>F20-F29</b>	22	4	31
<b>F30-F39</b>	38	8	37
<b>F40-F44</b>	5	5	2
<b>OTROS</b>	4	0	15
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>19</b>	<b>97</b>



**Gráfico 9. Relación conductas de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: El autor

**Análisis:** De los datos obtenidos la ideación registra porcentaje elevado en paciente con trastornos del afecto 18% (38), y trastornos de tipo psicótico 10% (22), porcentaje de menos del 3,79% registraron trastornos de tipo orgánico, 2,37% las cuadro de ansiedad; el intento suicida también registra porcentaje elevado en cuadros afectivos 17,54% (37) y psicóticos 14,69% (31), con 4,74% en cuadro orgánicos y 7% en trastornos varios (otros) donde predominan la demencia, retraso mental; la planificación suicida reporta cifras menores en comparación con las dos conducta suicidad previamente mencionadas alcanzando el 3,79% en cuadros afectivos y 1,90% en los de tipo psicótico

**Interpretación:** Se observa que los trastornos afectivos y los de tipo psicótico tiene una comorbilidad en porcentajes mayores con las conducta de riesgo suicidas pero no son los únicos trastornos mentales presentes, aunque en menor porcentajes los trastornos orgánicos, ansiedad, consumo de sustancias donde los sentimientos de culpa por la problemática del consumo, la desesperación propia de la ansiedad, o la conciencia de la incapacidad de realizar labores que antes eran habituales como en la demencia llevan a este tipo de paciente a incurrir en conducta autolesivas.

## 5. Métodos suicidas frecuentemente empleados

Tabla 11. Metodos suicidas empleados.

METODO UTILIZADO	Frecuencia	Porcentaje
AHOGAMIENTO	1	0,47%
AHORCAMIENTO	15	7,11%
CORTE EN CUELLO	3	1,42%
CORTES EN MUÑECAS	15	7,11%
CORTES SUPERFICIALES	24	11,37%
INGESTA DE VENENO	8	3,79%
INTOXICACION MEDICAMENTOSA	18	8,53%
PRECIPITACION DE VEHICULO	9	4,27%
PRECIPITACION DE ALTURA	18	8,53%
APUÑALAMIENTO	8	3,79%
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,00%</b>

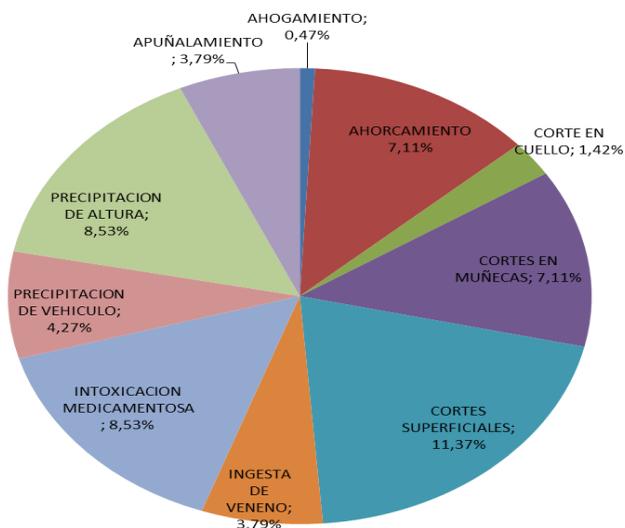


Gráfico 10. Métodos suicidas

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi info, el autor

**Análisis:** De los datos obtenidos se encontró que los métodos más utilizados para intentar quitarse la vida fueron con un 11,37% a los cortes superficiales en distintas partes del cuerpo; 8,53% la intoxicación con medicamentos y precipitación desde la altura, seguido de los intentos de ahorcamiento y cortes específicamente en muñecas con 7,11%; las precipitaciones de vehículos en movimiento correspondieron a 4,27%; la ingesta de veneno y apuñalamiento un 3,79%; los cortes directo en el cuello con 1,42% y ahogamiento con 0,47% registraron los porcentajes más bajos.

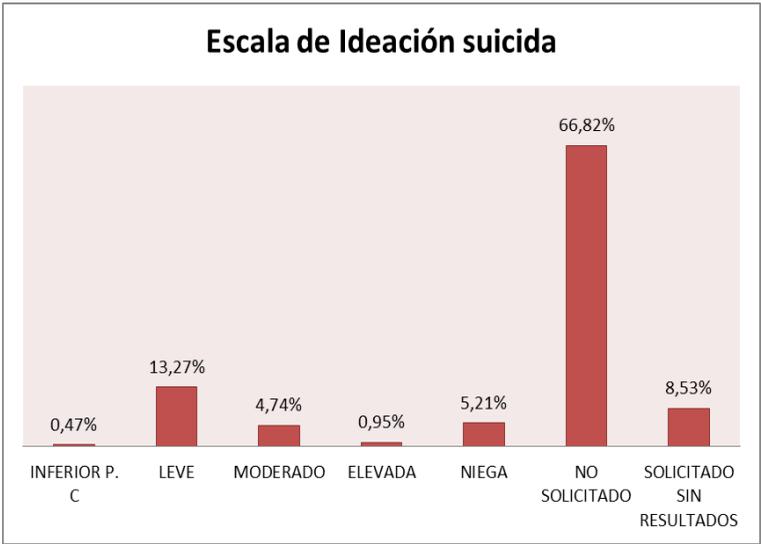
**Interpretación:** Los cortes superficiales representa el método más empleado, estos son específicos a ninguna región del cuerpo como los cortes en muñeca, cuello o apuñalamiento que es la lesión con arma blanca de alguna de las cavidades corporales; los cortes superficiales pueden estar relacionados a conducta de manipulación para intentar obtener algún cambio en algún aspecto de vida del paciente; así también las precipitaciones de altura o de vehículo en movimiento así como la ingesta de medicamento y veneno reflejarían estados afectivos en niveles depresivos y fuertes rasgos de impulsividad; así estos y los demás métodos pueden tener desencadenantes en pérdidas

afectivas, incapacidad de funciones como en el retraso mental o demencia.

## **6. Intensidad de las conducta de riesgo medida en escalas de valoración psicométrica realizada:**

**Tabla 12. Escala de ideación suicida**

<b>ESCALA DE ID. SUICIDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>INFERIOR P. C</b>	1	0,47%
<b>LEVE</b>	28	13,27%
<b>MODERADO</b>	10	4,74%
<b>ELEVADA</b>	2	0,95%
<b>NIEGA</b>	11	5,21%
<b>NO SOLICITADO</b>	141	66,82%
<b>SOLICITADO SIN RESULTADOS</b>	18	8,53%
<b>Total</b>	211	100,00%



**Gráfico 11. Porcentaje ideación suicida**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los resultados obtenidos es de resaltar que a la mayoría de paciente no se le pide esta escala psicométrico donde mucho tiene que ver el diagnostico psiquiátrico y el estado cognitivo del paciente, frecuentemente alterado en estados psicóticos, demencia o retraso mental, a quienes se le realizo la prueba registraron un porcentaje mayor en el nivel leve de 13,27% ; 5% negaron tener alguna idea de suicidio y 4% registraron niveles moderados; a un 8,53% de los pacientes se les solicito la prueba pero no se registro el reporte del resultados probablemente esta no fue aplicada.

**Interpretación:** El estado cognitivo del paciente incide en la solicitud de las distintas pruebas de valoración psicométrica puesto que limitaciones como las observadas en la esquizofrenia, retraso mental, demencia, y estados depresivos graves impiden un normal desarrollo de la misma; lo cual coincide con la no solicitud de la prueba en un elevado porcentaje; en el caso de la escala de ideación suicida a quienes se les logro realizar la medición la mayoría reporte niveles leve (13%).

