



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia de conductas suicidas y los factores asociados  
en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años  
que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del  
hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena  
periodo 2019 – 2020**

**AUTORES:**

**Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole  
Santana Reyna, Carmen Patricia**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Elías Ordóñez, Christian Enrique**

**GUAYAQUIL, ECUADOR**

**2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Santana Reyna, Carmen Patricia y Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**Elías Ordóñez, Christian Enrique Dr.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Aguirre Martínez, Juan Luis Dr.**

**Guayaquil, a los 01 del mes de Septiembre del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Santana Reyna, Carmen Patricia**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de conductas suicidad y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019-2020**” previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

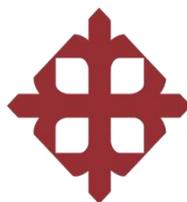
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 01 del mes de Septiembre del año 2022**

**EL AUTOR (A)**

f. 

**Santana Reyna, Carmen Patricia**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de conductas suicidad y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019-2020**” previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 01 del mes de Septiembre del año 2022**

**EL AUTOR (A)**

f. *Valeria Zambrano*

**Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Santana Reyna, Carmen Patricia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de conductas suicidad y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019-2020**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 01 del mes de Septiembre del año 2022**

EL AUTOR (A)

f. 

**Santana Reyna, Carmen Patricia**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de conductas suicidad y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019-2020**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 01 del mes de Septiembre del año 2022**

**EL AUTOR (A)**

f. 

**Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**

## REPORTE URKUND

URKUND

**Documento** [Tesis P69 Santana - Zambrano.docx](#) (D143240855)

**Presentado** 2022-08-25 00:09 (-05:00)

**Presentado por** valeriazambrano669@gmail.com

**Recibido** christian.elias.ucsg@analysis.orkund.com

1% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.



TUTOR: DR. CHRISTIAN ELIAS ORDOÑEZ

## **AGRADECIMIENTO**

Para nosotros este trabajo ha representado mucho esfuerzo y sacrificio durante una de las etapas más importantes de nuestra formación. Agradecemos profundamente a nuestros seres queridos quienes estuvieron ahí desde el inicio de esta dura profesión, apoyándonos y guiándonos; y a aquellos docentes que durante la carrera dieron lo mejor de sí mismos para formar médicos de calidad y principios.

## DEDICATORIA

Desde que era pequeña ya sabía a qué quería dedicar mi vida, desde el ámbito profesional, y hoy luego de 6 años de carrera lo estoy logrando, por este motivo, quiero agradecer a Dios por darme la oportunidad. Y a mi familia. Especialmente a mi Mamá, por creer en mí desde el primer día que dije que quería seguir medicina, y al día siguiente regalarme mi mandil y mi primer littmann, gracias mamá por tu amor, tu apoyo incondicional y por esforzarte por mí y mi futuro. A mis abuelos Carmen y Ricardo por estar siempre pendientes de mí, de que llegara bien, de que no me faltara nada. Y por siempre recibirme con amor y alegría cuando regresaban los fines de semana de estudiar, y asimismo, por madrugar conmigo los lunes viendo que no se me quedará nada. A mis tías, Maira por acercarme a la medicina, y ser mi ejemplo de profesional a seguir, y Clari por apoyarme en mis estudios a través de libros, consejos y por ayudarme a prepararme para cada evento formal. A mis hermanos menores Ricardo, Belén, Amelia e Isabela por siempre recibirme entre abrazos y ser quienes me motiven a superarme cada día para en algún momento ayudarlos en su futuro.

A Steven, por siempre escucharme y motivarme a no rendirme, por amanecerse conmigo a pesar de la distancia, y darme una mano con mis trabajos cuando yo ya estaba cansada. Gracias por tu amor y por ser mi soporte.

También, a los amigos que hice durante mi etapa de formación, siempre nos apoyamos a seguir adelante, aunque estuviéramos cansados y sin ánimos, después de par bromas seguíamos estudiando y esforzándonos, nunca nos abandonamos, y hoy puedo decir que la carrera es más fácil llevarla adelante cuando se tiene un buen grupo de amigos. A los docentes de facultad e internado que con paciencia y amor me transmitieron sus conocimientos y por su disponibilidad para ayudarme siempre que lo necesitara. Agradezco a cada una de las personas que me guiaron ya sea con un consejo de medicina o de vida. Para que mejore como profesional y como persona. Para mí, mi formación como profesional ha sido una etapa muy linda, llena de emociones

y de aprendizajes. Hoy mi logro es su logro, muchas gracias a todos por esto y más, los llevo en mi corazón.

**Santana Reyna, Carmen Patricia**

## DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a la memoria de mi abuelo Rafael Bermúdez Orozco, que fue una gran parte de inspiración para poder culminar esta carrera, se el orgullo que hubiera sido poder verme logrando uno de mis sueños, Se lo mucho que para el significaba poder verme con mi mandil y llamarme doctora, estoy segura que con la bendición de Dios y la de mi abuelo, podré tener la fuerza y el coraje para el camino largo que me espera como profesional. Agradezco a mis padres Mario y Roxana quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy una meta más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, agradezco todo el sacrificio que han hecho por mí y todo el apoyo durante estos largos 6 años de carrera. A mis hermanos Natalie, Mario y Matías por estar conmigo durante todo este tiempo, conozco los sacrificios que también han hecho por mí y estoy agradecida por su paciencia, cariño y apoyo incondicional. Quiero que sepan que también son capaces de cumplir todas sus metas, que pueden lograr todo lo que se propongan y sin duda poder acompañarlos y brindarles mi apoyo como lo han hecho conmigo.

A toda mi familia por sus oraciones, consejos y palabras de aliento que me han motivado a ser una mejor persona, y finalmente agradezco a todos mis amigos que hice gracias a la carrera, por estar ahí para mí cuando más los necesitaba, por entenderme y darme una mano cuando podían. Sin todos ustedes no hubiera sido lo mismo estos 6 años de mi formación, quiero que sepan que este esfuerzo es tanto mío como suyo y estaré agradecida toda la vida con todos ustedes por acompañarme en el proceso.

**Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**

DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

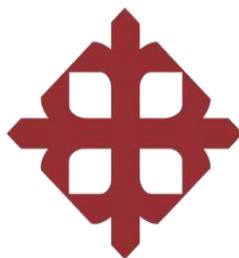
**(NOMBRES Y APELLIDOS)**

COORDINADOR DEL ÁREA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CALIFICACIÓN**

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>4</b>
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Objetivos .....</b>	<b>4</b>
1.2.1 Objetivo general.....	4
1.2.2 Objetivos específicos .....	4
<b>2 CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Fundamentación teórica.....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Definiciones generales.....	5
2.1.2 Factores asociados al suicidio .....	6
<b>2.2 Psicopatología.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Diagnóstico .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Manejo .....</b>	<b>12</b>
<b>3 CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>14</b>
<b>METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Métodos .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Diseño de investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Técnicas e instrumentos de investigación.....</b>	<b>14</b>
3.3.1 Técnicas.....	14
3.3.2 Instrumentos de investigación.....	15
<b>3.4 Población y muestra.....</b>	<b>15</b>
3.4.1 Población.....	15
3.4.2 Muestra.....	15
<b>3.5 Análisis estadístico .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6 Operacionalización de variables .....</b>	<b>16</b>
<b>3.7 Representación estadística de los resultados .....</b>	<b>17</b>
<b>3.8 Discusión de resultados.....</b>	<b>22</b>
<b>4 CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Conclusiones.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Recomendaciones .....</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>26</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Manejo propuesto según riesgo de suicidio .....	12
Tabla 2: Variables del estudio .....	16
Tabla 3: Características de la muestra de acuerdo con el estado funcional .	17
Tabla 4: Sexo, identidad de género y orientación sexual según suicidalidad	18
Tabla 5: Cantón de residencia según conducta suicida previa .....	19
Tabla 6: Antecedentes familiares según conducta suicida previa.....	20
Tabla 7: Número de intentos de suicidio según antecedentes familiares .....	21

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de sexo según conducta suicida previa .....	19
Gráfico 2: Cantón de residencia según conducta suicida previa.....	20
Gráfico 3: Número de intentos de suicidio según antecedentes familiares ...	21

## **RESUMEN**

### **Antecedentes:**

La depresión es la causa principal en la mayoría de las situaciones donde se logra consumir un suicidio, esto se ve potenciado por varios factores tanto sociales como mentales las cuales impulsan en gran medida las conductas suicidas un claro ejemplo son los datos extraídos en Estados Unidos el año 2019 donde alrededor de 48000 suicidios fueron reportados de los cuales en su mayoría son personas en torno a los 45 y 64 años. Dentro de los mismos datos se tiene una constancia de que la mayoría de estas personas ya sufrían de episodios de depresión grave e incluso conductas suicidas con mucha antelación por lo cual se podía lograr prevenir con la atención y ayuda debida.

### **Objetivo:**

Determinar por medio de un estudio de campo y su análisis cual es la prevalencia de conductas suicidas y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acudieron a consulta en el departamento de psiquiatría del hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena dentro del lapso del 2019 al 2020.

### **Metodología:**

Los métodos que utilizan en la presente investigación son el analítico tanto como el de síntesis en el cual se realizó una investigación previa a la obtención de datos a través de las distintas historias clínicas dentro del sistema del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena.

### **Resultados:**

Después del análisis de las distintas historias clínicas de los 137 pacientes se logra determinar una mayor prevalencia en mujeres dentro del total acerca de quienes sufren a tendencias suicidas sin embargo en el porcentaje obtenido acerca de los hombres se demuestra que existe una mayor incidencia al intento de suicidio en ellos.

### **Conclusión:**

Las conductas suicidas son de mayor prevalencia en el género masculino dentro de las edades de 30 a 39 años como de 40 a 49 años logrando tener además que existe un mayor intento de suicidio en personas sin antecedentes familiares de carácter suicida.

## **ABSTRACT**

### **Background:**

Depression is the main cause in most situations where suicide is achieved, this is enhanced by various social and mental factors which greatly promote suicidal behavior, a clear example is the data extracted in the United States on year 2019 where around 48,000 suicides were reported, of which the majority are people between 45 and 64 years old. Within the same data there is evidence that most of these people already suffered from episodes of severe depression and even suicidal behavior well in advance, which could be prevented with due care and help.

### **Objective:**

To determine, through a field study and its analysis, the prevalence of suicidal behavior and the associated factors in patients with depressive disorder older than 30 years who attended the psychiatry department of the Liborio Panchana Sotomayor hospital in the Santa Elena canton within from the period of 2019 to 2020.

### **Methods:**

The methods used in the present investigation are the analytical as well as the synthesis in which an investigation was carried out prior to obtaining data through the different medical records within the system of the Liborio Panchana Sotomayor Hospital in the canton of Santa Elena.

### **Results:**

After the analysis of the different clinical histories of the 137 patients, it is possible to determine a higher prevalence in women within the total about those who suffer from suicidal tendencies, however, in the percentage obtained about men, it is shown that there is a higher incidence of attempted suicide. suicide on them.

### **Conclusion:**

Suicidal behaviors are more prevalent in the male gender within the ages of 30 to 39 years and 40 to 49 years, also achieving that there is a greater suicide attempt in people without a family history of suicidal character.

### **Palabras clave**

## **INTRODUCCIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad (1).

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida (2). Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave (3).

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio) (3).

El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial (4). Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas (5). Si existe riesgo de suicidio en un paciente con depresión se recomienda

considerar la derivación a atención especializada, de modo urgente cuando el riesgo es elevado.

# **CAPÍTULO 1**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La ideación suicida y el intento suicida son motivo de consulta frecuente en las instituciones psiquiátricas y con más frecuencia en pacientes con trastorno depresivo del hospital Liborio Pachana Sotomayor. Es necesario determinar cuál es la prevalencia de estos sucesos y los factores que predisponen las ideas y conductas suicidas en los pacientes con trastornos depresivo de este hospital para de esta forma tener un determinado porcentaje de la población el cual se desconoce y considerar como signos de alarma los factores, para que tanto el médico psiquiatra como el familiar de quien padece un trastorno depresivo tenga el conocimiento necesario y de esta forma poder prevenir algún suceso.

### **1.2 Objetivos**

#### **1.2.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de conductas suicidas y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a la consulta externa del departamento de psiquiatría del hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena desde 2019 hasta 2020.

#### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características demográficas de la población (edad, sexo, género, orientación sexual, residencia habitual).
- Determinar la prevalencia de las conductas suicidas de acuerdo a su estratificación por edad y grupo etario.
- Describir la asociación entre la prevalencia de conductas suicidas y los antecedentes familiares.

# **CAPÍTULO 2**

## **MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Fundamentación teórica**

#### **2.1.1 Definiciones generales**

El suicidio es la muerte dado como resultado de un acto autolesivo fatal. Este acto precede de conductas suicidas. Se las denomina conductas suicidas el conjunto de pensamientos y comportamientos que muestran un espectro de progresión de formas leves como ideación suicida, hasta formas severas como intento suicida o suicidio mismo. La definición de los siguientes términos son imprescindibles para el entendimiento del tema a tratar en este trabajo de investigación. (6,7)

#### **Ideación suicida**

Consisten en las ideas, fantasías o pensamientos de cometer suicidio. Entre estas ideas pueden incluir un plan suicida con detalles específicos para llevarlo a cabo. Estas pueden ser categorizadas activas o pasivas. La ideación activa se define como tener pensamientos concretos de tomar acción en quitarse la vida de uno (Ejemplos: “Quiero morir”; “Quiero acabar con mi vida”). En cambio, la ideación pasiva es tener pensamientos manifestando deseo o esperanza de que la muerte le llegará a esa misma persona (Ejemplos: “Estaría mejor estando muerto”; “Espero no despertar mañana”). (6,8–10)

#### **Intento suicida**

Es una conducta autolesiva con la finalidad de suicidio, que a diferencia de el “suicidio”, no resulta fatal. (6,8–10)

#### **Pensamientos autolesivos no suicidas**

Consisten en las ideas o pensamientos de conductas autolesivas sin finalidad suicida. (6,8–10)

#### **Autolesiones no suicidas**

Es una conducta autolesiva en ausencia de tener una finalidad de suicidio.

