



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

TEMA:

**Prevalencia de intentos autolíticos en pacientes con trastornos
psiquiátricos ingresados en la Dirección hospitalaria de
Guayaquil entre el año 2016 y 2022.**

AUTOR:

Domínguez Avilés Alonso José

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

TUTOR:

Ayón Genkuong Andrés Mauricio

Guayaquil, Ecuador

2 de mayo del 2023



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 **Domínguez Avilés Alonso José**, como requerimiento para la obtención del título de **médico general**.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
**ANDRES MAURICIO
AYON GENKUONG**

f. _____
Ayón Genkuong Andrés Mauricio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA GENERAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Domínguez Avilés Alonso José**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: Prevalencia de intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos ingresados en la Dirección hospitalaria de Guayaquil entre el año 2016 y 2022, previo a la obtención del título de **médico general**, 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 02 del mes de mayo del año 2023

EL AUTOR:

f. _____
Domínguez Avilés Alonso José



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Domínguez Avilés Alonso José**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Prevalencia de intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos ingresados en la Dirección hospitalaria de Guayaquil entre el año 2016 y 2022, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

EL AUTOR:

f. _____
Domínguez Avilés Alonso José

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento [P70 Dominguez Aviles.docx](#) (0165315474)

Presentado 2023-04-26 00:01 (-05:00)

Presentado por alonitodominguez94@gmail.com

Recibido andres.ayon.ucsg@analisis.arkund.com

Mensaje P70 Dominguez Aviles Urkund [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 41 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO:

A mis padres:

Por su apoyo y amor incondicional. Por su calma, serenidad y paciencia. Por su cariño, su empatía, y honestidad. Por ser ejemplo de padres excepcionales.

A mi Nana:

Por dar su vida para ayudar a criarme como si fuera su hijo.

Para Andrea, Hans y Michelle:

Por ser los mejores compañeros y amigos que la vida me pudo haber dado. Por acompañarme en los buenos momentos, y saber sacarles provecho a los malos. Por mostrarme más matices de los que pude ver estando solo, y enseñarme que no lo estoy.

A la Dra. Domínguez, a la Dra. Martillo y al Dr. Guiracocha:

Por trabajar noches enteras sin descanso. Por sacrificar su vida para salvar otras.

Por ser grandes médicos, pero, principalmente por ser grandes personas. Por respetar y depositar su confianza en un simple interno. Por inspirarme a seguir mi carrera y por ser un guía en mi camino profesional.

A la Dirección Hospitalaria de Guayaquil:

Por acogerme dentro de sus instalaciones, tanto para consolidar mi aprendizaje como para realizar este proyecto de titulación.

A mi tutor:

Por ganarse mi admiración con su creatividad peculiar, y su inusual forma de impartir cátedra. Por verdaderamente forjar el razonamiento en sus estudiantes. Por su predisposición a ayudar a quien lo necesite.

A todos los que han creído en mí:

Gracias.

Alonso José Domínguez Avilés



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis Dr.
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Vásquez Cedeño, Diego Antonio Dr.
COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

OPONENTE

Contenido

RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 Clasificación y conceptos	3
1.2 Trastornos depresivos	5
1.2.1 Epidemiología	7
1.2.2 Trastorno depresivo mayor unipolar y su relación con la ideación de suicidio.....	8
1.3 Trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas	8
1.3.1. Trastorno por abuso de alcohol.	9
1.3.2 Trastorno por consumo de cocaína.....	9
1.3.3 Trastornos mentales asociados a opiáceos	10
1.4 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	10
1.4.1 Epidemiología	12
1.4.2 Esquizofrenia y suicidio.....	12
1.5 Trastornos de la personalidad.	13
1.5.1 Trastorno de la personalidad límite	13
1.5.1.1. Epidemiología	14
1.5.2 Trastorno histriónico de la personalidad	15
1.5.2.1 Epidemiología	15
1.5.3 Trastorno de personalidad narcisista	16
1.5.3.1. Epidemiología	16
1.5.4. Trastorno de la personalidad y suicidio	17
1.6 Trastorno bipolar y trastornos relacionados.....	17
1.6.1. Epidemiología	19
1.6.2 Trastorno bipolar y suicidio	20

1.7 Trastornos de ansiedad:	20
1.7.1 Epidemiología	21
1.7.2 Ansiedad generalizada y suicidio	22
1.8 Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés:	22
1.8.1. Epidemiología	24
1.8.2. Estrés post traumático y suicidio	25
1.9 Trastorno disociativo:.....	26
1.9.1. Epidemiología	27
1.9.2 Trastorno disociativo y suicidio.	27
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA, E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	28
Tipo de estudio	28
Objetivos.....	28
VARIABLES.....	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN (Corregir)	38
CONCLUSIONES.....	43
Bibliografía	44
ANEXOS.....	54

RESUMEN

Introducción: En el 2019, se estimó que 1.3 muertes por cada 100 habitantes fueron producto de suicidio. Más del 90% de pacientes que intentaron suicidarse tienen un desorden psiquiátrico adquirido. Los intentos de suicidio son comunes en pacientes con trastornos psiquiátricos.

Objetivo: Identificar la prevalencia de los intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil ingresados entre los años 2016 y 2022.

Metodología: Recopilación de datos por medio de la revisión de historias clínicas y registro de pacientes ingresados en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil entre los años propuestos. Se agrupó a los pacientes en familias de patologías de acuerdo a la clasificación propuesta por el Manual de Diagnóstico y estadística de trastornos psiquiátricos (DSM-5). Este estudio tomó una muestra de 227 pacientes después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: En 26 de las 227 historias clínicas se encontró referencia a al menos 1 intento autolítico realizado a lo largo de su vida. Al menos 1 intento autolítico estuvo presente en 29.33% (22 de 75) de los pacientes con trastornos depresivos; 33.33% (1 de 3) de pacientes clasificados dentro de trastorno bipolar y relacionados y 10.00% (1 de 10) de los pacientes con trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El principal factor asociado fue la presencia de ideación suicida.

Conclusiones: El riesgo de que un paciente, en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, con cualquier trastorno psiquiátrico, tenga al menos 1 intento autolítico, es del 11.45%.

ABSTRACT

Introduction: In 2019, it was estimated that 1.3 deaths per 100 inhabitants were due to suicide. More than 90% of patients who have attempted suicide have an acquired psychiatric disorder. Suicide attempts are common in patients with psychiatric disorders.

Objective: To identify the prevalence of suicide attempts in patients with psychiatric disorders of the Guayaquil Hospital Department admitted between 2016 and 2022.

Methods: Data collection through the review of medical records and registration of patients admitted to the Guayaquil Hospital Directorate between the proposed years. Patients were grouped into families of pathologies according to the classification proposed by the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM-5). This study took a sample of 227 patients after applying the inclusion and exclusion criteria.

Results: In 26 of the 227 clinical histories reference to at least 1 suicide attempt made throughout his life was found. At least 1 suicide attempt was present in 29.33% (22 of 75) of the patients with depressive disorders; 33.33% (1 of 3) of patients classified as bipolar and related disorders and 10.00% (1 of 10) of patients with disorders related to trauma and stress factors. The main associated factor was the presence of suicidal ideation.

Conclusions: The risk that a patient, in the Guayaquil Hospital Department, with any psychiatric disorder, has at least 1 suicide attempt, is 11.45%.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se define como el resultado de comportamiento autolítico cuya intención es la muerte de sí mismo (1). El intento de suicidio es una acción realizada por una persona con intenciones deliberada de infligir daño sobre sí mismo sin llegar a la muerte (2). El suicidio es un problema de salud pública globalmente reconocido; en el 2019, se estimó que 1.3 muertes por cada 100 habitantes fueron producto de suicidio. Se estima que cada año, esta es la causa de más de 700.000 defunciones (3). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de suicidio han aumentado en 60% en los últimos 45 años, estableciéndose entre las primeras tres causas de muerte en pacientes entre los 15 y 44 años, y la segunda en aquellos entre los 10 y 29 años. (4). En el 2018, se estimó que en Ecuador hubo un promedio de 313 suicidios anuales entre el año 1990 y 2017, con un aumento en la tasa de suicidio adultos jóvenes (57%), pero una reducción en mujeres adultas en un 37% (5).

Más del 90% de pacientes que intentaron suicidarse tienen un desorden psiquiátrico adquirido, y 95% de pacientes que fueron exitosos en el acto tienen un diagnóstico psiquiátrico (6). Los intentos de suicidio son comunes en enfermedades psiquiátricas como desorden bipolar en el adulto; en un estudio con 3536 pacientes se encontró que 27% habían intentado suicidarse; mientras que un seguimiento de 16 meses de 4360 pacientes encontró que el 4% intentaron suicidarse en el lapso de tiempo establecido y de 174 pacientes, el 32% tuvieron varios intentos (7, 8). En un estudio prospectivo con 186 pacientes con desorden unipolar depresivo del adulto, en el que se les hizo seguimiento por 38 años, la incidencia de suicidio fue del 27% (9). Se estima que entre el 10% - 13% de los pacientes con esquizofrenia fallecen por suicidio (10).