**Tabla 13. Escala de riesgo suicida**

<b>ESCALA DE RIESGO SUICIDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>INFERIOR P.C</b>	5	2,37%
<b>LEVE</b>	26	12,32%
<b>MODERADO</b>	17	8,06%
<b>ELEVADO</b>	2	0,95%
<b>NIEGA</b>	3	1,42%
<b>NO SOLICITADO</b>	141	66,82%
<b>SOLICITADO SIN RESULTADOS</b>	17	8,06%
<b>Total</b>	211	100,00%



**Gráfico 12. Porcentaje riesgo suicida**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

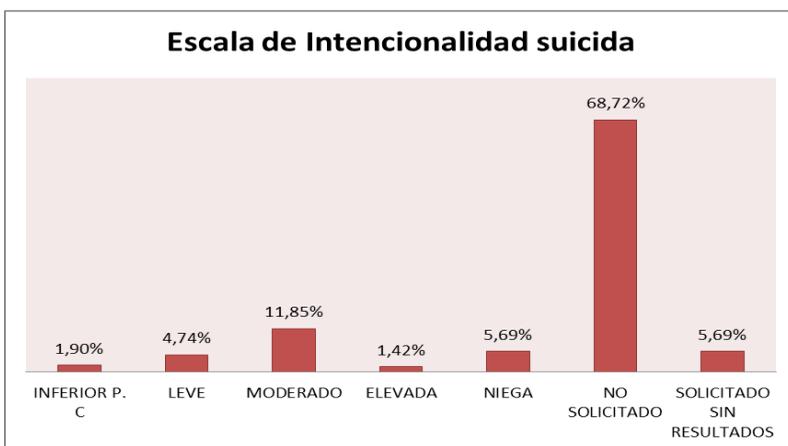
**Análisis:** De los resultados obtenidos es de resaltar que a la mayoría de paciente no se le pide esta escala psicométrica donde se puede relacionar el diagnóstico psiquiátrico y el estado cognitivo del paciente frecuentemente alterado en estados psicóticos, demencia o retraso mental, a quienes se le realizó la prueba registraron un porcentaje mayor en el nivel leve de

12,32% ; 8% registraron niveles moderados; también 8% de los pacientes se les solicitó la prueba pero no se registró el reporte del resultados probablemente esta no fue aplicada.

**Interpretación:** El estado cognitivo del paciente incide en la solicitud de las distintas pruebas de valoración psicométrica puesto que limitaciones como las observadas en la esquizofrenia, retraso mental, demencia, y estados depresivos graves impiden un normal desarrollo de la misma; lo cual coincide con la no solicitud de la prueba en un elevado porcentaje; en el caso de la escala de riesgo suicida a quienes se les logro realizar la medición la mayoría reporte niveles leve del 12%, y un nivel moderado del 8% lo cual justifica el tratamiento intrahospitalario.

**Tabla 14. Escala de intencionalidad suicida**

ESCALA DE INT. SUICIDA	Frecuencia	Porcentaje
INFERIOR P.C	4	1,90%
LEVE	10	4,74%
MODERADO	25	11,85%
ELEVADO	3	1,42%
NIEGA	12	5,69%
NO SOLICITADO	145	68,72%
SOLICITADO SIN RESULTADOS	12	5,69%
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,00%</b>



Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los resultados obtenidos es de resaltar que a la mayoría de paciente no se le pide esta escala psicométrica (68%)

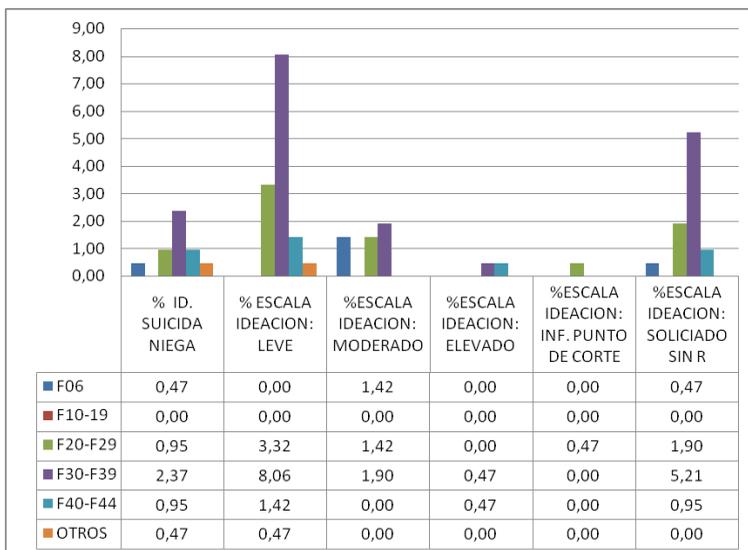
lo que estaría en relación con el diagnóstico psiquiátrico y el estado cognitivo del paciente frecuentemente alterado en estados psicóticos, demencia o retraso mental, a quienes se le realizó la prueba registraron un porcentaje mayor en el nivel moderado de 11,85%; 5% registraron negaron la intención suicida y 4% de los pacientes registraron nivel leve.

**Interpretación:** El estado cognitivo del paciente incide en la solicitud de las distintas pruebas de valoración psicométrica puesto que limitaciones como las observadas en la esquizofrenia, retraso mental, demencia, y estados depresivos graves impiden un normal desarrollo de la misma; lo cual coincide con la no solicitud de la prueba en un elevado porcentaje; en el caso de la escala de intencionalidad suicida a quienes se les logro realizar la medición la mayoría reporto niveles moderado del 11%, y un 6% negaron tener la intención; lo que indica que en aquellos con niveles moderados las intenciones persisten a pesar de encontrarse en tratamiento y aquellos que la negaron probablemente en busca de al alta prontamente alterando el resultado puesto que la valoraciones son a un nivel subjetivo.

## **7. Intensidad de la conducta de riesgo medida en escalas psicométricas en los trastornos mentales que presentaron conducta de riesgo suicida.**

**Tabla 15. Escala de ideación suicida y diagnósticos psiquiátricos**

DIAGNOSTICOS	IDEACION SUICIDA					Inf. Punto de corte	Solicitado
	Niega	Leve	Moderado	Elevado			
<b>F06</b>	1	0	3	0	0	0	1
<b>F10-19</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>F20-F29</b>	2	7	3	0	1	1	4
<b>F30-F39</b>	5	17	4	1	0	0	11
<b>F40-F44</b>	2	3	0	1	0	0	2
<b>OTROS</b>	1	1	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>18</b>