### **Amenaza de suicidio**

Consisten en ideas o pensamientos en llevar a cabo conductas autolesivas que se verbalizan con finalidad de hacer que los demás piensen que el individuo desea la muerte, a pesar de que en realidad no sea cierto. (6,8–10)

### **Gesto de suicidio**

Es una conducta autoagresiva no fatal con finalidad de hacer que los demás piensen que el individuo desea la muerte, a pesar de que en realidad no sea cierto. La finalidad suele ser llamar la atención o pedir ayuda. (6,8–10)

Como se menciona la siguiente sección, los trastornos psiquiátricos son un fuerte predictor de suicidio. Entre aquellos se encuentra el trastorno depresivo mayor. Se lo define con un espectro de criterio en la cual prima la persistencia de un estado de ánimo bajo o deprimido. El resto de los componentes que puede presentar el afectado son: disminución del interés en actividades placenteras (anhedonia), sentimientos de inutilidad o culpa, sensación de falta de energía, dificultad para concentrarse, cambios de apetito, alteración psicomotora (retraso, agitación), trastorno del sueño e ideación suicida. La presencia de cinco de los mencionados forma parte del diagnóstico de la enfermedad. El resto de los detalles se describen en la sección de “Diagnóstico” (11).

### **2.1.2 Factores asociados al suicidio**

Las conductas suicidas muestran diferencias notables entre géneros, grupos etarios, regiones geográficas y realidades sociopolíticas, y, por ende, se tiene asociaciones variables con diferentes factores de riesgo (7). A continuación se describen los más mencionados en la literatura médica.

#### **Edad**

Los patrones de suicidio según la edad difieren dependiendo de las regiones del mundo. La mayoría de las regiones, la incidencia de suicidio es significativamente alta para las personas con 70 o más años. En cambio, en países como Estados Unidos, la tasa anual de intento de suicidio en mayores

en adultos jóvenes es mayor comparándolos con adultos mayores, con una proporción aproximada de tres a cinco. (6,12–16).

### **Sexo**

El sexo masculino presenta una mayor mortalidad debido a suicidio que las mujeres, con una proporción que varía entre uno a seis y uno a nueve aproximadamente. Según un estudio comunitario en 21 países, el sexo femenino tiene mayor prevalencia a ideación suicida comparado con el hombre, de un aproximado de 2.3 por cada 100 habitantes versus 1.6 por cada 100 habitantes respectivamente. (6,12–16).

### **Educación**

Según Schreiber *et al.*, tener menor años de educación puede estar asociado a tasas mayores de suicidio. Para el 2014, en Estados Unidos la tasa fue el doble en personas con educación secundaria comparado con aquellas con título nivel universitario o mayor, describiendo valores de 39 y 17 suicidios por cada 100,000 habitantes respectivamente. (6,12–16).

### **Antecedentes de intentos de suicidios previos**

Por lo general por cada 10 a 40 intentos de suicidio, uno termina llevándose a cabo. Incluso, uno de cada 100 sobrevivientes de un intento suicida termina falleciendo por suicidio en un plazo de un año desde aquel intento. Por tales motivos tener un historial de intento suicida previo se lo considera el factor predictivo de suicidio más fuerte. (6,12–16).

### **Trastornos psiquiátricos**

Tener una enfermedad psiquiátrica es considerado un predictor fuerte de suicidio. Por lo general más del 90% de los pacientes con intento suicidad tienen un trastorno psiquiátrico de base. Incluso el 95% que llevan a cabo el suicidio tienen diagnosticado un trastorno psiquiátrico. Los más comúnmente asociados con el suicidio son depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo, abuso de sustancias, trastornos de estrés postraumático, entre otros. (6,12–16).

### **Antidepresivos**

Son medicamentos utilizados para el tratamiento de pacientes con depresión, especialmente para casos de alto riesgo de suicidio. Controversialmente todos conllevan un riesgo aumentado de conductas suicidas (ideación suicida, pensamientos autolesivos, intentos suicidas, etc.) especialmente durante las etapas iniciales del tratamiento. Aun así, el riesgo igual sigue siendo mayor en pacientes con trastornos psiquiátricos sin tratamiento. (6,12–16).

### **Antecedentes familiares/genética**

El riesgo de suicidio aumenta en individuos con antecedentes familiares de suicidio. Según estudios gemelares, se hipotetiza que el mayor riesgo proviene de tanto componentes ambientales como genéticos. Aun así, no está del todo claro si el factor genético es responsable predominante del trastorno psiquiátrico de base que estos pacientes suelen conllevar o del suicidio mismo. La importancia del componente ambiental se refleja en estudios en que describen su efecto a la estructura familiar. Se ha determinado que el tener un cónyuge sin relación sanguínea con trastorno psiquiátrico o con intento o realización de suicidio aumenta de por sí el riesgo de suicidio en el paciente. (6,12–16).

### **Enfermedades médicas generales**

Las enfermedades generales con riesgo aumentado de suicidio son las de carácter crónico y de gran impacto al estilo de vida al paciente como el cáncer, enfermedad obstructiva crónica, trastornos de la columna vertebral, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, entre otros. Entre estas enfermedades prevalece el dolor crónico. Este por lo general afecta los procesos psicológicos de forma relevante en dichos pacientes, imponiendo sensación de impotencia, desesperanza, y deseo marcado de escapar del dolor. (6,12–16).

### **Trauma infantil**

Se ha determinado que el riesgo de suicidio en adultos con antecedentes de haber padecido abuso infantil u otros eventos negativos como la negligencia. (6,12–16).

### **Ocupación**

El suicidio tiende a ser mayor en las ocupaciones consideradas poco calificadas (obreros, limpiadores, entre otros trabajos manuales simples) comparado con la población laboral general. (6,12–16).

### **Económico**

Los estragos financieros como deudas, crisis, desempleo, falta de vivienda y bajos ingresos económicos por lo general se lo asocia ideación e intento suicida. En el estudio de Elbogen *et al.*, de una población de aproximadamente 35,000, denotó esta asociación con OR por encima de 1.50 en la mayoría de sus variables. (6,12–16).

### **Estado civil**

Se registra más suicidios en personas no casadas comparadas con las que sí. Según un metaanálisis de una población más de 100,000,000 individuos mencionado por Schreiber *et al.*, el riesgo de suicidio fue de aproximadamente el doble en solteros que en casados. Según la hipótesis planteada en ese estudio, el matrimonio aumenta la integración social e importancia a la vida. (6,12–16).

### **Emocional**

Pacientes que han perdido una relación o a un ser querido tienden a aumentar el riesgo de suicidio. Este riesgo llega a niveles más altos durante fechas de aniversarios (6,12–16).