El estudio busca la prevalencia de los intentos autolíticos en pacientes ingresados en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, que han sido ingresados por medio de servicio de psiquiatría entre los años 2016 y 2022, así como los trastornos psiquiátricos que se encuentren relacionados con el antecedente de al menos 1 intento de suicidio y los factores que se encuentran asociados.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1 Clasificación y conceptos

Clasificación de los Trastornos psiquiátricos: La rama de la psiquiatría utiliza dos clasificaciones como su base fundamental para ordenar sus patologías; la propuesta por el American Psychiatric Association en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), junto con la Clasificación internacional de las enfermedades. (11, 12). Este estudio utiliza ambas clasificaciones para clasificar a los pacientes analizados en grupos. La clasificación DSM-5 menciona 22 categorías principales de trastornos, sin embargo, este estudio solo utiliza aquellos que le compete en función a los diagnósticos registrados entre los años 2016 y 2022 en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil/Hospital de la Policía Nacional Número 2.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: Se caracteriza por pacientes que presentan síntomas psicóticos o delirantes por mayor tiempo de 6 meses (11). Incluye esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico debido a sustancias/medicamentos, psicótico debido a otra afección médica y catatonía.

Trastorno bipolar y trastornos relacionados: Se refiere a un grupo de trastornos en donde el paciente experimenta cambios intensos de estado de ánimo entre depresión y manía, cambiando en episodios recurrentes (11). Incluye trastorno bipolar tipo I y II, junto con el trastorno ciclotímico.

Trastornos depresivos: Se caracteriza por trastornos en donde el paciente sufre de síntomas depresivos: sentimiento de tristeza, falta de interés, cambios cognitivos orientados hacia el nihilismo, y de comportamiento, consecuentemente afectando su apariencia física y adoptando facie depresiva. En casos graves puede acompañarse de ideación suicida (11, 13). Incluye al trastorno depresivo mayor, distimia, y el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

Trastornos de ansiedad: Son trastornos caracterizados por pacientes que sufren síntomas de miedo, temor y preocupación (11). Incluye fobias específicas, crisis de

angustia y ataques de pánico, ansiedad social, ansiedad generalizada, y mutismo selectivo.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: es un grupo complejo de trastornos que se caracterizan por manifestar síntomas después de que el paciente haya vivido un suceso traumático como exposición a la muerte, violencia sexual o lesiones graves (12). Incluye al trastorno de estrés post traumático, trastorno de estrés agudo y trastorno de adaptación.

Trastorno disociativo: Se refiere a un grupo de patologías en donde hay una disfunción en la coordinación entre la consciencia, identidad, percepción y memoria del paciente. (11). Este grupo engloba trastornos como amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativo y trastorno de despersonalización.

Trastornos desencadenados por el abuso de sustancias: Es un grupo de trastornos que se desencadenan a partir del uso inapropiado de sustancias psicotrópicas; mismas que pueden causar intoxicación y síndrome de abstinencia (11).

Trastornos de la personalidad: Son trastornos en donde los pacientes presentan trastornos desadaptativos con conducta por fuera de la normativa común en una sociedad o comunidad. Se caracteriza por conducta arraigada y difícil de modificar (11).

Suicidio: Muerte causada por comportamiento autolítico con intención de morir como resultado de dicha conducta (14). Según la OMS, más de 700,000 personas mueren cada año producto de comportamiento suicida, lo que es equivalente a 1 persona muriendo por suicidio cada 40 segundos. En Ecuador en el 2019, el número total de suicidios fue de 1326 con predominio varones 76% vs el 24% representado por las mujeres (15).

Intento autolítico: Comportamiento autolíticos no fatal que tiene como intención morir como resultado de dicha conducta (14). En el Hospital General Puyo, en el 2017 ingresaron 649 pacientes de los cuales 68 corresponden a intentos autolíticos. La mayoría de ellos fueron dados de alta con diagnóstico de trastorno adaptativo o trastorno mixto de ansiedad y depresión (16). En contraste a lo encontrado por la

OMS en el 2017, el estudio de Castro Ruedo et al. (2018), encuentra que la mayoría de casos predominaron en mujeres en un 69% (16).

1.2 Trastornos depresivos

En los episodios depresivos, el paciente sufre pérdida de capacidad de interesarse por su entorno y anhedonismo; así como reducción de nivel de actividad y astenia que ocurren como consecuencia. Otras manifestaciones incluyen disminución de atención, y concentración; presencia de bajo autoestima; ideas de culpa; perspectiva pesimista sobre el futuro; ideas o intento de suicidio y autoagresión; y finalmente, anorexia (17).

Los episodios depresivos pueden ser clasificados en leves, moderados y graves. El primero se caracteriza por la presencia de 2 de los síntomas característicos mencionados previamente durante al menos dos semanas; el episodio moderado se caracteriza por la presencia de los 3 o 4 síntomas de los mencionados previamente durante al menos dos semanas; el último se caracteriza por presencia de 5 o más síntomas y, se clasifica en grave con síntomas psicóticos y sin síntomas psicóticos; los síntomas psicóticos se manifiestan como ideas delirantes (17).

El DSM-5 clasifica un con trastorno depresivo mayor a los pacientes que presentan los siguientes parámetros:

1. 5 o más de los siguientes síntomas presentes durante al menos 2 semanas y representan un cambio significativo al comportamiento normal del individuo; obligatoriamente debe incluir los síntomas enlistados en el literal 1 y 2:
 - a. Estado de ánimo deprimida durante la mayor parte del día, casi todos los días, la mayoría de días durante el periodo de 2 semanas; ya sea por información subjetiva dada por el paciente o por observación de otras personas.

- b. Disminución importante del interés y placer en realizar la mayoría de actividades, durante la mayor parte del día, la mayoría de días durante el periodo de 2 semanas.
 - c. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer dieta; referida como al menos el 5% del peso corporal en un mes. O bien, con pérdida o aumento del apetito.
 - d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días durante el periodo establecido.
 - e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días durante el periodo establecido.
 - f. Fatiga, o astenia casi todos los días
 - g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, casi todos los días, durante la mayor parte del día, durante el periodo establecido de 2 semanas.
 - h. Disminución en la capacidad de concentración, toma de decisiones u ordenar las ideas, casi todos los días, durante la mayor parte del día, durante el periodo establecido de 2 semanas.
 - i. Ideas suicidas sin plan determinado, o ideas de muerte, presentes de forma recurrente. O bien, la presencia de uno o más intentos de suicidio, o un plan específico para llevarlo a cabo.
2. Los síntomas tienen impacto social en la vida del sujeto, en el ambiente laboral o bien, causan malestar clínico.
 3. El episodio no es atribuible al efecto de alguna sustancia o tratamiento.
 4. El trastorno depresivo no se explica por otro trastorno psiquiátrico como esquizoafectivo, esquizofrenia, o trastorno delirante.
 5. Nunca se han presentado episodios de manía o hipomanía (12).

Cabe recalcar que un sujeto puede presentar apariencia depresiva por luto reciente, pérdidas por catástrofes naturales, un diagnóstico de enfermedad o una discapacidad severa; presentando la misma gama de síntomas, y dificultando el diagnóstico. Un evento de este calibre también puede desencadenar un episodio

depresivo. La diferencia radica en la intensidad de los síntomas, la duración persistente en el episodio y el impacto sobre el ámbito social, laboral y/o económico del paciente (12).

1.2.1 Epidemiología

Un meta análisis que involucró 99 artículos diferentes, encontró que en la población general la prevalencia varía entre 0.35% y 1% para síndrome depresivo unipolar acompañado con síntomas psicóticos. También encontró que no había realmente predilección por el género, sin embargo, un mayor número de pacientes quienes sufrían de síntomas depresivos, pero con diagnóstico de esquizofrenia o síndrome bipolar, eran mujeres (18). Así mismo un estudio realizado a 8,028 pacientes mayores a 30 años encontró que la prevalencia de presentar desorden depresivo mayor es de 0.35%. (19).

Por otro lado, Rothschild sugiere que el desorden unipolar mayor es más común en mujeres que en hombres, y que está estrechamente asociado al aspecto laboral y económico del paciente pues es más común en pacientes desempleados. Así mismo, se encuentra asociado a paciente con discapacidades (y que reciben asistencia pública por su condición), son más propensos a presentar la enfermedad durante su vida. Finalmente asoció el desorden depresivo unipolar en pacientes con antecedentes patológicos familiares de desorden bipolar tipo I (20).

El 28% de los pacientes con desorden depresivo mayor unipolar presentan psicosis, lo que aumentó al estudiar pacientes hospitalizados por esta patología hasta el 43%. La psicosis que se presenta en este desorden consiste en episodios de delirio y alusiones usualmente de carácter auditivo (20). Un estudio que involucró a 259 pacientes con psicosis depresiva demostró que también se asocia a ansiedad, estando presente en 36% de los pacientes (20, 21).

1.2.2 Desorden depresivo mayor unipolar y su relación con la ideación de suicidio

Existe una relación conocida entre el trastorno depresivo mayor y la conducta suicida. Este resulta el diagnóstico más frecuente en suicidios exitosos, estimando que se confiere entre el 25% y 35% de los diagnósticos en pacientes que cometen suicidio y hasta en el 80% de pacientes que cometen intento de suicidio tienen trastorno depresivo en alguna medida. Se estima que al menos 27% de los pacientes con trastorno depresivo mayor han tenido al menos un intento de suicidio (22).

Un estudio realizado a 241 estudiantes de medicina entre 1er y 6to años de una universidad peruana concluyó que la depresión y la ideación suicida estaban presentes en los participantes en 33.61% y 88.79% respectivamente (23). En un estudio realizado a 50 pacientes del Servicio Psiquiátrico del Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo encontró que el 80% de los pacientes con trastorno depresivo tenían conducta suicida, especialmente aquellos entre los 21 y 30 años (24).