**Gráfico 14. Escala de ideación suicida y diagnósticos psiquiátricos**

Fuente. Base de datos. INC 2012. Elaborado: Epi-info

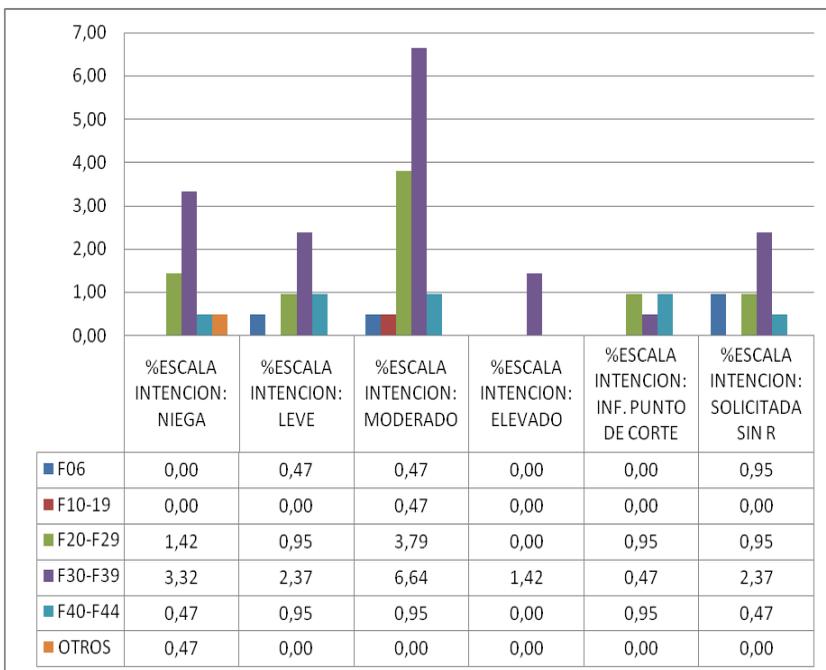
**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que de las patologías relacionadas con las conductas de riesgo suicidas medidos en la escala de ideación suicida, el mayor porcentaje fue presentado en

trastornos depresivos con 8% seguido de cuadros psicóticos con 3% en niveles leves; otras patologías observadas son los cuadro de ansiedad con porcentajes de 1,42%; en los demás niveles (moderado y elevado) de esta escalas los resultados no sobrepasan el 2% y el resultados en su mayoría lo encontramos en pacientes con trastornos depresivos

**Interpretación:** Los paciente con trastornos depresivos son en su mayoría los que responden completamente la valoración de esta escala debido a que la afectación cognitiva no suele ser marcada como en el caso de otras patológica como en casos de trastornos orgánicos (F06); en paciente con esquizofrenia luego del episodio agudo y en etapas iniciales de esta enfermedad se encuentras en capacidad de responde a esta escala no así en etapas cronificadas donde cognitivamente presenta limitaciones; en los trastornos de ansiedad luego del episodio de crisis e insaturado el tratamiento sueles presentar disminución de la ideación suicida lo cual lo venos reflejado en la escala, a quienes se le realizo el estudio negaron la ideación o la manifestaron en niveles leves.

**Tabla 16. Escala de intencionalidad suicida y diagnósticos psiquiátricos**

DIAGNÓSTICOS	INTENCIONALIDAD SUICIDA					Solicitado
	Niega	Leve	Moderado	Elevado	Inf. Punto de corte	
<b>F06</b>	0	1	1	0	0	<u>2</u>
<b>F10-19</b>	0	0	1	0	0	0
<b>F20-F29</b>	3	2	8		2	2
<b>F30-F39</b>	7	5	14	3	1	5
<b>F40-F44</b>	1	2	2		2	1
<b>OTROS</b>	1	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	12	10	26	3	5	10



**Gráfico 15. Escala de intencionalidad suicida y diagnósticos psiquiátricos**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

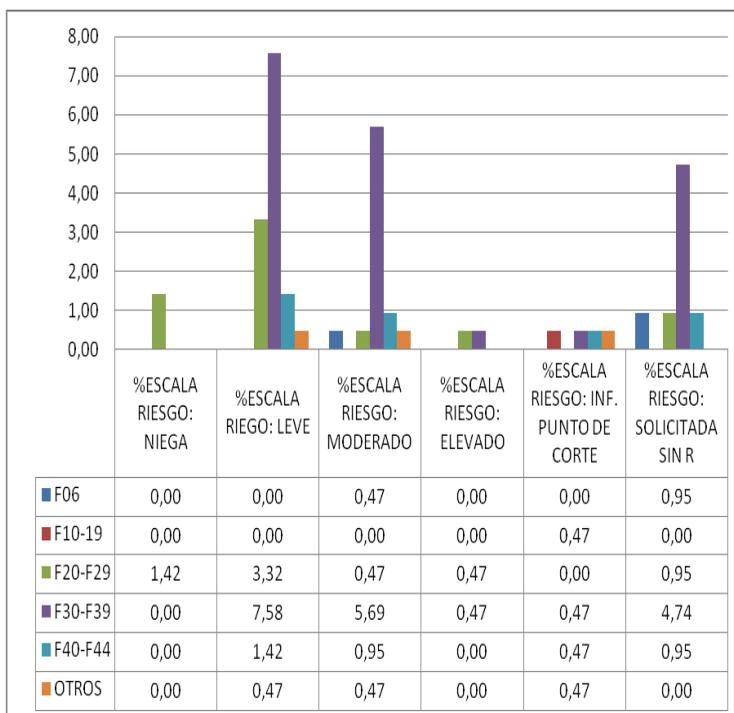
**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que los trastornos depresivos son en su mayoría lo que presenta intencionalidad la que es mayor en niveles moderados con porcentaje de 7%, un 3% negaron la intención suicida y 2,37% presentaron un nivel leve en esta escala seguido de un 1,42% que presentaron intencionalidad elevada; en cuanto a los trastornos psicóticos presentaron porcentajes de 4% en nivel moderado, un 1,42% negaron la intención y 0,95% presentaron un nivel leve, la

ansiedad estuvo por debajo del 1% al igual que los trastornos orgánicos y consumo de sustancias.

**Interpretación:** La intencionalidad suicida reporta niveles moderados en pacientes depresivos a quienes se les puede realizar la escala debido a que conservan su estado cognitivo, seguido se observan de los cuadros psicóticos en menor porcentaje, en otros trastornos reportan niveles por debajo de 1%.

**Tabla 17. Escala de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos**

DIAGNOSTICOS	RIESGO SUICIDA				Inf. Punto de corte	Solicitado
	Niega	Leve	Moderado	Elevado		
<b>F06</b>	0	0	1	0	0	2
<b>F10-19</b>	0	0	0	0	1	0
<b>F20-F29</b>	3	7	1	1	0	2
<b>F30-F39</b>	0	16	12	1	1	10
<b>F40-F44</b>	0	3	2	0	1	2
<b>OTROS</b>	0	1	1	0	1	
<b>TOTAL</b>	3	27	17	2	4	16



**Gráfico 16. Escala de riesgo suicida y diagnósticos psiquiátricos**

Fuente. Base de datos. INC 2012

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que los trastornos depresivos son en su mayoría lo que presenta intencionalidad la que es mayor en niveles leves con porcentaje de 7,58%, un 5% presentaron nivel moderado y un 0,47% presentaron intencionalidad elevada; en cuanto a los trastornos psicóticos presentaron porcentajes de 3,32% en nivel leve, un 1,42% negaron la intención, la ansiedad estuvo por debajo del 1% al

igual que los trastornos orgánicos y consumo de sustancias apareciendo estos porcentajes en niveles moderados.

**Interpretación:** La intencionalidad suicida reporta niveles leves en mayor porcentaje seguido de nivel moderado en pacientes depresivos a quienes se les puede realizar la escala debido a que conservan su estado cognitivo, seguido se observan de los cuadros psicóticos en menor porcentaje, en otros trastornos se reportan niveles por debajo de 1% en esta escala.

## **5. PROPUESTA DE MANEJO Y ATENCIÓN DE LAS CONDUCTA DE RIESGO SUICIDA Y COMORBILIDAD**

### **Introducción**

La propuesta del presente trabajo está encaminada a establecer un orden en el manejo del paciente con conductas de riesgo suicida a través de la difusión y capacitación sobre las principales características de este síndrome y de los trastornos mentales que habitualmente lo acompañan con el fin de que el profesional de medicina general reconozca este tipo de padecimiento psiquiátrico y se le proporcione la adecuada contención y valoración en caso de presentársele este tipo de conducta en el centro de atención primaria, hospital general y especializado.

Las conductas autoagresivas son de por sí son de detección evidente y se les debe prestar la atención debida tanto al paciente como al familiar, quien pudo detectar esta conducta a tiempo impidiendo la posible consumación del acto.