## **2.2 Psicopatología**

En sí, el suicidio es un fenómeno altamente complejo y multifactorial. Incluye un abanico de mecanismos propuestos o descritos que pueden variar según el caso. Cada caso es único dado que cada paciente sostiene un umbral para tolerancia al dolor mental, condición que depende de las experiencias personales, emocionales e íntimas desde la niñez. Es bastante prevalente en casos de trastorno depresivo mayor. Aunque vale recalcar que la depresión por sí mismo no es la herramienta más eficaz para entender completamente la complejidad del suicidio, a pesar de lo prevalente que sea. Esto se debe a

que este trastorno también es de origen multifactorial (biológico, ambiental y psicosocial). (8,11) En este trabajo se menciona algunos de mecanismos propuestos más importantes. (8,17)

### **Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA)**

El eje HHA es el sistema neuroendocrino más involucrado en la regulación de la respuesta del cuerpo ante el estrés. Las teorías propuestas en su relación con el trastorno depresivo mayor señalan que el estrés crónico puede inducir una activación prolongada del eje HHA. Esto a su vez puede resultar en alteraciones funcionales o estructurales del hipocampo. Estudios prospectivos biológicos incluso describen el poder predictivo que tiene las disfunciones del eje HHA (Ejemplo: niveles altos de la hormona liberadora de corticotropina en líquido cefalorraquídeo LCR) para el suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor. (8,17)

### **Sistema serotoninérgico**

Este sistema ha sido implicado en pacientes con trastorno depresivo mayor, aunque actualmente se lo asocia a alteraciones del sistema neuroregulador y circuitos neuronales complejos. Estudios postmortem de pacientes que se hayan suicidado han descrito evidencia notoria de esta disfunción. Se han reportado disminución de transportadores de serotonina específicamente en la corteza frontal, occipital, hipotalámica y tronco cerebral en individuos con trastorno depresivo mayor que hayan cometido suicidio. Estudios prospectivos biológicos estiman un Odds Ratio (OR) de aproximadamente 4.5 veces más alto para individuos con trastorno depresivo mayor con bajos niveles metabolitos de serotonina en el LCR comparado con quienes hayan tenido altos niveles. (8,17)

### **Carga genética**

Estudios familiares indican que intentos de suicidio y suicidios demuestran patrones de acumulación familiar, dando un estimado de heredabilidad de conductas suicidas entre el 30 al 55%. Entre los varios posibles genes implicados, se hace mención del SLC6A4, quien se encarga de codificar transportadores presinápticos de serotonina. (8,17)

### **Perfiles lipídicos**

Estudios proponen que niveles de colesterol reducido podría reducir precursores de serotonina y a su vez modificar la función de receptores y transportadores de aquel neurotransmisor. Esto resultaría en el incremento a la tendencia de impulsividad, agresividad y conductas suicidas. Esta teoría se basa en los hallazgos de grandes ensayos clínicos aleatorizados de antilipídicos y metaanálisis que reportan incremento de muertes violentas (incluyendo suicidio) entre individuos que tomaron medicamentos que disminuyen colesterol sérico. (8,17)

### **Dominios neuropsicológicos y neurocognitivos**

Se conoce que en pacientes con trastorno depresivo mayor existen déficits en dominios neuropsicológicos (Ejemplos: memoria visual, verbal, atención, función ejecutiva y velocidad de procesamiento), de los cuales la función ejecutiva es la más afectada. A más detalle, alteraciones en el control cognitivo es la más asociada a en la patología del trastorno depresivo mayor, especialmente en aquellos con conductas suicidas. El control cognitivo implica la habilidad del paciente para regular sus pensamientos y acciones con el fin de alcanzar metas y permitir adaptaciones individuales del comportamiento ante ambientes variables. Por ende, se presume que déficits neurocognitivos incrementan el riesgo al suicidio ya que determinan evaluaciones incorrectas de la realidad que el individuo se encuentre y a su vez altera su toma de decisiones. (8,17)

### **2.3 Diagnóstico**

El trastorno depresivo mayor es de diagnóstico clínico mediante la historia clínica proporcionada y examinación del estado mental, descartando cualquier causa orgánica de los síntomas. El paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas mencionados en la sección de “definiciones generales”, de los cuales uno debe ser el tener un estado de ánimo depresivo o anhedonia al punto de generar deterioro funcional social o laboral. Para confirmar el diagnóstico, se debe descartar antecedentes de episodios maníacos o hipomaniaco (11).

No existe, en cambio, un algoritmo eficaz para predecir el suicidio en la práctica médica. Aun así, un reconocimiento y entendimiento de los factores de riesgo clínicos, psicológicos, sociológicos y biológicos presentes podrían facilitar una mejor detección de individuos de alto riesgo y a su vez dar asistencia en la selección del manejo (6,7).

## 2.4 Manejo

El manejo de un individuo con conducta suicida debe incluir estabilización médica, reducción de riesgo inminente, manejo de factores de riesgo modificables y de trastornos psiquiátricos subyacentes (Ejemplo: Trastorno depresivo mayor), monitoreo y por último seguimiento. (6) Controles regulares y medidas psicoterapéuticas, farmacológicas y neuromoduladores suelen prevenir conductas suicidas. (7) Más allá de los componentes del manejo en un paciente suicida, Orsolini *et al.* propone el enfoque de la interpretación del riesgo de suicidio de cada individuo. Ella describe un sistema de estratificación de riesgo (**tabla 1**) acompañado de sus respectivas sugerencias y recomendaciones (8).

*Tabla 1: Manejo propuesto según riesgo de suicidio. (8)*

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Intervención recomendada</b>
<b>Blanco</b> Sin riesgo	Ausencia de ideación suicida e intento suicida. Ausencia de factores de riesgo de suicidio.	Observación clínica. Valoraciones periódicas del riesgo de suicidio.
<b>Verde</b> Bajo riesgo	Presencia de ideación (ocasional), intento o amenaza suicida. Antecedentes familiares de suicidio. Episodio agudo del trastorno depresivo mayor.	Observación clínica periódica con equipo multidisciplinario.
<b>Amarillo:</b> Moderado riesgo	Presencia de ideación (constante) suicida. Reciente intento suicida sin ideación suicida actual. Episodio agudo del trastorno depresivo mayor concomitante con algún otro trastorno psiquiátrico (Ejemplo: ansiedad).	Involucramiento de miembros de familia. Supervisión personalizada. Implemento de actividades de expresión funcional. Alentar la comunicación de ideaciones suicidas y pensamientos autolesivos.
<b>Rojo:</b> Alto riesgo	Reciente intento suicida con ideación (constante) suicida activa actual. Episodio agudo severo del trastorno depresivo mayor.	Aumentar supervisión clínica 24 horas. Valorar hospitalización.

El manejo del trastorno depresivo mayor similarmente consta de terapia farmacológicas (Ejemplos: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina ISRS; inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina IRSN; moduladores de serotonina; antidepresivos atípicos; entre otros.), psicoterapéuticas (Ejemplos: terapia conductual cognitiva y terapia interpersonal) e intervencionista (Ejemplos: electroconvulsiva; estimulación magnética transcraneal; estimulación del nervio vago). El escalón inicial consiste en uso de medicamentos y psicoterapia. La terapia electroconvulsiva se la reserva en casos severos acompañado de psicosis severa y/o catatonía. La terapia magnética transcraneal y estimulación del nervio vago queda reservado para casos resistentes al tratamiento (11) .