1.3 Trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas.

El abuso de sustancias tiene diversas consecuencias para la salud, incluyendo trastornos mentales asociadas a las mismas. A su vez, tienen una asociación con recurrencia en intentos de suicidio. Estudios han relacionado el consumo de cannabis durante la adolescencia con el desarrollo de trastornos depresivos mayores, síntomas de episodios depresivos, ansiedad e ideación suicida (25). Un meta-análisis que incluyó 870,967 pacientes, concluyó que el abuso de sustancias se asocia estrechamente a ideación suicida, intento de suicidio y consumación de suicidio; siendo el consumo de cualquier sustancia psicoactiva un predictor para lo dicho anteriormente (26).

1.3.1. Trastorno por abuso de alcohol.

Un meta-análisis que incluyó 31 estudios diferentes con más de 420,732 pacientes discutió que el trastorno de consumo de alcohol se asoció de forma estrecha con ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumo; incluso, concluyendo que este trastorno puede funcionar como predictor para intento de suicidio de un paciente (27).

Un estudio en 272 pacientes que fueron atendidos en distintos departamentos de emergencia - 38 diferentes - en un lapso de tiempo estimado en 6 horas desde que consumieron alcohol, encontró que cada vaso de alcohol aumentaba en hasta 30% el riesgo de un intento de suicidio. Incluso atribuye esta droga al 35% de intento de suicidio en la población general (28).

1.3.2 Trastorno por consumo de cocaína.

La cocaína es la segunda sustancia más consumida en Chile después de la marihuana. Se estima que es la sustancia que causa mayor dependencia llegando hasta el 65.6% de los usuarios. En un estudio realizado a 467 sujetos divididos en dos grupos (aquellos que consumían clorhidrato de cocaína vs aquellos que consumen pasta con base de cocaína) y llegaron a la conclusión de que el primer grupo tenía 2.7% mayor riesgo de cometer un intento de suicidio que el segundo, comprobando la asociación entre intentos de suicidio y el consumo de esta sustancia (29).

En un estudio de la provincia de Azuay que tomó como pacientes a 45 mujeres adolescentes de Hogar Victoria (Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas), mostró el 6.7% estaba relacionada a un bajo riesgo de suicidio, 4.4% en moderado y 6.7% en riesgo alto de suicidio (30).

1.3.3 Trastornos mentales asociados a opiáceos

Un estudio en 603 participantes de China reveló que el 9,5% intentó cometer suicidio en el lapso de un mes de consumo de opiáceos, mientras el 34.2% tuvieron al menos un intento a lo largo de su vida. Si bien es cierto se lo asoció con trastorno depresivo, mixto con ansiedad, y trastorno de personalidad antisocial, el origen o desencadenante del trastorno tiene origen en el uso de sustancias (31). En un estudio realizado en 174 España en el Hospital Universitario Río Hortega, mostró que el 5% de los atendidos en emergencia por intento de suicidio eran consumidores de opiáceos (32).

1.4 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

La esquizofrenia es un síndrome conductual y cognitivo causado por una alteración del desarrollo cerebral, que se desencadena por múltiples factores genéticos y ambientales. Los síntomas psicóticos provienen de la disfunción del neurotransmisor dopaminérgico, sin embargo, hay evidencia de que otras áreas y circuitos se encuentran afectados en el proceso (33).

Los síntomas que puede presentar el paciente se clasifican en positivos, negativos, e incluye afectación cognitiva, cambios de humor y ansiedad. Los síntomas positivos hacen referencia a la distorsión agregada de la realidad e incluyen: alucinaciones, que pueden ser olfatorias, visuales, somáticas y las más comunes, auditivas; el delirio, que es una idea falsa que causa confusión y falta de consciencia del entorno, se encuentra presente en aproximadamente 80% de los pacientes; y, la desorganización, que hace referencia a comportamiento y pensamiento desordenado, usualmente evidente en el habla del paciente (34).

Los síntomas negativos hacen referencia a ausencias, o disminución de procesos cognitivos normales. Aproximadamente 70% de los pacientes debutan esquizofrenia con síntomas negativos. La alteración cognitiva hace referencia al

cambio o déficit en procesos como la velocidad de procesamiento, atención, memoria visual y verbal, razonamiento, y comprensión verbal (34).

La DSM-5 sugiere clasificar a los pacientes que presentan las siguientes características dentro de un diagnóstico de esquizofrenia:

1. Al menos dos o más de los siguientes síntomas:
 - a. Delirio.
 - b. Alucinaciones de cualquier tipo (auditivas/visuales).
 - c. Incoherencias frecuentes en el habla.
 - d. Comportamiento desorganizado, o en casos severos comportamiento catatónico.
 - e. Presencia de síntomas negativos.
2. Durante la aparición de síntomas hay deterioro significativo del ámbito social, laboral o personal (en higiene y cuidado propio).
3. La sintomatología se encuentra presente por al menos 6 meses con al menos 1 mes de síntomas del criterio 1; incluyendo períodos prodrómicos o residuales con versiones de los síntomas mencionados dentro del criterio 1, pero atenuados como experiencias perceptivas inusuales o creencias bizarras.
4. Se descartó trastorno esquizoafectivo, depresivo y bipolar con características psicóticas por ausencia de episodios de manía o depresivos mayores; o bien, de haberse manifestado, han sido de mínima intensidad y de una duración mínima dentro el periodo completo de la enfermedad.
5. El trastorno no es atribuible a los efectos de una sustancia.
6. Si está presente un trastorno de la comunicación o autismo de inicio en la infancia, solo se hace el diagnóstico de esquizofrenia si los delirios y alucinaciones son particularmente notables y se encuentran presentes por al menos 1 mes (12).

1.4.1 Epidemiología

Se estima que, para la población general, la incidencia (promedio) es de 15.2 por cada 100,000 habitantes, con predominio en hombres 1.4:1 (35). La edad de presentación es típicamente durante la adolescencia; rara vez se presenta durante la infancia o después de los 45 años de edad. Los hombres suelen ser diagnosticados entre los 15 y los 25 años de edad, mientras que en las mujeres suelen diagnosticarse luego (entre los 25 y 35 años de edad) y durante la menopausia (36). Los factores que han sido asociados a la patología incluyen el vivir en áreas urbanas, el acto de emigrar a otro país, complicaciones obstétricas, consumo de cannabis, alcohol y otras drogas, y la presencia de trauma psicológico durante la infancia (36).

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia suelen presentar otros desórdenes psiquiátricos asociados: depresión (25% aproximadamente); ansiedad, presente en un 38.3% (37); y el abuso de alcohol y múltiples drogas. Los trastornos de ansiedad más comúnmente relacionados fueron el desorden de ansiedad social, en 14.9% de todos los pacientes esquizofrénicos con un trastorno de ansiedad; síndrome de estrés post traumático (12.4%) y trastorno obsesivo compulsivo (12.1%) (38).

1.4.2 Esquizofrenia y suicidio

Una de las principales causas de muerte en pacientes con esquizofrenia es el suicidio, teniendo un riesgo hasta 12 veces mayor que el resto de la población (26). Un meta-análisis muestra que un estudio de 1,017 pacientes de etnia asiática, la prevalencia de ideas suicidas fue de 25.8%; asimismo, un estudio con 642 pacientes mostró que la prevalencia de ideación suicida en 1 mes de haber sido diagnosticado era de 22.0%; finalmente un estudio con 5,098 pacientes concluyó que al menos un intento de suicidio estaba presente en 14.6% a lo largo de la vida (39).

Para pacientes en quienes no han remitido ideas o intentos autolíticos, se debe dar tratamiento con clozapine (disponible en Ecuador) independiente al antipsicótico escogido como tratamiento inicial. Dicho antipsicótico de segunda generación se ha relacionado con una menor tasa de suicidio frente a los demás fármacos. Un estudio con 980 pacientes esquizofrénicos y con desorden esquizoafectivo fueron tratados con olanzapina vs clozapine, mostró que en el lapso de 2 años los pacientes tratados con clozapine tuvieron menos intentos de suicidio y menos suicidio consumado que aquellos tratados con olanzapina (40). Adicionalmente un estudio que involucró a 61,889 pacientes con esquizofrenia en Finlandia y 29,823 pacientes esquizofrénicos de Suiza, en donde encontraron que el único antipsicótico que reducía consistentemente los intentos de suicidio era clozapine (41); y como el suicidio es común en pacientes con este trastorno, este fármaco debe considerarse como primera línea de tratamiento para la enfermedad.

1.5 Trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad son un conjunto de comportamientos casi intuitivos que tienen como consecuencias resultados nocivos para la persona; fuertemente asociado al abuso de sustancias y otros desórdenes psiquiátricos (42).

1.5.1 Trastorno de la personalidad límite

El trastorno de la personalidad límite o borderline personality disorder (en inglés), son pacientes que presentan patrones de inestabilidad en sus relaciones interpersonales, en su autoimagen, y tienen desórdenes de los afectos, acompañado de impulsividad intensa. Comúnmente el cuadro comienza durante la vida adulta (12, 43).

El DSM-5 clasifica a dentro de trastorno de la personalidad límite o limítrofe a aquellos pacientes que cumplen con al menos 5 de los siguientes:

1. Esfuerzos para evitar estado de desamparado, ya sea real o imaginado

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que alternan entre idealización y devaluación.
3. Alteración constante de la identidad
4. Impulsividad en aspectos autolesivos como por ejemplo drogas, sexo, alcohol, gasto excesivo e innecesario de dinero o alimentación inadecuada.
5. Ideación, amenazas e intentos de suicidio o automutilación.
6. Episodios intensos de distintos estados de ánimo. Episodios de disforia, irritabilidad o ansiedad.
7. Sensación crónica de “sentirse vacío”.
8. Irritabilidad manifestada como enfado inapropiado o episodios de ira.
9. Ideas de paranoia transitorias que se relacionan con ansiedad, y estrés (12).