Luego de la exhaustiva valoración del estado general del paciente el médico de atención general debe estar capacitado

para detectar la posible presencia de un trastorno mental de los cuales las conducta de riesgo suicida constituyen un síntomas más del síndrome; en caso de alguna alteración en los signos vitales o en el estado hemodinámico del paciente que a incurrido en conducta de riesgo suicida prioritariamente se le debe prestar la atención y debida estabilización en el centro de complejidad de atención general más apropiado y priorizar el estado clínico del paciente por sobre el cuadro conductual en la medida de las posibilidades.

## **Objetivo**

Desarrollar una propuesta de manejo y atención de las conductas de riesgo suicida y su comorbilidad.

## **Justificación.**

Se debe enfatizar que la atención de un paciente con riesgo suicida deben ser prioridad en los centros de salud de cualquier denominación, debiendo recibir la valoración respectiva y ajustar el tratamiento de acuerdo al nivel de complejidad de la conducta presentada.

Una vez establecido que el paciente por motivos de sus conductas autolesivas no presenta ningún riesgo orgánico, corporal ni hemodinámico debe ser remitido al centro especializado de salud mental donde debe recibir el tratamiento respectivo de la conducta de riesgo suicida y de su trastorno mental de manera conjunta y oportuna.

### **Desarrollo de la propuesta de manejo y atención de las conductas de riesgo suicida y su comorbilidad.**

La propuesta tiene el propósito de facilitar la detección y manejo rápido de cualquier conducta de riesgo así el profesional que labora en centros de salud de primer nivel, este en capacidad dar las primeras atenciones en caso de que sea producto de una agudización de un trastorno psiquiátrico.

Diagnosticar de manera apropiada cualquier conducta de riesgo suicida que se presente en la comunidad.

Dar la atención acorde al nivel primario para el manejo de las consecuencias de dichas conductas e identificar la comorbilidad psiquiátrica existentes y en caso de que estas conductas incluyan un compromiso de la integridad física o riesgo vital, realizar la

derivación al centro de complejidad más apropiado sea centro de hospitalización general en caso de compromiso grave o al centro de hospitalización psiquiátrica en caso de manejo del trastorno conductual. Debe conocer en caso de ser posible las motivaciones de la conducta de riesgo suicida.

Es de vital importancia que el profesional de todos los niveles de atención primario y secundario se encuentren familiarizados y capacitados en conceptos básicos de salud mental para la correcta identificación de estos trastornos y sobre todo brinden el soporte terapéutico en caso de conductas de riesgo suicida.

Dentro de la valoración del riesgo suicida que no es una tarea fácil para el profesional de salud mental quien debe de valerse de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales (**CIE 10, DSM 5**) vigentes para además de identificar la conducta de riesgo suicida y situar el síndrome dentro de la patología mental mas acorde.

**El Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, 2004)** es una guía de criterios diagnósticos publicada por la **Organización Mundial de la Salud** en la cual recoge la clasificación y codificación de las enfermedades así como una

amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad; en su capítulo 5 que corresponde a **Trastornos Mentales F00 - F99** no incluyen a las conducta de riesgo suicidas las cuales se codifican con un código aparte en el capítulo 20 de **Causas Extremas de morbilidad y mortalidad. Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente X60 – X84**, pero donde no se hace una diferenciación entre la ideación, planificación e intencionalidad suicida.

El **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5)** de la **Asociación Psiquiátrica Americana (APA)**, incluye en su nueva edición del 2014 a las conductas de riesgo suicida dentro de los criterios del Trastorno Depresivo Mayor tipificándolos de la siguiente manera:

“Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo”. (DSM – 5, 2014, p.105).

La guía del Ministerio de Salud Publica (2011) de manejo de trastorno mentales en atención primaria que existente en nuestro

país incluye al maltrato infantil, consumo de alcohol, ansiedad y depresión como los problemas que pueden ser manejados en salud mental a nivel de atención primaria, e incluyen en espacio para la conducta de riesgo suicida dentro de la valoración de depresión e indica en estos casos:

**Evaluar el grado de peligro:**

- Si hay una alta intención de acabar con su vida o son ideas esporádicas.
- Si se ha utilizado un método infalible o muy dañino, Si hay disponibilidad de ayuda o si esta es mínima
- Antecedentes de otros intentos serios y que han puesto en grave riesgo la vida
- Instauración súbita e inesperada de un problema serio en la vida del paciente
- Grado muy alto de estrés cotidiano que soporta el paciente

**Manejo del paciente con riesgo suicida:**

- No desprecie las amenazas del paciente
- Busque un lugar adecuado para entrevistarlo
- Informe apropiadamente a la familia, no deje de hacerlo

- Muéstrase flexible, no acuse, no culpabilice
- Ofrezca su ayuda
- Deje al paciente acompañado
- Aleje tóxicos, medicinas o armas
- Consulte o derive el caso a una, persona capacitada
- Si la situación es grave interne al paciente y póngalo en manos de un especialista.

Consideramos estos puntos útiles pero aun insuficientes en casos en que el centro de atención primaria reciba a un paciente con distinto nivel de lesiones o estados psicopatológicos agudos que hayan motivado conducta de riesgo suicida.

Se debe considerar necesario una adecuada preparación en salud mental de todo el personal de salud y administrativo si fuese necesario, especialmente en criterios diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales a nivel de médicos donde las especificaciones del MSP resultan insuficientes; así se propone los siguientes puntos:

- Capacitación 1er nivel de atención
- Capacitación de 2do nivel de atención

- Manejo específico de 3er nivel

Como parte de la propuesta en el mejoramiento de la atención a paciente con conducta de riesgo suicida y la comorbilidad que acarrea el manejo de este síndrome, es importante la capacitación de los profesionales en los primeros niveles de atención puesto son los que están en contacto directo con la comunidad.

La escases de centros de atención psiquiátrica en nuestro país dificulta la atención de un paciente que no reside en una población que carece de psiquiatras o de centros especializados de este tipo y tenga viajar grandes distancias para valorar el riesgo vital de la conducta suicida sobre todo si existe la evidencia de alguna lesión comprometedora que puede complicar el estado general del paciente durante el traslado.

### **Capacitación 1er nivel de atención**

En el primer nivel de atención los profesionales está en contacto directo con la comunidad es posible detectar cualquier conducta sugestiva de riesgo suicida o de síntomas psiquiátricos que lleva a una potencial conducta de este tipo; no solo debe ser

el médico él tenga la capacidad de valorar un potencial riesgo suicida, tanto la enfermera como personal promotor de salud debe estar capacitado en caso de presentarse esta situación y el profesional médico no se encuentre presente.

Proponemos los siguientes puntos para una adecuada atención en el nivel primario.

- Capacitación del personal de salud, en conceptos básicos en salud mental sobretodo en conducta de riesgo suicida.
- Realización de entrevistas a familiar, acorde al cuadro de riesgo suicida presentado.
- Realización de un examen mental al paciente por parte del personal de salud del nivel primario.
- Manejo acorde al nivel de atención.
- Derivación a centro de mayor complejidad en casos de lesiones comprometedoras o agudización psiquiátrica inmanejable en el primer nivel.

**Capacitación al Personal de salud:** El personal de salud debe estar capacitado en caso de presentarse una conducta de riesgo suicida, no solo es obligación del médico tener los conocimiento básicos en salud mental (criterios diagnósticos CIE – 10), tanto el persona de enfermería, promoción en salud incluso

administrativo y trabajo social si los hubiese en la unidad tienen la responsabilidad de dar la guía y orientación tanto al familiar como al paciente.