# **CAPÍTULO 3**

## **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

### **3.1 Métodos**

Analítico – sintético.

### **3.2 Diseño de investigación**

#### **Observacional**

Las variables de interés son recolectadas por el investigador, mas no se les realiza ninguna intervención.

#### **Retrospectivo**

Las variables no son directamente medidas por el investigador, sino que provienen de fuentes secundarias como historias clínicas.

#### **Transversal**

Cada variable se mide una única vez en el tiempo; no tienen seguimiento.

#### **Descriptivo**

Se describen los resultados sin realizar inferencias estadísticas que traten de describir otras poblaciones.

### **3.3 Técnicas e instrumentos de investigación**

#### **3.3.1 Técnicas**

La información fue recopilada de historias clínicas del sistema informático del hospital Liborio Panchana Sotomayor, respetando la privacidad de los pacientes.

### **3.3.2 Instrumentos de investigación**

Se recolectaron los datos en una hoja de Microsoft Excel. Posteriormente se exportaron los datos al programa IBM SPSS para realizar los cálculos descriptivos.

## **3.4 Población y muestra**

### **3.4.1 Población**

Pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a la consulta externa del departamento de psiquiatría del hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena, periodo 2019 – 2020.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes atendidos en la consulta externa del departamento de psiquiatría del hospital Liborio Panchana Sotomayor
- Pacientes  $\geq 30$  años
- Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar
- Pacientes con dependencia de sustancias tóxicas

### **3.4.2 Muestra**

Se realizó un muestreo no aleatorio que incluyó todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el periodo de estudio.

## **3.5 Análisis estadístico**

Para el análisis estadístico se hicieron cálculos descriptivos y analíticos. Para la estadística descriptiva, se calculó la frecuencia y porcentajes de las variables categóricas. Las variables numéricas fueron divididas en paramétricas y no paramétricas utilizando pruebas de normalidad, posteriormente se calculó media y desviación estándar y mediana y rango intercuartil, respectivamente. Se calculó el valor  $p$  para determinar la significancia estadística de los resultados. Se utilizó la prueba de chi cuadrado

para las variables categóricas, t de student para las variables paramétricas y Mann-Whitney-U para las no paramétricas.

### 3.6 Operacionalización de variables

Tabla 2: Variables del estudio

Nombre	Definición	Tipo	Resultado
Edad	Años de vida al momento de la recolección de datos	Numérica discreta	- Años
Grupo etario	Grupo de edad por décadas de vida	Categórica nominal politómica	- 30 – 39 años - 40 – 49 años - 50 – 59 años - 60 – 69 años - 70 – 79 años - 80 – 89 años - 90 – 99 años
Sexo	Fenotipo al nacimiento	Categórica nominal dicotómica	- Masculino - Femenino
Identidad de género	Autopercepción del sexo propio	Categórica nominal politómica	- Hombre - Mujer - No especificado
Orientación sexual	Preferencia sexual	Categórica nominal politómica	- Heterosexual - Homosexual - No especificado
Cantón de residencia	Ubicación de su domicilio	Categórica nominal politómica	- Santa Elena - Salinas - La Libertad - Playas - Guayaquil
Antecedentes familiares de conducta suicida	Historia familiar de intentos de suicidio (solo 1er grado de consanguineidad)	Categórica nominal dicotómica	- No - Sí
Intentos de suicidio	Cantidad de intentos de suicidio	Numérica discreta	- Número
Conducta suicida previa	Presencia o ausencia de intentos de suicidio	Categórica nominal dicotómica	- No - Sí

### 3.7 Representación estadística de los resultados

El total de pacientes fue de 137 pacientes, los cuales pueden ser subdivididos en aquellos que tuvieron conducta suicida previa (82 pacientes; 60%) y aquellos que no tuvieron (55 pacientes; 40%). Todas las variables fueron subdivididas en base a esta categoría para el respectivo análisis.

*Tabla 3: Características de la muestra de acuerdo con el estado funcional*

		Total n = 137 (100%)	Conducta suicida previa n = 82 (60%)	Sin conducta suicida previa n = 55 (40%)	p
<b>Edad</b>					
<b>Mediana (Rango intercuartil)</b>		51 (39 – 61)	47 (38 – 59)	53 (40 – 67)	0,511
<b>Grupo etario</b>					
<b>n (%)</b>	30 – 39 años	35 (25,5%)	22 (26,8%)	13 (23,6%)	0,435
	40 – 49 años	31 (22,6%)	22 (26,8%)	9 (16,4%)	
	50 – 59 años	36 (26,3%)	19 (23,2%)	17 (30,9%)	
	60 – 69 años	11 (8,0%)	6 (7,3%)	5 (9,1%)	
	70 – 79 años	18 (13,1%)	8 (9,8%)	10 (18,2%)	
	80 – 89 años	5 (3,6%)	4 (4,9%)	1 (1,8%)	
	90 – 99 años	1 (0,7%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	

*Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.*

La **tabla 3** muestra las edades de la población total y en los subgrupos que tuvieron o no conductas suicidas. Ya que la variable de edad presentó una distribución no paramétrica, se calculó mediana y rango intercuartil (RIC), que tienen el valor de 51 y 39 – 61 años respectivamente. Al comparar los subgrupos, la mediana de aquellos pacientes que tuvieron conducta suicida previa es menor en comparación a aquellos quienes no tuvieron conducta suicida, siendo 47 y 53 años respectivamente. Sin embargo, esta diferencia no demostró ser estadísticamente significativa. En cuanto a los grupos etarios,

cabe recalcar que la mayoría de pacientes se encontraron en los rangos 50 – 59, 30 – 39 y 40 – 49 años, con 26,3%, 25,5% y 22,6% respectivamente. El análisis de subgrupos no demostró ser estadísticamente significativo. Esto significa que la edad no demostró ser un factor influyente en la presentación o no de conductas suicidas en esta población.