1.5.1.1. Epidemiología

Un estudio que involucró a 34,653 participantes encontró que la prevalencia de esta patología era de 5.9%, sin encontrar diferencias considerables entre hombres y mujeres (44). Sin embargo, se encontró que el 20% de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas tenía el trastorno, así sea de forma solapada, y que la tasa se inclinaba hacia las mujeres en 3:1 (43).

El trastorno de personalidad límite no suele encontrarse por sí solo, de hecho, el 85% de los pacientes tienen otro trastorno psiquiátrico solapado (45). Sin embargo, estas comorbilidades difieren ampliamente entre hombres y mujeres: Las mujeres están más relacionadas con síndrome de estrés postraumático (51% vs 31%), desórdenes alimenticios (42% vs 19%), y trastornos de la identidad (67% vs 48%); mientras que los hombres estaban más relacionados con trastorno de la personalidad antisocial (10% vs 30%), trastorno de la personalidad narcisista (5% vs 22%) y desorden esquizotípico de la personalidad (10 % vs 25%) (46).

1.5.2 Trastorno histriónico de la personalidad

También conocido como desorden de la personalidad dramática se caracteriza por un patrón de emotividad exagerada con un patrón dominante de emotividad excesiva y búsqueda de atención. Frecuentemente inicia durante las primeras etapas de la vida adulta (12, 47).

El DSM-5 clasifica a los pacientes dentro del diagnóstico de trastorno de personalidad histriónica a quienes manifiesten por al menos 5 de los siguientes:

1. Sensación de incomodidad en situaciones donde no es el centro de atención.
2. Interacción social caracterizada por comportamiento provocativo o sexualmente seductor.
3. Cambios emocionales bruscos.
4. Utiliza su apariencia física para atraer atención.
5. Discurso que carece de fundamentos y se basa en impresiones que carecen de detalles.
6. Comunicación por medio de expresiones exageradas, o teatralidad.
7. Fácilmente influenciable o sugestionable.
8. Considera relaciones interpersonales más estrechas de lo que en realidad son (12).

1.5.2.1 Epidemiología

Se estima que aproximadamente el 9% de la población general sufre de un desorden de personalidad, de los cuales el 2 o 3 % pertenece al desorden histriónico de la personalidad. La tasa de diagnóstico de la enfermedad es 4 veces mayor en mujeres que en hombres; se sugiere que se debe a que históricamente ha sido más socialmente aceptable ver al sexo femenino con personalidad provocativa o comportamiento sexual frente a los hombres; por esta misma razón, los hombres tienden a ocultar o mentir sobre su sintomatología dificultando el diagnóstico (47).

1.5.3 Trastorno de personalidad narcisista

Los pacientes con trastorno de la personalidad narcisista tienen un patrón dominante de sensación de grandeza que en casos severos puede llegar al delirio, necesidad de admiración y falta de empatía. Suele iniciar durante las primeras etapas de la vida adulta (12, 48).

El DSM-5 clasifica dentro de trastorno de personalidad narcisista a aquellos que manifiesten al menos 5 de los siguientes:

1. Sensación de grandeza y prepotencia; discurso hiperbólico sobre sus logros y talentos esperando ser reconocido o admirado por los demás.
2. Absorto en delirios y fantasías de éxito, belleza, inteligencia, y/o poder
3. Sensación de ser “especial” y único, siendo solo capaz de relacionarse con personas o instituciones de élite.
4. Necesidad excesiva de admiración.
5. Expectativas irreales sobre el tratamiento favorable que deben cumplir las personas que lo rodean para poder relacionarse con el sujeto. Necesidad de sentirse privilegiado.
6. Se aprovecha de las relaciones interpersonales para satisfacer sus propios objetivos.
7. Apático. Indispuesto a reconocer e identificar los sentimientos y necesidades ajenas.
8. Envidia o creencia de ser envidiado por los demás.
9. Actitud arrogante de superioridad (12).

1.5.3.1. Epidemiología

En Estados Unidos y Europa, la prevalencia varía de 0% a 6.2%. La tasa suele ser mayor en hombres: en un estudio realizado a 35,000 estadounidenses encontraron tasas más altas en hombres (7.7% vs 4.8%). En este estudio se identificaron las

etnias afrodescendientes e hispanodescendientes como las más comúnmente afectadas. Las comorbilidades más frecuentes son el desorden de abuso de alcohol (60.6%), desorden depresivo mayor y bipolar, no especificado (20.8%), trastorno de ansiedad (41.0%) y desórdenes de personalidad (39.7%) (49).

1.5.4. Trastorno de la personalidad y suicidio

En un estudio con 200 pacientes que acudieron a consulta externa de adultos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi), de los que el 76% eran mujeres y 57.5% solteros, concluyó que los pacientes que presentaron trastorno de la personalidad límite fue mucho mayor que aquellos con depresión mayor, y esquizofrenia, siendo 83,1%, 43.1%, y 20.6% respectivamente. Adicionalmente encontró que el 21% de pacientes con personalidad límite intentaron suicidarse entre 4 y 10 veces (50). Un estudio con 431 pacientes encontró que los únicos predictores positivos para un intento de suicidio es cualquier trastorno de la personalidad, siendo más relevante el trastorno de personalidad narcisista que se asocia a intentos de suicidio múltiple (51).

1.6 Trastorno bipolar y trastornos relacionados.

Forman parte de un grupo aún más amplio de patologías, junto con los trastornos depresivos, llamados trastornos afectivos. Según el American Psychiatric Association en el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM-5), para que un paciente sea considerado dentro de este diagnóstico debe tener un episodio de manía, uno de hipomanía y uno episodio depresivo (12, 52); los dos primeros conforman “un polo” mientras que el último el otro “polo”, denominándose así trastorno bipolar.

El DSM-5 clasifica a un episodio de manía a pacientes que cumplen con los siguientes criterios:

1. Un periodo distintivo entre irritabilidad anormal y persistente, con aumento de actividad física o muestras de energía que dura al menos una semana, casi todos los días, durante la mayor parte del día.
2. Durante este periodo existen al menos 3 de los siguientes síntomas en medida que representen un cambio significativo del comportamiento usual:
 - a. Aumento de la autoestima.
 - b. Disminución de la necesidad del sueño.
 - c. Presiona para seguir conversaciones, mostrándose más comunicativo de lo normal.
 - d. Fuga de ideas o pensamientos a gran velocidad.
 - e. Atención que cambia fácilmente ante estímulos externos irrelevantes.
 - f. Agitación psicomotora que son actividades sin objetivos específicos, o, aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
 - g. Participación en actividades que tienen impacto negativo sobre el estilo de vida como compra excesiva, deliberada e injustificada de objetos no indispensables, apuestas indebidas de dinero o indiscreciones sexuales.
3. La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente severa como para ser capaz de tener impacto negativo sobre la función social o laboral del paciente. La necesidad de hospitalización para evitar daño a sí mismo u otros.
4. El episodio no se atribuye al uso de sustancias psicotrópicas, medicamentos o tratamientos. (12, 52)

Un episodio maníaco puede aparecer durante el tratamiento antidepresivo, sin embargo, se muestra persistente y supera el efecto fisiológico provocado por dicho tratamiento. Se necesitan al menos uno de estos episodios a lo largo de la vida para que pueda clasificarse como trastorno bipolar tipo I (12).

El DSM-5 sostiene que los episodios hipomaníacos son frecuentes en el trastorno bipolar tipo I, sin embargo, no son lo suficiente para sostener el diagnóstico. El DSM-5 clasifica a episodio de hipomanía a pacientes que cumplen con los siguientes criterios:

1. Un periodo distintivo entre irritabilidad anormal y persistente, con aumento de actividad física o muestras de energía que dura al menos 4 días consecutivos y está presente como mínimo 4 días consecutivos y está presente en la mayor parte del día.
 2. Durante este periodo se han presentado y han persistido al menos 3 de los síntomas denominados de la a-g en el literal B del episodio maníaco.
 3. El episodio representa un cambio radical en el individuo entre su estado de ánimo normal y durante el periodo que presenta los síntomas.
 4. Esta alteración del estado de ánimo es observable por otros individuos.
 5. La alteración del estado de ánimo no es lo suficientemente severa como para ser capaz de tener impacto negativo sobre la función social o laboral del paciente. La necesidad de hospitalización para evitar daño a sí mismo u otros.
 6. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- (12, 52)

Para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, se utilizan los mismos parámetros descritos en los trastornos depresivos. Para el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I se requiere al menos un episodio maníaco (cumpliendo con los criterios descritos a la A - D en el literal pertinente), y el episodio de manía, así como el depresivo, no deben ser mejor explicados con un trastorno psiquiátrico de otro espectro, como trastorno esquizoafectivo o esquizofrénico (12). El diagnóstico de trastorno bipolar tipo II difiere en la presencia de episodio depresivo mayor, junto con un episodio de hipomanía, y ausencia de un episodio de manía (52).

1.6.1. Epidemiología

Globalmente la prevalencia varía entre el 1% y el 3% (53), sin embargo, un estudio que evaluó 61,392 participantes de 11 países diferentes entre América, Europa y Asia encontró que la prevalencia para trastorno bipolar tipo I fue de 0.6% y para trastorno bipolar tipo II de 0.4%. Adicionalmente encontró, que la edad promedio de presentación para el tipo I fue de 18 años de edad mientras que el tipo II fue de 20 años de edad (54).