Se debe valorar en primera instancia la conducta de riesgo presentada (figura. 12) así como las motivaciones y factores que influenciaron la misma. (Figura 15).

<b>CONDUCTA RIESGO SUICIDA</b>	<b>Características</b>	<b>Riesgo</b>
<b>IDEACION</b>	Ideas recurrentes relacionadas con la muerte	Moderado si existe el soporte familiar, alto si este no esta presente; considerar factores desencadenantes y protectores
<b>PLANIFICACION</b>	Idea y planificación de un probable intento	Elevado si existe hora, fecha, lugar, método a utilizar
<b>INTENTO</b>	Participación en conductas de alto riesgo	Grave dependiendo del método utilizado y del potencial compromiso orgánico

**Figura 11. Valoración de conducta de riesgo suicida.**

El personal de atención primaria una vez identificado el riesgo suicida tendrá la tarea a través del médico de realizar la valoración clínica del estado mental del paciente para la detección de posible comorbilidad psiquiátrica, esto requiere el

adiestramiento para realizar la valoración corporal y mental del paciente que ha incurrido en una conducta de riesgo suicida.

**El examen mental** puede ser realizado según el esquema que se encuentra en la historia clínica normalmente utilizada en los ingresos psiquiátricos formulario 003 del Ministerio de Salud Pública (MSP), que no solo pueden ser analizados a nivel hospitalario, también resulta ser una guía en la valoración mental en los primeros niveles de atención si se tiene el básico conocimiento sobre los principales trastornos que se asocian a las conducta de riesgo suicida.

Los principales trastornos relacionados según resultados del estudio efectuado son aparte de los trastornos afectivos y cuadro psicóticos, los trastornos de ansiedad, consumo de sustancia y trastornos orgánicos (figura 13).

En cuanto a los trastornos orgánicos aquellos con alteraciones de las esferas mentales de causa cerebral demostrable (F06) el Cie - 10 indica que en muchos de estos los síntomas son similares a los de trastornos clasificados en otras secciones (F20-29, F30-39, F40-49) y que se sabe que también se presentan en casos en los

que no hay o no puede identificarse una causa patológica cerebral. (CIE – 10, 2004, p. 39).

En estos trastornos se debe realizar la respectiva investigación en cuanto a antecedentes para determinar el origen de los síntomas, ya sea estructural, funcional o metabólica.

**Entrevistas a familiar:** Muchas veces el primer contacto con una situación de riesgo suicida no es el propio paciente sino el familiar quien acude a los centros primarios de atención buscando orientación, por lo que reviste de importancia que el personal este adecuadamente preparado para brindar el soporte al familiar quien también suele estar afectado por la situación del paciente.

**Entrevistas al paciente:** Se deben valorar distintos aspectos de las conductas de riesgo suicida presentadas, muchas de las cuales suelen ser expresadas por el familiar, otros datos pueden ser expresados por **las entrevistas con el paciente** si la situación lo permite, se debe realizar la respectiva valoración del estado mental y se intentara recopilar información sobre los motivos que llevaron a cometer la conducta.

**Manejo en el 1er nivel de atención:** El tratamiento en el primer nivel de atención se ve limitado el uso de psicofármacos, que son de uso exclusivo del profesional de atención especializada en salud mental y que generalmente no están disponibles en este nivel de atención. Se recomienda en esta instancia el análisis meticuloso de las causas que llevaron a la conducta de riesgo autolítico; intentar proponer soluciones a la situación desencadenante con ayuda y el soporte del familiar y en caso de existir un profesional de Psicología intentar realizar la intervención respectiva; se debe detectar la comorbilidad psiquiátrica, motivar el cumplimiento terapéutico si el paciente se encuentra cumpliendo un régimen previo y en caso de agudización realizar la derivación respectiva a la unidad de salud mental una vez descartado riesgo vital del paciente.

### **Capacitación 2do nivel de atención**

Este nivel de atención corresponde a los centros hospitalarios básicos y de atención general donde suele existir un profesional de salud mental sea psiquiatra o psicólogo quien puede dar el soporte e iniciar el tratamiento apropiado del paciente con conducta de riesgo suicida proveniente del primer nivel.

Es necesario que por lo menos exista adecuada un área para pacientes con problemas de salud mental, en caso de que no exista deberá ingresar para observación en el área de medicina interna, con los debidos cuidados y vigilancia que amerite una vez realizada la valoración orgánico funcional respectiva y no exista riesgo vital. Se debe proporciona en este nivel las debidas atenciones y seguridad al caso, tratar de minimizar el riesgo de que se repita una conducta dentro del hospital para lo cual:

<b>Esferas a valorar</b>	<b>Depresión (único, recurrente, bipolar)</b>	<b>Cuadro maniaco</b>
<b>Apariencia-Actitud (apariciencia general, vestimenta, características remarquables, interacción general, contacto ocular)</b>	Descuido de aspecto personal, luce descuidado en su vestimenta, poca interacción con los demás, evasivo al contacto, distraído.	Exagerada preocupación por aspecto, viste ropas llamativas, excesivo maquillaje en mujeres,
<b>Conciencia (cogniciones anormales)</b>	Despierto con tendencia al sueño.	despierto, hiperalerta
<b>Atención</b>	Disminuido (hipoprosexia) tendencia a distractibilidad.	distorsión de la atención(disprosexia), se distrae, aumentada en algunos casos (hipoprosexia), imposibilidad de enfocar atención
<b>Lenguaje (voz, discurso)</b>	Claro, tono de voz bajo, su discurso suele ser concreto con respuestas cortas "si" "no".	Claro, tono alto, grita para hablar, discurso exageradamente fluido y rápido, atropellado, puede llegar a se incomprendible
<b>Orientación</b>	Orientado aunque suele desorientarse en tiempo, sensación de que pasa muy lento	Orientado aunque suele desorientarse en tiempo y espacio, sensación de que pasa muy rápido
<b>Memoria (información general, alteraciones de la memoria)</b>	Conservada con cierta afectación de la memoria para hechos recientes.	Conservada
<b>Inteligencia (inteligencia estimada, similitudes, proverbios)</b>	Conservada sin alteraciones ni déficits.	Conservada sin alteraciones ni déficits.
<b>Pensamiento-Juicio (insight, juicio, delusiones, anomalías del pensamiento)</b>	Expresión de pensamiento pesimistas, de desesperanza, "no ha salida ni solución", interpretación negativas de entorno, de si mismo y del futuro (triada de Beck), en grados mas adoptan la forma de ideas delirantes*	Excesiva confianza en si mismo, Pensamiento de grandeza (que tiene dinero, posesiones, que tiene un gran poder o don especial) místico religioso (ser portador de una misión divina) en casos graves pensamiento persecutorio
<b>Sensopercepción (alteraciones perceptivas)</b>	En depresiones moderadas o graves alucinaciones auditivas, una o varias voces que denigran, insultan, de menosprecio hacia el paciente.	Poco comunes las alucinaciones auditivas, pueden estar relacionadas con el contexto de trastorno del pensamiento ( ve o escucha a Dios) percepción de daño del entorno
<b>Afectividad (sentimiento anímico general: euforia, depresión)</b>	Animo disminuido (hipotimia), irritabilidad (enojo fácilmente), ansiedad (desesperación, ganas de salir corriendo) sentimientos de frustración, falta de voluntad, displacer	Exaltación, excesiva alegría y jovialidad irritabilidad, euforia
<b>Motricidad (posturas y movimientos anormales)</b>	movimientos disminuidos (inhibición), cabizbajo, inexpresividad	Hiperactividad, conducta desinhibidas, tendencia a la agresividad y agitación psicomotriz
<b>Sueño.</b>	aumentado (hipersomnía) o disminución (insomnio)	Disminución de la necesidad de dormir
<b>Nutrición</b>	por lo general disminución del apetito (hiporexia) en algunos casos aumento (hiperfagia)	aumento o descuido en la alimentación e ingesta de líquidos