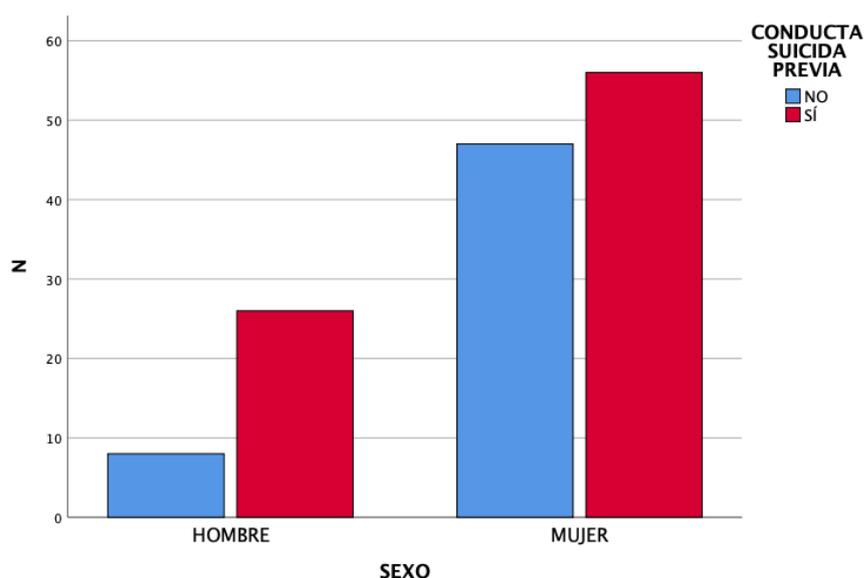
*Tabla 4: Sexo, identidad de género y orientación sexual según suicidalidad*

		Total n = 137 (100%)	Conducta suicida previa n = 82 (60%)	Sin conducta suicida previa n = 55 (40%)	p
<b>Sexo</b> n (%)	<i>Hombre</i>	34 (24,8%)	26 (31,7%)	8 (14,5%)	0,023
	<i>Mujer</i>	103 (75,2%)	56 (68,3%)	47 (85,5%)	
<b>Identidad de género</b> n (%)	<i>Masculino</i>	26 (19,05%)	20 (24,4%)	6 (10,9%)	0,075
	<i>Femenino</i>	95 (69,3%)	51 (62,2%)	44 (80,0%)	
	<i>No especificado</i>	16 (11,7%)	11 (13,4%)	5 (9,1%)	
<b>Orientación sexual</b> n (%)	<i>Heterosexual</i>	97 (70,8%)	57 (69,5%)	40 (72,7%)	0,685
	<i>Homosexual</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	<i>No especificado</i>	40 (29,2%)	25 (30,5%)	15 (27,3%)	

*Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.*

La **tabla 4** representa las características de sexo, género y orientación sexual de la población. De los 137 pacientes, 34 (24,8%) fueron hombres y 103 (75,2%), mujeres. Al revisar los subgrupos, si bien 56 mujeres tuvieron conductas suicidas, esto representa únicamente el 54% del total de mujeres, mientras que en los hombres este valor aumenta a 76%. Esta diferencia demostró ser estadísticamente significativa con un valor p de 0,023 (**gráfico 1**).

Gráfico 1: Distribución de sexo según conducta suicida previa



Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.

La **tabla 4** también muestra que la orientación sexual más común fue la heterosexualidad con 97 (70,8%) de pacientes. El análisis de subgrupos no demostró ninguna diferencia estadísticamente significativa, al igual que la identidad de género.

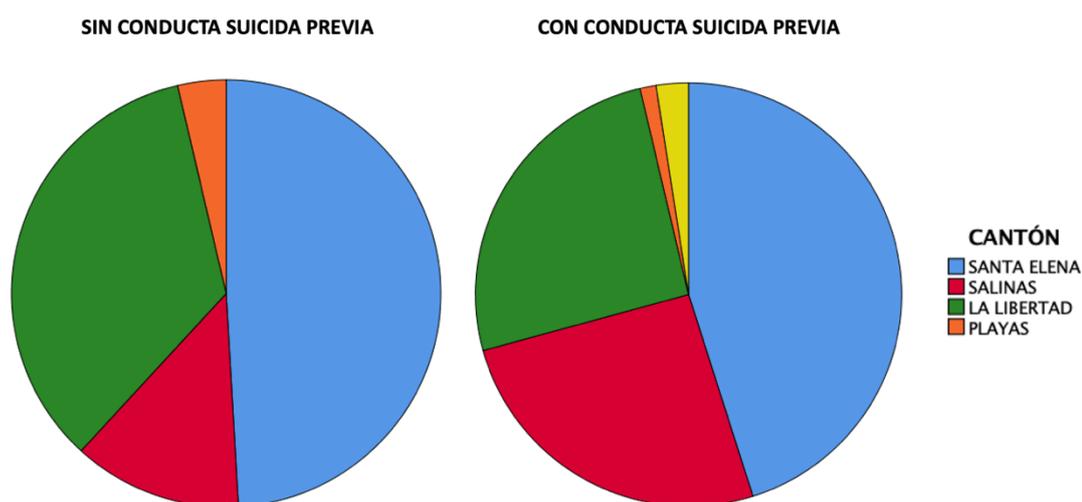
Tabla 5: Cantón de residencia según conducta suicida previa

Cantón	Total n = 137 (100%)	Conducta suicida previa n = 82 (60%)	Sin conducta suicida previa n = 55 (40%)	p
Santa Elena	64 (46,7%)	37 (45,1%)	27 (49,1%)	0,206
Salinas	28 (20,4%)	21 (25,6%)	7 (12,7%)	
La Libertad	40 (29,2%)	21 (25,6%)	19 (34,5%)	
Playas	3 (2,2%)	1 (1,2%)	2 (3,6%)	
Guayaquil	2 (1,5%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	

Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.

La **tabla 5** representa los pacientes con antecedentes de conducta suicida en base a su domicilio. Los cantones con mayor cantidad de pacientes fueron, en orden descendiente, Santa Elena, La Libertad y Salinas, con 64 (46,7%), 40 (29,2%) y 28 (20,4%) pacientes respectivamente. Al analizar los subgrupos el 45,1% de los pacientes con historia de conducta suicida reside en Santa Elena, es decir, casi la mitad. Sin embargo esto no demostró ser estadísticamente significativo (**gráfico 2**).

*Gráfico 2: Cantón de residencia según conducta suicida previa*



Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.

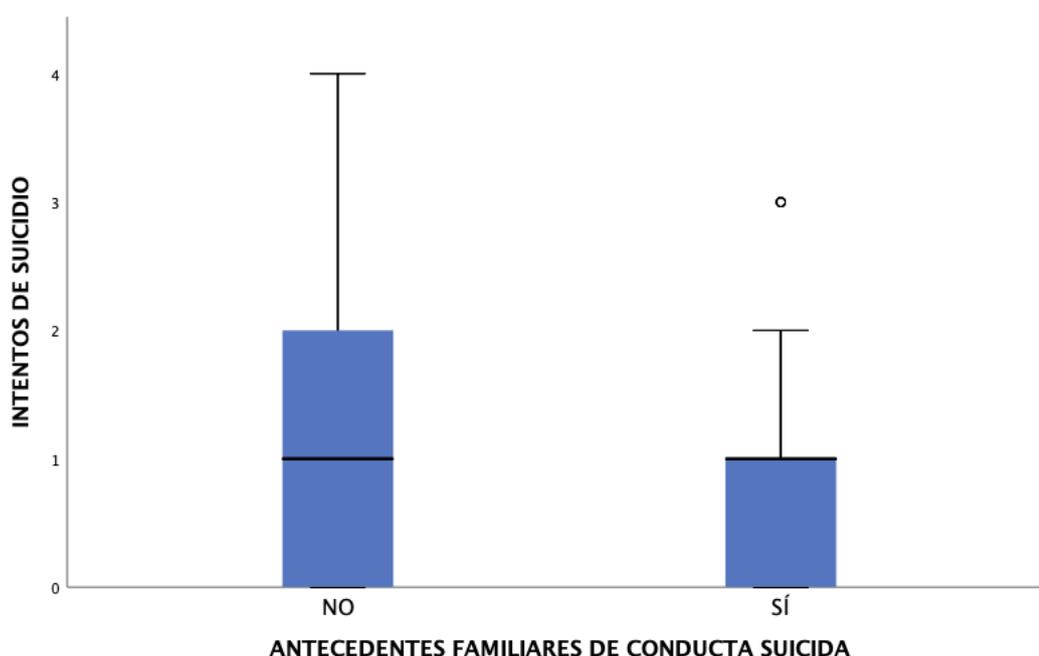
*Tabla 6: Antecedentes familiares según conducta suicida previa*