1.6.2 Trastorno bipolar y suicidio

Los pacientes bipolares tienen un alto riesgo de presentar ideas y comportamiento suicida. Un estudio que examinó los intentos de suicidio y suicidios consumados de pacientes con trastorno bipolar (independiente del tipo) desde 1980 hasta 2014, encontró que anualmente por cada 100,000 pacientes con esta patología, 164 consumaban suicidio. De hecho, se estima que entre el 23 y 26% de los pacientes con trastorno bipolar intentan suicidarse (55). Otro estudio que siguió 4,360 pacientes bipolares, encontró que, de la totalidad de los pacientes, 182 (4,17%) cometieron 270 intentos de suicidio en conjunto, consumando 8 a lo largo de 2 años. Aproximadamente un tercio de los pacientes que intentaron suicidarse, tuvieron intentos múltiples; sin embargo, de los 8 suicidios consumados, sólo 4 tuvieron más de un intento (56). Por concepto, los intentos de suicidio se asocian a episodios depresivos y no a los de manía. Un estudio realizado a 290 pacientes bipolares, encontró asociación con aquellos que estaban en su episodio depresivo y comportamiento suicida, mientras que no encontró una relación significativa en aquellos que se encontraban en episodios de manía o hipomanía. Se estima que aproximadamente entre el 10 - 20% de pacientes bipolares morirán por suicidio (57, 58).

1.7 Trastornos de ansiedad:

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupación excesiva y persistente que puede causar distrés e impactar en el estilo de vida de un paciente, durante la mayoría de días por al menos 6 meses (59).

El DSM-5 propone los siguientes criterios para la clasificación de un paciente dentro de esta patología:

1. Preocupación y anticipación excesiva, que persiste por más días de los que se encuentra ausente, durante un periodo de tiempo mínimo de 6 meses.
2. El paciente tiene dificultad para controlar su preocupación.

3. La ansiedad o preocupación se asocia a al menos 3 de los siguientes síntomas:
 - a. Inquietud o sensación de nerviosismo constante y recurrente.
 - b. Fatiga y astenia.
 - c. Dificultad para concentrarse.
 - d. Irritabilidad.
 - e. Tensión muscular.
 - f. Insomnio, hipersomnia, o bien, dificultad para conciliar.
4. Los síntomas son lo suficientemente severos como para tener un impacto en la vida cotidiana del paciente; ya sea por carácter social, laboral, o por malestar físico.
5. La alteración no se puede atribuir al consumo de sustancias.
6. La afectación no puede ser clasificada dentro de otro trastorno de ansiedad más específico como ataques de pánico, agorafobia o ansiedad social (12).

1.7.1 Epidemiología

Como otros trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada también se encuentra asociada a comorbilidades que pueden alterar el pronóstico de la enfermedad (59). Estas incluyen el trastorno depresivo mayor (39%), fobia social (23%-34%), fobias específicas (25%-35%), trastornos de pánico (24%) y también se lo considera relacionado a elevados niveles de abuso de alcohol y otras sustancias, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo (60). Afuera de desórdenes psiquiátricos, es común en pacientes con enfermedades con dolor físico crónico y otras patologías de dolor crónico no explicado (60). El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los desórdenes mentales más comunes en nuestro medio, tanto a nivel clínico como en la comunidad, y también es importante tener en cuenta que es aproximadamente el doble de común en mujeres que en hombres (59).

1.7.2 Ansiedad generalizada y suicidio

Se ha encontrado una asociación insidiosa entre paciente con desorden de ansiedad generalizada con el suicidio, incluso independiente de comorbilidades que puede tener el paciente. Poco se sabe sobre el riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de ansiedad; no hay reportes sobre riesgo de suicidio entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (61). Un estudio que involucró 1,783 participantes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión, la prevalencia de ideas de suicidio fue de 18.6% mientras que la prevalencia de intento de suicidio fue de 1.9% (62).

1.8 Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés:

El trastorno o desorden de estrés postraumático ha sido descrito como la sintomatología somática, cognitiva, afectiva y de comportamiento que sufre un paciente después de ser expuesto a un trauma psicológico. Se caracteriza por pensamientos intrusivos, pesadillas y flashbacks del evento traumático, evasión de estímulos relacionados con la vivencia ocurrida, estado de alerta constante o hipervigilancia, insomnio o hipersomnias; que en conjunto son lo suficientemente severas como impactar en el aspecto social o laboral (63).

El DSM-5 clasifica dentro de este trastorno a aquellos pacientes que tienen la siguiente sintomatología:

1. Exposición a un evento traumático de carácter psicológico como exposición a la muerte, lesión grave, violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las siguientes formas:
 - a. Experiencia directa del suceso traumático.
 - b. Presencia directa de un evento que ocurrió a otros.
 - c. Conocimiento de un suceso violento a un familiar o amigo cercano.

- d. Exposición a detalles repulsivos del evento traumático, que no sea por medios electrónicos, fotográficos o de cine; excepto a que sea repetitivo y relacionado con el trabajo.
2. Presencia de 1 o más síntomas siguientes, después de haber vivido el evento que causó el trauma y que comienzan después de este:
- a. Recuerdos del evento que resultan en angustia. Se dan de forma recurrente, de forma involuntaria e intrusiva.
 - b. Pesadillas recurrentes sobre el suceso traumático o contenido onírico relacionado al mismo.
 - c. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si estuviera repitiendo el suceso traumático.
 - d. Malestar psicológico, intenso, prolongado al exponerse a simbolismos o estímulos relacionados con el incidente.
 - e. Reacción fisiológica intensa al ser expuesto a un simbolismo o estímulo que haga alusión al evento traumático.
3. Evasión persistente a estímulos y simbolicen que puedan asociarse al evento traumático. Se manifiesta como un esfuerzo por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos al respecto que generan angustia y evadiendo personas o lugares que le recuerden del suceso.
4. Alteraciones al estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran de forma importante después del suceso. Se manifiesta con 2 o más de las siguientes características:
- a. Incapacidad de recordar un aspecto importante del evento, debido a amnesia disociativa y no a otras drogas.
 - b. Expectativa negativa persistente y exagerada, con respecto a uno mismo y las demás personas que lo rodean. Incluye problemas de confianza con los demás, y una perspectiva de peligro acerca del mundo.
 - c. Distorsión persistente de lo ocurrido o de las consecuencias que tuvo el evento traumático. Paciente busca “culpable” para el evento ya sea en sí mismo o en los demás.

- d. Estado emocional de miedo, temor, culpa, vergüenza o irritabilidad. Se manifiesta de forma persistente.
 - e. Disminución considerable del interés ante actividades importantes.
 - f. Sensación de desapego hacia la sociedad, incluyendo las personas que lo rodean.
 - g. Incapacidad persistente de experimentar felicidad, satisfacción o enamoramiento.
5. Cambios en el estado de alerta y sensibilidad asociada al suceso traumático, que comienza después de este. Deben estar presentes 2 o más de las siguientes características:
- a. Irritabilidad y episodios de furia desencadenados con poca provocación. Se manifiesta con agresión verbal o física contra personas u objetos.
 - b. Comportamiento imprudente, usualmente autodestructivo.
 - c. Hipervigilancia
 - d. Respuestas exageradas a estímulos. Paciente se sobresalta con facilidad.
 - e. Anomalías en la concentración
 - f. Insomnio o hipersomnio, o bien dificultad para conciliar el mismo.
6. La duración de las alteraciones antes descritas debe ser superiores a 1 mes de duración.
7. El trastorno tiene impacto en el ámbito económico y laboral de la vida cotidiana del sujeto.
8. La alteración no es atribuible al efecto o consumo de sustancias (12).

1.8.1. Epidemiología

La enfermedad, por definición, puede ser desencadenada por cualquier situación que el paciente considere como traumática psicológicamente por lo que hay una infinidad de eventos que pueden desencadenar la enfermedad; sin embargo los más comunes son: violencia sexual (33%), como una violación, o abuso durante la infancia; tragedia interpersonal (30%), como la muerte de un familiar cercano, o

pareja; violencia interpersonal (12%), como abuso físico domiciliario, violencia doméstica en la infancia; exposición a violencia organizada (3%), como ser secuestrado; participación en violencia organizada (11%), ser expuesto a combates, guerra, ser testigo de muerte o lesiones; y, otros tipos de trauma que ponen en riesgo la vida (11%), que agrupa situaciones desde accidentes de tránsito, o de trabajo, hasta desastres naturales (63). Un estudio realizado en una población de 1.45 billones de adultos sobrevivientes de guerra entre los años 1989 y 2015, encontró que 345 millones de participantes habían tenido trastorno de estrés post traumático (64).

La prevalencia del trastorno por estrés post traumático ha aumentado durante los últimos años a causa de la pandemia de COVID-19 que desencadenó en múltiples causas de la enfermedad: muertes de familiares cercanos, violencia domiciliaria exacerbada por la cuarentena, violencia de sexual y abuso infantil tanto físico como sexual. Un meta análisis que tomó 77 estudios de prevalencia de estrés post traumática post pandemia, que involucró a más de 200,000 pacientes encontró que la prevalencia fue de 22.6% en la población general; sin embargo, al filtrar el grupo en subgrupos de trabajadores del área de salud, pacientes infectados y personas no involucradas, las prevalencias fueron 26.9%, 23.8% y 19.3% de forma respectiva (65). Otro meta análisis que involucró 35 artículos con 19,428 pacientes, encontró que la prevalencia fue del 18% (66). Por otro lado, un estudio realizado en la década de los 2000s, en donde participaron 9,282 norteamericanos, encontraron que la prevalencia fue de 6.8% (67), demostrando un claro e importante aumento de la prevalencia durante los últimos años.