<b>Esferas a valorar</b>	<b>Cuadros Psicóticos</b>	<b>Consumo de sustancias</b>
<b>Apariencia-Actitud (apariciencia general, vestimenta, características remarcables, interacción general, contacto ocular)</b>	Suele haber descuido en la vestimenta, mala interacción, puede estar desconectado del ambiente	Buen aspecto en algunos casos en otros descuido si ha llegado a la mendicidad por falta de medios para continuar con el consumo
<b>Conciencia (cogniciones anormales)</b>	Despierto	Despierto puede haber alteración en casos de intoxicación o abstinencia
<b>Atención</b>	Atención distorsionada, incapacidad de fijar la atención, tendencia la distracción	Por lo general conservado, puede haber alteración en casos de intoxicación o abstinencia
<b>Lenguaje (voz, discurso)</b>	Claro, respuesta con frases cortas, pobre en cantidad y contenido	Por lo general conservado, puede haber alteración en casos de intoxicación o abstinencia
<b>Orientación</b>	Desorientación en alguna de las esferas	Por lo general conservado, puede haber alteración en casos de intoxicación o abstinencia
<b>Memoria (información general, alteraciones de la memoria)</b>	Alterada por el estado psicopatológico agudo	Por lo general conservado, puede haber alteración en casos de intoxicación o abstinencia
<b>Inteligencia (inteligencia estimada, similitudes, proverbios)</b>	Déficit cognitivo en cuadro crónicos	Por lo general conservado
<b>Pensamiento-Juicio (insight, juicio, delusiones, anomalías del pensamiento)</b>	Pensamiento delirantes de cualquier contexto: mística-religiosas, de que lo persiguen o le quieren hacer daño, o expresadas al cuerpo a manera de "posesión"	Puede haber o no conciencia del consumo; en casos crónicos y/o abstinencia, intoxicación suele haber ideas delirantes similar a cuadro psicóticos
<b>Sensopercepción (alteraciones perceptivas)</b>	De cualquier modalidad habituales las auditivas, una o varias voces, que hablan entre si, o critican al paciente o dan ordenes (voces comando) también desorganización e incoherencia	en casos crónicos y/o abstinencia, intoxicación suele haber ideas delirantes similar a cuadro psicóticos
<b>Afectividad (sentimiento anímico general: euforia, depresión)</b>	Con síntomas negativos, falta de respuestas, inexpressión facial, falta de voluntad, displacer	Sentimientos de culpa posterior a consumo
<b>Motricidad (posturas y movimientos anormales)</b>	agitación psicomotriz o inhibición disminución de movimiento corporales hasta la catatonia en predominio de síntomas negativos	Por lo general conservado, puede haber inquietud en abstinencia incluso agitación psicomotriz
<b>Sueño.</b>	Insomnio	alterado(insomnio) en casos de abstinencia
<b>Nutrición</b>	disminución de la necesidad de alimentos, percepción de daño o que le ponen veneno	En abstinencia vómitos, molestias gástricas

<b>Esferas a valorar</b>	<b>Cuadros de ansiedad</b>
<b>Apariencia-Actitud (apariciencia general, vestimenta, características remarcables, interacción general, contacto ocular)</b>	Buen aspecto por lo general
<b>Conciencia (cogniciones anormales)</b>	Despierto
<b>Atención</b>	Por lo general conservado, puede haber alteración en casos crisis
<b>Lenguaje (voz, discurso)</b>	Por lo general conservado
<b>Orientación</b>	Por lo general conservado
<b>Memoria (información general, alteraciones de la memoria)</b>	Por lo general conservado
<b>Inteligencia (inteligencia estimada, similitudes, proverbios)</b>	Por lo general conservado
<b>Pensamiento-Juicio (insight, juicio, delusiones, anomalías del pensamiento)</b>	Pensamiento anticipatorio, "miedo a volverse loco" o "perder el control"
<b>Sensopercepción (alteraciones perceptivas)</b>	no alteraciones sensoperceptivas
<b>Afectividad (sentimiento anímico general: euforia, depresión)</b>	Desesperación, miedo
<b>Motricidad (posturas y movimientos anormales)</b>	inquietud, "ganas de salir corriendo"
<b>Sueño.</b>	alterado (insomnio)
<b>Nutrición</b>	Nauseas, molestias gástricas en crisis de ansiedad

Figura 12. Esferas mentales y principales trastornos mentales asociados a conducta de riesgo suicida; esquema de esferas mentales tomado del form. 003 SNS-MSP

- Hay que tomar en consideración la posibilidad de realizar una observación individualizada o una monitorización continua con un circuito cerrado de televisión hasta que se pueda completar la valoración del riesgo de suicidio o cuando se estima que el paciente tiene riesgo de suicidio elevado.
- Retirar los objetos potencialmente peligrosos de la habitación del paciente y poner en lugar sus pertenencias.
- Considerar la posibilidad de revisar la posesión de objetos potencialmente peligrosos mediante registros a los pacientes. Guías para el tratamiento. Evaluación y tratamiento de las conductas suicidas INC (2010).
- Valoración del riesgo suicida por el profesional de salud mental e iniciar el tratamiento respectivo.
- Evaluar la duración del tratamiento el tiempo que estime el profesional en caso de mayor prolongación del tratamiento

determinar la necesidad de derivación a hospitalización de salud mental o manejo ambulatorio en caso de haber remitido la conducta de riesgo y la comorbilidad

En caso de que el profesional en el hospital básico y/o general sea un profesional psicólogo quien en conjunto con los profesionales médicos de medicina interna evaluar la posibilidad de traslado a la hospitalización psiquiátrica luego de haber realizado las evaluaciones respectivas orgánico - funcionales y de esferas mentales.

El médico psiquiatra en caso de existir en estas unidades es quien deberá decidir la duración del tratamiento en las mismas y el traslado a la unidad especializada o evaluar la posibilidad de control ambulatorio y seguimiento del caso.

### **Manejo específico de 3er nivel**

El manejo en este nivel de atención esta dado por el tratamiento específico de las causas que propiciaron la conducta de riesgo suicida una vez que llego el paciente procedente de los niveles de atención previos, en los cuales no se pudo completar

el tratamiento, sea por carencia del profesional o por agudización psicopatológica comórbida a estas conductas.

Las Guías de Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias (2014-2015) actualmente contemplan dentro de los criterios de atención e internación en áreas de observación y hospitalización a toda conducta relacionada con el riesgo suicida.

Estas guías tienen en cuenta a cuadros de agitación psicomotriz que pueden presentarse en cualquier trastorno psiquiátrico y que es habitual que acompañen a las conductas de riesgo autolítico, estos son cuadro de manejo complejo en niveles de atención primaria y secundaria puesto que representa un riesgo para el personal que no maneja habitualmente pacientes con este tipo de síntomas y para los demás pacientes y acompañantes que acuden a estos centros por otro tipo de dolencias.

Recomiendan un manejo terapéutico previamente descartado comorbilidades de tipo médico general que en caso de existir debe ser manejado de forma primaria siempre que el cuadro de agitación psicomotriz lo permita, siendo estabilizado será remitido al hospital de especialidad adecuado a cada caso.