		TOTAL n = 137 (100%)	Conducta suicida previa n = 82 (60%)	Sin conducta suicida previa n = 55 (40%)	p
<b>Antecedentes n (%)</b>	<i>Sí</i>	81 (59,1%)	49 (59,8%)	32 (58,2%)	0,854
	<i>No</i>	56 (40,9%)	33 (40,2%)	23 (41,8%)	

Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.

En la **tabla 6** se detalla la historia familiar de conducta suicida previa. El 59,1% de los pacientes cuentan con el antecedente familiar, de los cuales el 59,8% tuvieron conducta suicida propia. Sin embargo, esto no demostró ser estadísticamente significativo.

Gráfico 3: Número de intentos de suicidio según antecedentes familiares



Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.

El **gráfico 3** permite visualizar la tendencia del número de intentos de suicidio de acuerdo al antecedente de historia familiar. Ambos subgrupos tienen el mismo percentil 5, percentil 25 y la mediana, lo que es de esperarse porque hay muchos pacientes sin conducta suicida previa. Sin embargo, llama la atención que el percentil 75 de los pacientes que no tienen antecedentes familiares contra los que sí lo tienen es 2 y 1, respectivamente. Asimismo, el percentil 95 de los que carecen de antecedente familiar es de 4, mientras que el percentil 95 de los que sí tienen es de 2. Sin embargo, esta diferencia no demostró ser estadísticamente significativa, como lo muestra la **tabla 7**.

Tabla 7: Número de intentos de suicidio según antecedentes familiares

	Total n = 137 (100%)	Con antecedentes familiares n = 81 (59,1%)	Sin antecedentes familiares n = 56 (40,9%)	p
<b>Intentos de suicidio Mediana (Rango intercuartil)</b>	1 (0 – 2)	1 (0 – 1)	1 (0 – 2)	0,754

Fuente: Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole y Santana Reyna, Carmen Patricia. Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2019 – 2020.

### **3.8 Discusión de resultados**

El principal hallazgo de este estudio fue que, de los 137 pacientes, el 76% de los hombres presentó antecedentes de conducta suicida en comparación a solo 54% de las mujeres, lo cual demostró ser estadísticamente significativo con un valor  $p < 0,05$ . Esto significa que, si bien la mayoría de pacientes con conducta suicida previa eran mujeres con un 68,3%, la proporción de hombres con este antecedente indica que es más común en ellos. Esto es comparable al estudio colombiano de Castro-Díaz y Gómez-Restrepo, en el cual se estudiaron 295 pacientes con trastorno depresivo mayor, donde se demostró que el sexo femenino fue asociado con un riesgo más bajo de conductas suicidas (18), con 47,83% de mujeres que no tuvieron este antecedente contra solamente 38,38% en los hombres, con valor  $p$  significativo de 0,04. Asimismo, un estudio chileno de Salvo et al obtuvo como resultado que el 54,2% de los hombres presentan conductas suicidas previas, contra únicamente 40,9% en las mujeres, sin embargo, en este estudio ese valor no fue estadísticamente significativo (19) con un valor  $p$  de 0,246. Un metaanálisis publicado por Cambridge y realizado por Dong et al conformado por 65 estudios y 27340 pacientes en total demostró que el sexo masculino está positivamente asociado con mayor prevalencia de intentos de suicidio (20). Otro estudio estadounidense demostró que el riesgo de suicidio hombres – mujeres es de 5,6 a 1 para pacientes adultos (21).

La prevalencia general de conductas suicidas en el presente estudio fue del 60%, valor significativamente alto en comparación a otros estudios. Un estudio paraguayo por Torales et al (22) que describe características de pacientes con conducta suicida obtuvo una prevalencia del 28,16% de estas conductas. Sin embargo, éste se diferencia de nuestro estudio ya que se encontró que las mujeres tuvieron conductas suicidas con mayor frecuencia que los hombres. Otro estudio español de Popovic et al también estudió conductas suicidas en 2811 pacientes con episodios depresivos mayores. Se obtuvo como resultado que la mayoría de pacientes con conductas suicidas previas eran mujeres, con un 72,5% y un valor  $p$  significativo de 0,028 (23).

Esto demuestra que, si bien en la población estudiada los hombres tienen mayor prevalencia de conductas suicidas de forma significativa estadísticamente, esto varía debido a que es un problema multifactorial, no determinado únicamente por el sexo del paciente.

En cuanto a la edad, el estudio de Salvo et al obtuvo como media 38,4 y 48,4 años para pacientes con antecedentes de conducta suicida y pacientes sin ésta, respectivamente; valor que tuvo significancia estadística con un valor  $p < 0,001$ . Esto demostró tener concordancia con nuestro estudio ya que la mediana fue de 47 y 53 años para pacientes con conducta previa y sin esta. Un estudio muy similar publicado por Cambridge de 134 pacientes dirigido por Riihimäki et al obtuvo una media de edad de 40 años de aquellos con antecedentes de conductas suicidas, mientras que la media de quienes no lo tuvieron fue de 46, diferencia estadísticamente significativa con un valor  $p$  de 0,001 (24). A pesar de la similitud de resultados, en nuestro estudio esta asociación no tuvo valor  $p$  significativo. Sin embargo, esto sugiere que en varias poblaciones las conductas suicidas se da más en pacientes de menor edad en comparación a aquellos que no tuvieron.

Otro hallazgo relevante de este estudio fue que pacientes con antecedentes familiares de conducta suicida presentaron suicidalidad con más frecuencia. Un total de 49 (59,8%) de pacientes con conductas suicidas previas contaban con historia familiar, porcentaje alto al compararlo con el estudio cubano de Aguilera Arzuaga, donde la prevalencia de historia familiar en pacientes con conducta suicida previa fue del 30,9%. Si bien en nuestro estudio no fue un hallazgo estadísticamente significativo, el resultado es comparable con otros. Antón-San-Martín et al estudiaron los factores de riesgo del suicidio y demostraron que el 45% de los pacientes con conducta suicida previa tenían el antecedente familiar de suicidio, valor muy comparable con el del presente estudio y que fue estadísticamente significativo con un valor  $p < 0,001$ . Cabe recalcar que este estudio tomó en cuenta únicamente familiares de primer grado (25). Este mismo hallazgo pudo verse también en el estudio danés de Qin et al (26). Un estudio de casos y controles demostró que existió una relación 18:1 para pacientes con historia familiar de conductas suicidas (27).