1.8.2. Estrés post traumático y suicidio

Es conocido que los pacientes con estrés post traumático se encuentran en mayor riesgo de cometer suicidio, especialmente cuando se presentan síntomas disociativos. Un estudio del 2021, que involucró a todas las personas de Suecia nacidos entre 1973 y 1997 (3,177,706 participantes) hasta diciembre del 2016,

encontró que 22,361 (0.7%) habían sido diagnosticados con trastorno de estrés post traumático, y que la muerte por suicidio era 3.96% y 6.74% más alto en hombres y mujeres con estrés post traumático (respectivamente). El 1.6% de los suicidios de la población general, son atribuidos al trastorno de estrés post traumático (68). En un estudio que involucró a 1,273 participantes que fueron expuestos a distintos tipos de trauma, el 8% desarrollaron trastorno de estrés post traumático, de los cuáles hasta el 10% habían tenido al menos un intento de suicidio; mientras, el 2% de los pacientes expuestos a trauma pero que no desarrollaron estrés post traumático intentaron cometer suicidio (69). Un estudio realizado en mujeres encontró que, de las 7,565 pacientes con estrés post traumático, 109 habían muerto por suicidio (1.4%), frente al grupo de 22,215 sin síntomas, en donde 124 habían muerto por suicidio (0.6%) (70).

1.9 Trastorno disociativo:

El trastorno de identidad disociativo, conocido antiguamente como desorden de personalidad múltiple, es complejo, crónico y se caracteriza por la irrupción del proceso autobiográfico de la memoria, junto con una alteración de la identidad. No se conoce con exactitud la causa, pero los pacientes suelen tener en contexto un trauma psicológico severo desencadenado durante la infancia (71).

El DSM-5 clasifica dentro de este trastorno a aquellos pacientes que tienen la siguiente sintomatología:

1. Alteración en la percepción de la identidad, caracterizado por 2 o más estados de la personalidad bien definidos, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, hasta el conocimiento.
2. Lapsos de amnesia de acontecimientos cotidianos, información personal importante o de sucesos traumáticos incompatibles con el olvido o la falta de atención.

3. Los síntomas tienen impacto sobre el aspecto social y/o laboral del paciente.
4. Los síntomas no son parte normal de una práctica cultural o religiosa.
5. Los síntomas no son atribuibles al consumo de alguna sustancia o a otra afección médica (12).

1.9.1. Epidemiología

La prevalencia del trastorno disociativo se estima que es de alrededor de 1%, sin embargo, no existen estudios epidemiológicos fuera de rangos nacionales, la mayoría de investigaciones de naciones de primer mundo, con muestras que no representan nuestro medio en Ecuador. En Turquía y Estados Unidos existe una mayor prevalencia entre el 0-12%, con una media de 2,5%. (72). El trastorno tiene una alta tasa de comorbilidades psiquiátricas, como desorden de estrés postraumático, depresión, cefaleas, trastornos de personalidad y abuso de sustancias (72). Existe evidencia que apoya que el abuso infantil de índole sexual y física fue presente en la historia clínica entre 26% y 100% de los casos de pacientes con trastorno de identidad disociativo (73).

1.9.2 Trastorno disociativo y suicidio.

Hay robusta evidencia relacionando a los desórdenes disociativos con comportamientos autolesivos y una historia de múltiples intentos de suicidio. De hecho, altos niveles de disociación están asociados a una mayor severidad en la ideación suicida del paciente, con una mayor tasa de intentos de suicidios (73). Alrededor de 70% de los pacientes diagnosticados con trastorno de identidad disociativo tuvieron al menos un intento de autolisis, que con frecuencia requirieron hospitalización (74).

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA, E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tipo de estudio

Estudio de prevalencia, de corte transversal, observacional, retrospectivo y analítico. Se aplicó la técnica de documentación, por medio de la revisión de historias clínicas en la base de datos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, de los años 2016 a 2022, de pacientes que fueron ingresados por el servicio de psiquiatría.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la prevalencia de los intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil ingresados entre los años 2016 y 2022.

Objetivo Específicos

1. Establecer la prevalencia de los intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil ingresados entre los años 2016 y 2022.
2. Determinar los trastornos psiquiátricos que están relacionados con intento autolítico en pacientes de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil ingresados entre los años 2016 y 2022.
3. Determinar los factores que están relacionados a los intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil entre los años 2016 y 2022.

Técnicas e instrumentos de investigación:

Se realizó recopilación de datos por medio de la revisión de historias clínicas y registro de pacientes ingresados a la Dirección Hospitalaria de Guayaquil entre el año 2016 y 2022. Se agrupó a los pacientes en familias de patologías de acuerdo a los capítulos dentro del manual en función a la clasificación propuesta por el Manual de Diagnóstico y estadística de trastornos psiquiátricos (DSM-5).

Dentro de los trastornos depresivos, se incluyó a los diagnósticos: Cie10 F32.0 *Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve*, Cie10 F32.1 *Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado*, Cie10 F32.2 *Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos*, Cie10 F32.3 *Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos*, y, Cie10 F33.9 *Trastorno depresivo mayor, recurrente, no especificado*.

Dentro de los trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas, se incluyó los diagnósticos: Cie10 F10 *Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol*, Cie10 F11 *Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de opioides*, Cie10 F12 *Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cannabinoides*, Cie10 F13 *Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos*, Cie10 F14 *Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cocaína*, y, Cie10 F19 *Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos*.

Dentro del espectro de la esquizofrenia se incluyeron los diagnósticos: Cie10 F20.0 *Esquizofrenia paranoide*, Cie10 F20.9 *Esquizofrenia no especificada*, Cie10 F21 *Trastorno esquizotípico*, Cie10 F22.0 *Trastorno delirante*, y, Cie10 F23.9 *Trastornos psicóticos agudo y transitorios sin especificar*.

Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes diagnósticos: Cie10 F60.3 *Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*, Cie10 F60.4 *Trastorno*

histriónico de la personalidad, y, Cie10 F60.9 Trastorno de personalidad, sin especificar.

El trastorno bipolar y trastornos relacionados engloba los siguientes diagnósticos: Cie10 F31.81 *Trastorno bipolar tipo II*, Cie10 F31.9 *Trastorno bipolar, no especificado*, y, F34.0 *Trastorno ciclotímico*.

Los trastornos de ansiedad incluyen a los diagnósticos: Cie10 F41.0 *Trastorno de pánico*, Cie10 F41.1 *Trastorno de ansiedad generalizada*, y, Cie10 F41.2 *Trastorno mixto ansioso-depresivo*. Mientras que los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés contienen a los diagnósticos: Cie10 F43.0 *Reacción al estrés agudo*, Cie10 F43.1 *Trastorno de estrés post-traumático*, y Cie10 F43.2 *Trastorno de adaptación*. Finalmente, Trastorno disociativo está representado por Cie10 F44.81 *Trastorno de identidad disociativo*.

Los números de las historias fueron recuperados de la base de datos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, donde luego fueron revisadas, por medio del sistema, cada una de las consultas y evoluciones registradas tanto por servicio de psiquiatría como psicología, desde su primera consulta (incluyendo por consulta externa) registrada con estos servicios hasta el 2022, con la finalidad de tener una perspectiva más amplia de la historia clínica completa del paciente. Se consideraron pacientes que tuvieron 1 o más ingresos dentro de los años 2016 hasta el 2022, pero se los clasificó acorde al diagnóstico del último egreso hospitalario; esto con el fin de tener el diagnóstico más preciso por la naturaleza de los cuadros clínicos de las patologías psiquiátricas. Se clasificó en “*si*” y “*no*” a pacientes que habían tenido 1 o más intentos autolíticos. Los factores asociados que se encontraron en las historias de pacientes ingresados fueron: la edad, el sexo, ideación suicida, abandono de tratamiento, situación económica y/o laboral mala, relación familiar y/o conyugal problemática, presencia de enfermedad crónica no transmisible y traumatismos. Los pacientes que presentaron más de uno de estos factores fueron agrupados acorde a sus respectivas combinaciones. Algunos participantes no

presentaron ninguno de los factores antes mencionados y fueron clasificados en “ninguno”. La tabulación de datos se realizó en formato Excel 2016 versión 16.0.

Población y Muestra:

Se utilizaron pacientes de la base de datos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, con ingresos por medio del servicio de psiquiatría y con diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico propuesto por el DSM-5 y que cumplan con los criterios de inclusión. Al inicio, este estudio tomó una población de 336 pacientes, que se redujo a 227 después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Se considerarán como parte de la población, los sujetos que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes ingresados a la Dirección Hospitalaria de Guayaquil entre los años 2016 y 2022 con diagnóstico definitivo que encaje dentro de cualquier trastorno psiquiátrico propuesto por el DSM-5 al momento de su egreso.
- Se considera el diagnóstico definitivo del egreso de la última permanencia hospitalaria entre los años 2016 y 2022.
- Pacientes que son o han sido policías, hijos de policías, parejas de policías, o, padres de policías

Criterios de exclusión:

- Pacientes ingresados por el servicio de psiquiatría que tengan como diagnóstico definitivo de una patología perteneciente a otra área de medicina o psicología, o pacientes con diagnósticos inespecíficos. Se excluye diagnóstico CIE-10 Z63.0 *Problema conyugal/relación conyugal entre esposos o parejas*, CIE-10 Z56.4 *problemas relacionados con desavenencias con el jefe y compañeros de trabajo*, CIE-10 Z56.3 *problemas relacionado con horario estresante de trabajo*, CIE-10 G40.4 *epilepsia y síndrome epiléptico*, CIE-10 R51X *cefalea*, CIE-10 G44.4 *cefalea inducida por drogas*,

CIE-10 T60.2 *efecto tóxico por plaguicidas*, CIE-10 R568 *otras convulsiones y las no especificadas*.