La presencia de conductas relacionadas con el riesgo suicida acompañan a los cuadros de agitación psicomotriz y donde se establece en las guías del Instituto de Neurociencias la diferenciación entre estos cuadros con el riesgo suicidas con o sin síntomas psicóticos o depresivos comúnmente de habitual comorbilidad recomendando:

**Paciente con Ideaciones y/o Conductas suicidas o Parasuicidas con Alteración Psicomotriz Grave/ síntomas psicóticos:**

Paciente con agitación psicomotriz con intentos de suicidio, por alucinaciones imperativas o de comando, sin síntomas depresivos:

- Antipsicóticos o Neurolépticos por vía parenteral específicamente INTRAMUSCULAR, Haloperidol ampollas de 5 mg, intramuscular en un máximo de 15 mg por día, o Clorpromazina ampollas 25 mg una ampolla intramuscular en un máximo de 75 mg por día.

- Además se podrá combinar los neurolépticos con benzodiacepinas como Lorazepam tabletas 2 a 8 mg por día vía oral, **si el caso lo amerita.**

- Usar un anticolinérgicos o antihistamínicos para evitar los efectos adversos de la medicación (como las distonías).

- Si el paciente es sensible a los neurolépticos convencionales se utilizará Olanzapina 20 mg por vía IM o Quetiapina hasta 200 mg por vía oral dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad del paciente, ajustar dentro del rango de 400-800 mg/día (vía oral).

En paciente de sexo femenino, en edad fértil, solo en caso de extrema necesidad, UNICO NLP A UTILIZAR: Haloperidol hasta descartar embarazo,

**Paciente con Ideaciones y/o Conductas suicidas o Parasuicidas, con síntomas depresivos, sin síntomas psicóticos:**

- Clorpromazina amp 25 mg, Intramuscular en máximo de 75 mg por día. Se mantendrá la vía intramuscular un máximo de 5 días luego de lo cual pasara a vía oral según lo estime médico tratante de salud mental
  
- Lorazepam tab. 2 mg, 1 cada 8 horas vo. (Dosis máxima 6mg por día). Duración estimada por el profesional de salud mental
  
- El antidepresivo de elección se decidirá según lo amerita el caso pueden ser antidepresivos tricíclicos, Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina, o duales como Mirtazapina, Venlafaxina o Desvenlafaxina (a excepción en pacientes niños, ni adolescentes, ni adultos jóvenes)

En pacientes de sexo femenino, en caso que no se haya descartado gravidez, SOLO USAR ANTIHISTAMÍNICOS, o BENZODIACEPINAS DE ACCION CORTA como Lorazepam, o Clobazam o antidepresivos como Fluoxetina o Sertralina esta medicación debe ser cambiada o modificada según las valoraciones diarias.

La dosificación de ambos casos depende de la respuesta clínica y tolerabilidad del paciente; existe la posibilidad de la programación de TEC (Terapia Electroconvulsiva). Lo cual será comunicado a familiares previa exposición detallada del procedimiento; el apoyo psicoterapéutico se realizará cuando el paciente se encuentre estable psicopatológicamente.

El alta médica será programada una vez superado los síntomas tanto de riesgo suicida como aquellos del trastorno psiquiátrico comorbido para lo cual se tiene que haber realizado las valoraciones clínico - general y psiquiátrico, psicoterapéutico pertinentes.

El tratamiento de otras patologías comórbidas está sujeto a la valoración especializada en el área de emergencia; toda conducta de riesgo suicida es motivo de internación independientemente del trastorno psiquiátrico diagnosticado, se deberá no solo tratar el riesgo suicida también se debe ajustar la medicación a los otros síntomas presentados en el paciente, como ansiolíticos en dosis ya mencionadas en casos de ansiedad o neurolepticos en caso de requerirlos en cuadro orgánicos o consumo de sustancias con vigilancia permanente.

## 6. CONCLUSIONES

Los pacientes del hospital psiquiátrico del Instituto de Neurociencias seleccionados para el estudio corresponden a los ingresados durante el año 2012 entre los meses de enero a diciembre de los que se tomo en cuenta la presencia de conducta de riesgo suicida como lo son la ideación, planificación o intentos suicidas y síntomas acompañantes a estas conducta; además para determinar la comorbilidad se identifico el diagnostico psiquiátrico tanto al ingreso como al egreso hospitalario, se revisaron las mediciones psicométricas de la intensidad de estas conductas de riesgo suicida a aquellos pacientes que estuvieron aptos para el estudio.

Los resultados permitieron determinar la presencia de los trastornos mentales que presentan en su cuadro clínico conductas de riesgo suicida además de los trastornos depresivos (F30) y cuadros psicóticos (F20).

Entre los trastornos que se presenta en menor frecuencia que los anteriormente mencionado son los trastornos de tipo orgánico (F06) en donde los individuos desarrollan enfermedad mental a

partir de un daño cerebral especificado; los trastornos de ansiedad (F41) cuya presentación e intensidad a manera de crisis o de forma generalizada hacen que el individuo exprese ideas autolíticas; los trastorno por consumo de sustancias (F10-F19) también están presentes en la casuística obtenida debido a que en las diferentes etapas de consumo especialmente en la abstinencia y posterior a una etapa de consumo tienden al desarrollo de ideas de muerte.

En cuanto a las conductas suicidas, la ideación y los intentos esta frecuentemente presente en los pacientes hospitalizados, mientras que el método frecuentemente empleado son los cortes superficiales en distintas partes del cuerpo, seguido de la ingesta de medicamento y la precipitación de altura.

## **7. RECOMENDACIONES**

Incentivar la capacitación de personal de salud de los primeros niveles de atención en trastornos mentales para la oportuna identificación tanto de estas enfermedades como de conductas relacionadas con el suicidio para su rápida intervención y manejo.

Es necesario implementar en los hospitales generales el espacio físico adecuado para pacientes con conducta de riesgo suicida para la adecuada vigilancia, valoración, tratamiento en caso de que pueda manejarse en estos niveles.

Es necesario la concientización del todo el personal relacionado con la atención a pacientes; no solo médicos, enfermera y auxiliares en enfermería, también personal administrativo, trabajo social y promotores de salud que este implementado en el área de salud puede encontrarse con pacientes de estas características y sus familiares, donde la intervención oportuna puede ser la diferencia y salvar una vida de un potencial suicidio consumado.

## BIBLIOGRAFIA

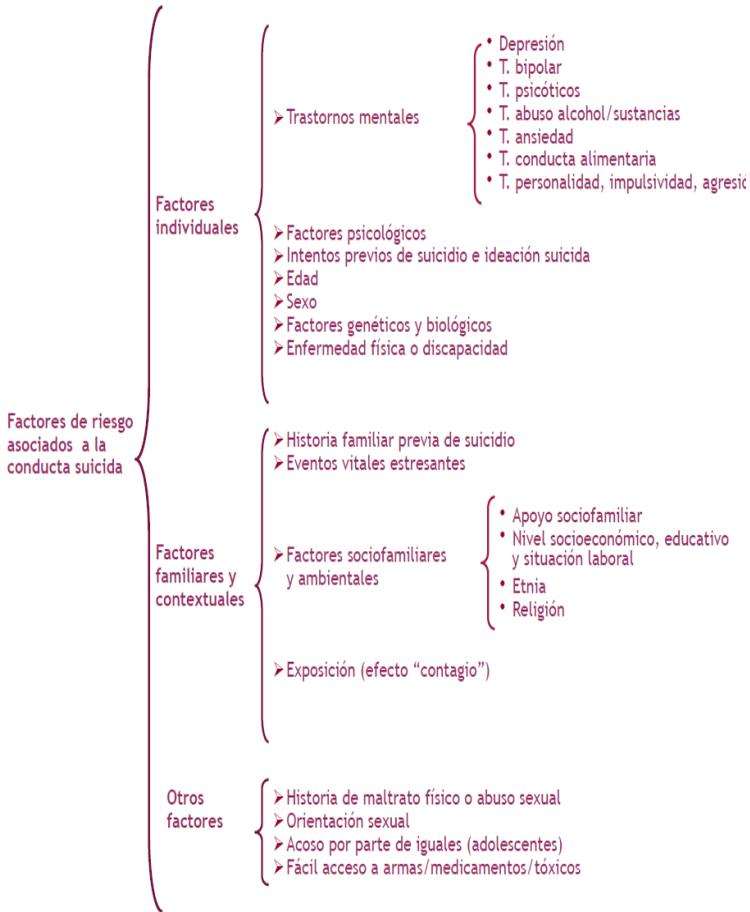
1. Aguirre Briones, Sally. 2012. “Aplicación de la logoterapia durante la crisis en pacientes autolíticos adolescentes en el Hospital Pablo Arturo Suárez”. (Tesis de Pregrado, Psicología). Quito: Universidad Politécnica Salesiana. Campus El Girón, Psicología.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. España: Panamericana, p. 105
3. Betancout Andrea. 2008. “El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso”. Quito. Flacso Sede Ecuador. Sitio web:  
<http://www.flacsoandes.org/dspace/handle/10469/2350#.U6InJEiY0uB>
4. Carrasco, A. 2012. “Inconsistencias Jurídicas del Tipo Penal de Asistencia al Suicidio y Relación con el Eutanasia. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
5. Chinchilla, Correas, Quintero, Vega. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2010. Barcelona, España. Elsevier Masson.
6. David Sue, Derald Wing Sue y Stanley Sue. “Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal”. 2010. México, D.F. Cengage Learning.