Un metaanálisis de Oxford reúne varios estudios que demuestran que este antecedente trae consigo un OR de 1.33 a 11.67 (5).

Es necesario mencionar las debilidades del presente estudio. Debido a que es un estudio retrospectivo, la información no fue obtenida directamente del paciente, sino que tuvo que ser recolectada de historias clínicas del sistema informático. Al ser información de una fuente de segunda mano, muchos pacientes no tuvieron los datos completos, por lo que tuvieron que ser excluidos de la muestra al no cumplir con todos los criterios de inclusión. Sin embargo, para evitar este sesgo se utilizó información de años recientes y se corroboró personalmente cada historia clínica para asegurarse de tener el mayor nivel de evidencia posible, siendo esta la principal fortaleza del estudio. Al ser un estudio en un solo hospital, no tiene el nivel de evidencia que tendría el estudio si fuera de carácter multicéntrico. No obstante, el Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena es una importante casa de salud con afluencia de muchas regiones de la provincia, por lo cual la muestra obtenida permite tener una visión general de la zona.

# **CAPÍTULO 4**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones**

- El sexo masculino, historia familiar de suicidio y edad < 50 se asociaron a mayor prevalencia de conductas suicidas, datos corroborados con múltiples estudios de similar metodología
- El sexo masculino se asoció a mayor prevalencia de conductas suicidas previas con una frecuencia de 76%, valor que demostró ser estadísticamente significativo.
- Las conductas suicidas se ven con mayor frecuencia en pacientes de los rangos de edad 30 – 39 y 40 – 49, edades menores en comparación a pacientes sin este antecedente, con una media de 47 años y 53 años respectivamente.
- El 59,8% (49 pacientes) con historia de suicidalidad tenían además historia familiar de conductas suicidas. Sin embargo, los pacientes sin este antecedente familiar presentaron mayor número de intentos de suicidio.

### **4.2 Recomendaciones**

- Realizar un estudio multicéntrico de similar metodología para evaluar los factores asociados a conductas suicidas.
- Ampliar la muestra a pacientes mayores de 18 años para poder determinar si el grupo etario de 18 – 29 tiene mayor prevalencia.
- Realizar un screening de conductas suicidas en la consulta externa a pacientes que tengan este antecedente familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. World Health Organization; 2017.
2. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. Diciembre de 2013;151(3):821-30.
3. Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad; 2020.
4. Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry*. abril de 2005;186:314-8.
5. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. mayo de 2013;147(1-3):17-28.
6. Schreiber J, Culpepper L. Suicidal ideation and behavior in adults. *UpToDate*. 2022.
7. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. Marzo de 2016;387(10024):1227-39.
8. Orsolini L, Latini R, Pompili M, Serafini G, Volpe U, Vellante F, et al. Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry Investig*. 25 de marzo de 2020;17(3):207-21.
9. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
10. Soreff S. Suicide. *Medscape*. 2022.
11. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
12. Rush J. Effect of antidepressants on suicide risk in adults. *UpToDate*. 2021.
13. Elbogen EB, Lanier M, Montgomery AE, Strickland S, Wagner HR, Tsai J.

- Financial Strain and Suicide Attempts in a Nationally Representative Sample of US Adults. *American Journal of Epidemiology*. 2 de noviembre de 2020;189(11):1266-74.
14. Soreff SM, Basit H, Attia FN. Suicide Risk. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
  15. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep*. Septiembre de 2014;16(9):466.
  16. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *J Forensic Sci*. Enero de 2018;63(1):162-71.
  17. Ganança L, Oquendo MA, Tyrka AR, Cisneros-Trujillo S, Mann JJ, Sublette ME. The role of cytokines in the pathophysiology of suicidal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. Enero de 2016;63:296-310.
  18. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe Restrepo M, Miranda C, de la Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1 de enero de 2013;43:27-35.
  19. Salvo L, Ramírez J, Castro A, Salvo L, Ramírez J, Castro A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Revista médica de Chile*. Febrero de 2019;147(2):181-9.
  20. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological Medicine*. Julio de 2019;49(10):1691-704.
  21. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *Journal of Affective Disorders*. 1 de octubre de 1999;55(2):171-8.
  22. Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 1 de agosto de 2020;18(2):54-62.
  23. Popovic D, Vieta E, Azorin JM, Angst J, Bowden CL, Mosolov S, et al.

- Suicide attempts in major depressive episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study. *Bipolar Disord.* Noviembre de 2015;17(7):795-803.
24. Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychol Med.* Enero de 2014;44(2):291-302.
  25. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, de-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología / Annals of Psychology.* 2013;29(3):810-5.
  26. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. *AJP.* Abril de 2003;160(4):765-72.
  27. Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Cañizares García T. Conducta suicida: factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* Abril de 1998;14(2):122-6.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ZAMBRANO BERMUDE VALERIA NICOLE**, con C.C: # **0931237283** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de conductas suicidad y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019-2020** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de Septiembre de 2022

f. Valeria Zambrano

**Zambrano Bermúdez, Valeria Nicole**

**C.C: 0931237283**



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **SANTANA REYNA CARMEN PATRICIA**, con C.C: # autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de conductas suicidad y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del Hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019-2020** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de Septiembre de 2022

f. 

**Santana Reyna Carmen Patricia**  
C.C: 1311330903



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de conductas suicidas y los factores asociados en pacientes con trastorno depresivo mayores de 30 años que acuden a consulta en el departamento de psiquiatría del hospital Liborio Panchana Sotomayor del cantón Santa Elena periodo 2019 – 2020		
<b>AUTOR(ES)</b>	Santana Reyna Carmen Patricia Zambrano Bermúdez Valeria Nicole		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Elías Ordóñez, Christian Enrique Dr.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Medicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Medico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	01 DE SEPTIEMBRE DE 2022	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	28
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Psiquiatría		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Depresión, psiquiatría, tendencias suicidas		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>La depresión es la causa principal en la mayoría de las situaciones donde se logra consumar un suicidio, esto se ve potenciado por varios factores tanto sociales como mentales las cuales impulsan en gran medida las conductas suicidas un claro ejemplo son los datos extraídos en Estados Unidos el año 2019 donde alrededor de 48000 suicidios fueron reportados de los cuales en su mayoría son personas en torno a los 45 y 64 años. Dentro de los mismos datos se tiene una constancia de que la mayoría de estas personas ya sufrían de episodios de depresión grave e incluso conductas suicidas con mucha antelación por lo cual se podía lograr prevenir con la atención y ayuda debida.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0992780836 0979521830	E-mail: <a href="mailto:valeriazambrano669@gmail.com">valeriazambrano669@gmail.com</a> <a href="mailto:pattysreyna@gmail.com">pattysreyna@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	<b>Teléfono:</b> +593997572784		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec">andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			