- Para pacientes que tuvieron más de 1 ingreso hospitalario en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil entre los años 2016 y 2022 por medio del servicio de Psiquiatría, se excluyeron todos los diagnósticos definitivos de egreso que no sean del último egreso hospitalario. Este es porque diagnósticos como Trastorno bipolar requieren tiempo para diagnosticar por la presentación en ciclos/episodios de la enfermedad entre manía/hipomanía y depresión. Con la finalidad de obtener el diagnóstico psiquiátrico más exacto posible, se utiliza el último diagnóstico al egreso.
- Se excluyen pacientes de la región insular de Galápagos.
- Se excluyeron historias clínicas incompletas o inconclusas.

VARIABLES

Nombre de variable	Definición de variable	Tipo	Resultados
Sexo	Femenino	Cualitativa nominal	Femenino o Masculino
	Masculino		
Edad al último ingreso hospitalario	Edad en la que el paciente egresa con su último trastorno psiquiátrico	Cuantitativa discreta	Edad
Grupo de patología psiquiátrica, clasificación propuesta por DSM-5	Grupo de patología psiquiátrica propuesta por DSM-5, de acuerdo al diagnóstico al egreso de la última estancia hospitalaria del paciente en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, entre los años 2016 y 2022	Cualitativa Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos depresivos 2. Trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas 3. Espectro de la esquizofrenia 4. Trastorno de la personalidad 5. Trastorno bipolar y relacionados 6. Trastornos de ansiedad 7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés 8. Trastorno disociativo
Factores asociados a intentos de suicidio, presentes en	Factores que se asocian a antecedentes de	Cualitativa Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Ideación suicida únicamente 2. Ideación suicida + abandono de medicación 3. Abandono de tratamiento únicamente 4. Mala situación económica y/o laboral únicamente

las historias clínicas recabadas de la base de datos	al menos 1 intento autolítico		<ol style="list-style-type: none"> 5. Mala relación familiar o conyugal únicamente 6. Presencia enfermedad crónica no transmisible, factor único 7. Ideación suicida + mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal 8. Mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal 9. Ideación suicida + mala situación económica y/o laboral 10. Abandono de tratamiento + mala relación familiar y/o conyugal 11. Abandono de tratamiento + mala situación económica y/o laboral 12. Ideación suicida + mala relación familiar y/o conyugal 13. Ideación suicida + presencia de enfermedad crónica no transmisible 14. Ideación suicida + abandono de tratamiento + mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal 15. Abandono de tratamiento + mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal 16. Ideación suicida + mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal + presencia de enfermedad crónica no transmisible 17. Mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal + enfermedad neurológica 18. Mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar y/o conyugal + enfermedad crónica no transmisible 19. Traumatismo únicamente 20. Abandono de tratamiento + presencia de enfermedad crónica no transmisible 21. Ideación suicida + abandono de tratamiento + mala relación familiar y/o conyugal 22. Abandono de la medicación + traumatismo
--	-------------------------------	--	--

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos y gráficos se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics para Windows, versión 24 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Para los métodos de visualización de datos, se realizaron a través tabulación de datos vía Microsoft Excel 2016 MSO (versión 16.0.4266.1001).

RESULTADOS

Las técnicas e instrumentos utilizados se resumen en la *tabla 1*, mientras que la operacionalización de las variables se encuentra dentro de las Sección “*Variables*”.

La población de 227 pacientes con diagnósticos psiquiátricos ante su último egreso, tuvo una edad promedio de 32.74, con mediana 30, moda 26, y desviación standard de 11.38 (representado en la *tabla 2*). Con respecto al sexo, el *Gráfico 1* muestra la distribución, en donde el masculino fue predominante con 190 pacientes (83.70% de la población), frente al femenino con 37 pacientes (16.30% de la población). El de menor edad tuvo 6 años, mientras que el de mayor edad tuvo 78 años.

La *tabla 3* detalla la frecuencia de las patologías psiquiátricas dentro de la población: Los trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas constituyó el 40.5% de la muestra (92 pacientes), los trastornos depresivos el 33.0% (75 pacientes), trastornos de ansiedad 11.0% (25 pacientes), espectro de la esquizofrenia el 4.8% (11 pacientes), los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés conformaron el 4.4 % (10 pacientes), trastornos de la personalidad 4.0% (9 pacientes), trastorno bipolar el 1.3% (3 pacientes), y el trastorno de identidad disociativo representado con el 0.9% (2 pacientes). El *gráfico 2* representa esto en un gráfico de barras, resumiendo los trastornos por debajo del 10% como “Otros”.

En 26 de las 227 historias clínicas diferentes revisadas se encontró referencia a al menos 1 intento autolítico realizado a lo largo de su vida, correspondiendo a una prevalencia 11.45%, hecho representado en el *gráfico 3*.

La *tabla 4* muestra la frecuencia en que se presentaron los factores asociados encontrados y seleccionados para este estudio, mientras que el *gráfico 4* muestra los más frecuentes: una mala situación económica y/o laboral en combinación con una mala relación familiar y/o conyugal fue lo más común, encontrado en 47 pacientes (20.70%); una mala relación familiar y/o conyugal, como factor único,

estuvo en el 12.33% (o, 28 pacientes), así mismo, una mala situación económica y/o laboral, como factor único, se encontró en 11.45% (o, 26 pacientes). Ideación suicida en combinación con los dos factores mencionados previamente, se encontró en 14 pacientes, o, 6.17%, mientras que la ideación suicida en combinación con una mala relación familiar y/o conyugal estuvo en el 5.73% (13 pacientes). El 43.61% restante (99 pacientes) tuvieron factores únicos o combinaciones en frecuencias menos significativas, y fueron agrupados en la columna “*Otros*” dentro de la tabla antes mencionada (*gráfico 4*).

Los ingresos hospitalarios por medio del servicio de psiquiatría, por año, se muestran en *gráfico 5*, esta considera solamente el último ingreso de cada paciente; en el año 2016 hubo 73 ingresos, de los cuales 10 pacientes presentaron al menos 1 intento de suicidio, correspondiente al 13.69% de los ingresos de ese año; el 2017 tuvo 63 ingresos, de los cuales 7 habían tenido al menos 1 intento de suicidio, equivalente al 11.11% de la muestra; en el 2018 hubieron 3 pacientes con intentos autolíticos, de los 54 ingresados, lo que representa un 5.55% de la muestra; 1 (4% de la muestra de ese año) de los 25 pacientes ingresados en el 2019, tuvo al menos 1 intento autolítico; y, finalmente, en el 2022, de los 12 pacientes ingresados, 5 presentaron antecedentes de al menos 1 intento autolítico, lo que equivale al 41.66% de la muestra. Durante el año 2020 y 2021, la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, en ese entonces conocida como Hospital de la Policía Nacional Número 2, no contó con ingresos por medio del área de psiquiatría por motivos de falta de personal en dicho servicio.

La *tabla 5* muestra la frecuencia de pacientes con antecedentes de al menos 1 intento autolítico por cada patología psiquiátrica, virtualmente, obteniendo la prevalencia de intento autolítico por cada uno de ellos. De los 75 pacientes ingresados por el servicio de psiquiatría, con diagnóstico final al egreso clasificado dentro de trastornos depresivos, 22 presentaron antecedentes de intento autolítico, correspondiente al 29.33% de la muestra. Por otro lado, 2 de los 92 pacientes con diagnóstico al egreso de trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas,

tuvieron intentos autolíticos, equivalente a una prevalencia del 2.17%. El 33.33% de la muestra dentro de trastorno bipolar y relacionados presentaron al menos 1 intento autolítico (1 de los 3 ingresos), y el 10.00% de los pacientes clasificados dentro trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (1 de los 10 ingresos). El resto de grupos no tuvo pacientes con antecedentes de intento autolítico. Esto se ve graficado mediante un gráfico de barras en el *gráfico 6*.

El *gráfico 7* relaciona el antecedente de intento autolítico con el sexo: de los 190 pacientes masculinos, 20 tuvieron antecedentes de al menos 1 intento autolítico (10.52% de la muestra); por otro lado, 6 de las 37 pacientes de sexo femenino tuvieron antecedentes de intento de suicidio (16.21% de la muestra), por lo que en este estudio esta variable fue más frecuente en mujeres.

El *gráfico 8* muestra los intentos de suicidio por rangos de edad; del gráfico también se puede deducir la cantidad de pacientes dentro de cada rango. El primero de estos inicia desde los 6 años de edad hasta los 15 años, donde se clasificaron 8 pacientes de los cuales 1 tuvo historia de intento de suicidio (12.5% de la muestra). De 16 a 20 años compone el segundo rango, donde se clasificaron a 9 pacientes de los cuales 3 tuvieron referencia a al menos 1 intento autolítico en sus historias clínicas (33.33% de la muestra). La mayor cantidad de pacientes se ubicaron dentro del rango de 21 a 30 años de edad, con una muestra de 98 pacientes; de los cuales, 10 tuvieron al menos 1 intento autolítico, representando el 10.20% de dicha muestra. El segundo más común fue el rango entre los 31 y 40 años con 74 pacientes, de los cuales 6 tuvieron referencia a al menos 1 intento de suicidio en sus historias (8.10% de la muestra). El último rango (de 41 a 47 años) clasifica a 19 pacientes y se encontró antecedentes de al menos 1 intento de suicidio en 21.05% de la muestra (4 pacientes).