7. Ecuador. Asamblea Nacional (2014). Registro oficial n° 180. Código Orgánico Integral Penal.
8. García Ochoa, Irma Susana. 2010. “Principales factores que predisponen al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional” (Tesis de Pregrado, Psicología). Quito: Universidad Politécnica Salesiana. Campus El Girón, Psicología.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2010. “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida”. Galicia: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia.
10. Instituto de Neurociencias. Guías para el tratamiento. Evaluación y tratamiento de las conductas suicidas INC. (2010). Junta de Beneficencia de Guayaquil
11. Instituto de Neurociencias. Guía del manejo clínico del área de prediagnóstico -observación- hospitalización transitoria y de las salas del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. (2014-2015). Junta de Beneficencia de Guayaquil.
12. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). 2010, 2011, 2012. Anuario de Recursos y Actividades en Salud. Quito, Ecuador. INEC. Sitio web: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec).

13. Julio Bobes García, José Giner Ubago, Jerónimo Saiz Ruiz 2011. “Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida”. Madrid. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
14. Martínez, J. Saad, E. Forero, J. 2009. Suicidio: Una Realidad en Latinoamérica. Quito. Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL.
15. Mingote José, Jiménez Miguel, Suarez Ricardo, Palomo Tomas (2004). Suicidio. Asistencia clínica, p. 47
16. Organización Mundial de la Salud. 2004. “Guía de Bolsillo CIE- 10. Clasificación de los Trastornos Mentales del comportamiento”. España: Panamericana.
17. Pacheco, Sandra. Quizhpi, Zoila. Pacurucu Castillo, Saúl. Morales San Martín, Jaime. 1999. “Factores de riesgo en el intento de suicidio. Departamento de emergencias del Hospital Vicente Corral Moscoso” (Tesis de Pregrado, Medicina). Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas.
18. Peralta, S. Pesántez, A. Piedra C. 2013. “Prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA)”, Cuenca: Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.
19. Puri B, Treasaden I. 2008. “Urgencias de Psiquiatría”. España. Oxford University Press, Aula Médica.

20. Rodríguez Pulido, F. Glez de Rivera, R. Gracia, M. Montes de Oca, D. 1990. *“El suicidio y sus interpretaciones teóricas”*. Canarias: Universidad de La Laguna, Facultad de Medicina
21. Soler, P. Gascón, J. 2005. *Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales – RTM III*, Catalunya. Ars Médica.
22. Sadock , B. Sadock, V . 2009. Sinopsis de Psiquiatría Kaplan & Sadock. Madrid. Panamericana - Williams & Wilkins
23. Toro R, Yepes L, Palacio C. 2010. “Fundamentos de Medicina: Psiquiatría” Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas – CIB
24. Vallejo, Leal. 2012. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid – España, Marban.
25. Vélez, Rojas. 2010. Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Medellín - Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
26. WHO. 2000. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1*. Geneva: World Health Organization
27. World Federation for Mental Health. 2010. *Enfermedad mental y suicidio. Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos*. Woodbridge, USA. Federación Mundial para la Salud Mental

## ANEXOS



**Figura 13. Factores asociados a la conducta suicida.**

**Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2010.**

<i>Aspecto a valorar</i>	<i>Preguntas</i>
<b>Factores sociodemográficos</b>	Hombres, tercera edad, solteros, blancos, soledad y falta de red social.
<b>Estresantes</b>	<p><i>¿Cómo van las cosas con su familia / en el trabajo...?</i></p> <p>Salud, situación económica, laboral, legal, familiar y relación de pareja.</p> <p><i>¿Has notado/experimentado en las dos últimas semanas...?</i></p>
<b>Depresión, ansiedad o agitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración, insomnio, apetito, astenia, tristeza, anhedonia, desinterés, autoestima, inquietud.</li> <li>• Ansiedad, angustia, agitación, nerviosismo.</li> </ul>
<b>Impulsividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos de impulsividad y/o agresividad.</li> <li>• <i>¿Ha tenido alguna vez la sensación de que alguna vez tenía que dejar de beber?</i></li> </ul>
<b>Abuso de alcohol (CAGE) drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Le han criticado de los demás por lo que bebe?</i></li> <li>• <i>¿Ha tenido sentimientos de culpa por haber bebido?</i></li> <li>• <i>¿Ha tenido que beber por la mañana para calmar sus nervios?</i></li> <li>• Intoxicación aguda.</li> </ul>
<b>Fisiológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos mentales orgánicos.</li> <li>• Enfermedades somáticas.</li> <li>• Pérdida de la principal razón para vivir el paciente.</li> </ul>
<b>Desesperanza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la capacidad de afrontamiento.</li> <li>• Vulnerabilidad al sufrimiento (soledad, enfermedad...).</li> <li>• Expectativas negativas.</li> <li>• <i>¿Ha tenido pensamientos sobre la muerte o el suicidio? (pregunta de corte)</i></li> <li>• Finalidad del suicidio (escapar, venganza, resolver problemas).</li> <li>• Significado del suicidio para el paciente (renacer, reunirse).</li> <li>• Planes.</li> </ul>
<b>Ideación suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medios disponibles, letalidad, violencia.</li> <li>• Ensayos preliminares.</li> <li>• Impulsividad.</li> <li>• <i>¿Puede resistir los impulsos?</i></li> <li>• Voces que le inducen al suicidio.</li> </ul>
<b>Antecedentes personales y familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de autolesiones (<i>¿en qué medida se tranquilizaba?</i>)</li> <li>• Intentos previos, intencionalidad, circunstancias (<i>¿similares al actual?</i>)</li> <li>• Conducta suicida en la familia y círculo social.</li> <li>• Letalidad y consecuencias médicas.</li> </ul>
<b>Autolesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento.</li> <li>• Arrepentimiento.</li> </ul>
<b>Competencia y colaboración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad y competencia del paciente para participar en el tratamiento.</li> <li>• Capacidad para desarrollar una alianza terapéutica.</li> </ul>

**Figura 14. Aspectos a valorar en las conductas de riesgo suicidas.**  
**Fuente: Suicidio. Asistencia Clínica (2004). Continua**