La relación entre los factores asociados e intentos de suicidio se refleja en la *tabla 6* y se grafica en el *gráfico 9*. Los resultados muestran que la combinación de los factores: *presencia de ideación suicida, mala situación económica/laboral y mala*

situación familiar/conyugal, junto con *la presencia de una enfermedad crónica no transmisible*, tienen antecedentes de intento de suicidio en el 60% (3 de 5 pacientes); al igual que la combinación *presencia de ideación suicida, mala situación familiar/conyugal* y, *el abandono de medicación*, igualmente con 3 de 5 pacientes con antecedentes de al menos 1 intento de suicidio (60%). La combinación entre *presencia de ideación suicida, mala situación económica/laboral* y *mala situación familiar/conyugal* tuvo una frecuencia de 8 en 14 pacientes, representando un 57.14% de los casos.

La combinación de *presencia de ideación suicida, mala situación económica/laboral* y *mala situación familiar/conyugal*, y, *el abandono de medicación*, presentó un 50% de frecuencia; 3 de los 6 pacientes con esta combinación de factores tuvieron antecedentes de al menos 1 intento de suicidio. La combinación entre *presencia de ideación suicida*, y, *el abandono de medicación*, presentó una frecuencia del 30% al presentarse en 3 de los 10 pacientes. La *presencia de ideación suicida*, con *mala situación económica/laboral* tuvo una frecuencia del 25 % (2 de 8 pacientes); mientras que, *presencia de ideación suicida*, con, *la presencia de una enfermedad crónica no transmisible*, constató el 20%. Para finalizar, en *presencia de ideación suicida*, con, *mala situación familiar/conyugal*, se presentó en un 15.38% (2 de 13 pacientes), mientras que la *presencia de ideación suicida*, como factor único, presentó al menos 1 intento de suicidio en un 12.5%.

DISCUSIÓN (Corregir)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone que las tasas de suicidio han ido en aumento durante los últimos 45 años (3, 4), de hecho, en el 2019 se estimó que 1.3 millones de personas a nivel mundial, morían por suicidio (4); sin embargo, en la población seleccionada para este estudio, los antecedentes de intentos autolíticos en pacientes ingresados entre los años 2016 y 2019 fue en decadencia del 13.69% hasta llegar al 4%. Después del reingreso del servicio en el 2022, este número aumentó hasta el 41.66% (*gráfico 5*); coincidiendo con la reincorporación post pandemia. Un estudio realizado en Barcelona, con 3,388 individuos, que comparó la cantidad de consultas por “*intentos autolíticos e ideación suicida*”, antes, durante y después de la pandemia, concluyó que hubo un aumento gradual hasta llegar al 573.8% de la cantidad inicial (75). De esta forma, podemos concluir que la pandemia Covid-19 representa una causal importante en los ingresos hospitalarios en pacientes con antecedentes de al menos 1 intento autolítico.

La OMS también propone que el suicidio se encuentra dentro de las principales causas de muertes entre las edades de 15 y 44 años de edad (3,4); datos que son consistentes con los rangos de edad e intentos autolíticos propuestos en el *gráfico 8*, que concentra la mayoría de intentos autolíticos en pacientes entre las edades de 16 y 47 años de edad (23 de los 26 intentos autolíticos se encuentran dentro de estos rangos de edad, lo que corresponde al 88.46% de la muestra). Adicionalmente, un estudio realizado a 50 pacientes del Servicio Psiquiátrico en un hospital de La Habana, Cuba (2019), refuerza la veracidad de estos datos, al encontrar que el 80% de los pacientes con trastornos depresivos, tenían conducta suicida, especialmente aquellos entre los 21 y 30 años (24).

Los trastornos depresivos obtuvieron la mayor cantidad de pacientes ingresados durante los 2016 y 2022 con antecedentes de al menos 1 intento autolítico (*tabla 5*). La prevalencia de al menos 1 intento autolítico en pacientes clasificados dentro de trastornos depresivos fue de 29.33%. Cabe de recalcar, que hay una estrecha

relación entre el trastorno depresivo mayor unipolar y los intentos autolíticos; se estima que entre el 25 y 35% de los pacientes dentro de los diagnósticos de trastornos depresivos cometen suicidio y que hasta el 80% de los pacientes que tienen antecedentes de intentos autolíticos, tienen un trastorno depresivo (22, 24). Esto tiene relación con los resultados obtenidos en el estudio si consideramos que 22 de los 26 sujetos con antecedentes de intento autolítico se clasifican dentro de este grupo (84.61% de la muestra).

El resultado de la prevalencia de intentos autolíticos en pacientes con desorden bipolar (33.33%) coincide, parcialmente, con el porcentaje propuesto por la teoría, misma que propone que la prevalencia de intentos autolíticos varía entre el 4% y el 27%, con un promedio de 24%. (7,8,55). Sin embargo, esto puede deberse al pequeño tamaño de la muestra. La relación entre el desorden bipolar y los intentos de suicidio es relativamente conocida y evidente, pero, esta se asocia al ciclo depresivo y, por concepto, no al de manía. Esto es corroborado en un estudio realizado a 290 pacientes bipolares del National Network of Depression Centers, (Estados Unidos, 2019) encontró que hasta el 20% de los pacientes bipolares morían por suicidio durante la fase depresiva, mientras que, no se encontró relación en pacientes que se encontraban en el ciclo de manía/hipomanía (57,58).

En cuanto a los desórdenes relacionados con traumas y factores de estrés, representado característicamente por el desorden de estrés post traumático, se encontró que la prevalencia de al menos 1 intento de suicidio, fue del 10.00%, resultados coherentes ante la teoría propuesta en la sección respectiva en el *Capítulo 1* (Sección 1.8.2). La relación entre los trastornos relacionados a traumas y estrés, y el suicidio, son bien conocidas por la comunidad psiquiátrica: de hecho, 1.6% de la totalidad de suicidios en la población general, son atribuidos al trastorno de estrés post traumático. Un estudio realizado con los 22,361 pacientes con estrés post traumático en Suecia, 2016 (publicado 2021), encontró que la muerte por suicidio era de 3.96% para esta población. Finalmente, un estudio conducido en Brigham And Women's Hospital, Boston, Estados Unidos, en el 2008 (publicado

2020), que utilizó un grupo de 7,565 mujeres con estrés post traumático, frente a un grupo control de 22.215 participantes sin síntomas, encontró que el 1.4% de pacientes con estrés post traumático habían muerto por suicidio, frente al 0.6% representado en el grupo control (68,69,70).

Finalmente, los trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas tuvieron una prevalencia de intentos autolíticos del 2.17%, sin embargo, estos datos no son representativos. Un meta-análisis realizado en Irán en el 2016, que incluyó 870,967 pacientes, concluyó que el abuso de sustancias, independiente de cual sea, se asocia estrechamente a ideación suicida, intento de suicidio y consumación de suicidio (26). Un meta-análisis, también de Irán (2015) con más de 420,732 pacientes asoció al consumo de alcohol con ideación e intento de suicidio; mientras, que consideró a 38 departamentos de emergencia de China, Estados Unidos, India y México (publicado en el 2018) atribuyó al alcohol al 35% de todos los intentos de suicidio (27,28). Así mismo, el consumo de cocaína fue asociado con intentos autolíticos; la relación es tan conocida que un estudio conducido en Santiago de Chile, con 467 sujetos, compara la forma en la que se consume cocaína (clorhidrato de cocaína frente a pasta con base de cocaína) con sus intentos de suicidio, encontrando que aquellos que consumían clorhidrato de cocaína tenían 2.7% mayor riesgo de realizar un intento autolítico (29). Un estudio realizado en adolescentes femeninas, de la provincia de Azuay, en el 2019, consumidoras de cocaína, encontró que aproximadamente el 17% se encontraban en riesgo de suicidio (30). Un estudio en China (2019) que involucró 603 pacientes consumidores de opiáceos, encontró que el 9.5% tuvo un intento autolítico al cabo de un mes de haber consumido algún derivado de esta droga; mientras que el 34.20% tuvieron al menos 1 intento a lo largo de su vida. Así mismo un estudio realizado por la Universidad de Valladolid en un hospital en España, en 2019, mostró que el 5% de los pacientes atendidos en el departamento de emergencias por intento autolítico, eran consumidores de opiáceos (31,32).

Un estudio realizado en Instituto de Neurociencias de Guayaquil, en Ecuador, que valoró un total de 72 pacientes hospitalizados con depresión unipolar en el 2022, encontró que hay correlación no solo con la gravedad de la depresión sino también con la intencionalidad suicida (76). Estos datos corroboran los obtenidos durante este estudio, pues el factor asociado que se presentó en el 100% de los pacientes con al menos 1 intento autolítico, fue la presencia de ideación suicida, puesto en combinación llegó hasta al 60% en combinación con otros factores. Además, un estudio transversal, publicado en el 2020, e involucrando 18.763 participantes del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud de Colombia, concluyó que los pacientes con ideación suicida tienen una probabilidad 4 veces mayor de realizar 2 o más intentos autolíticos. Al igual que este trabajo de titulación, Castillo, A. et al. encontró que el factor más asociado con al menos 1 intento de suicidio, fue la presencia de ideación suicida persistente (77).

Por otro lado, un estudio realizado en la Ciudad de México, publicado en el 2019, que involucró a 26,503 estudiantes adolescentes, mostró que *“vivir en un clima familiar malo”* aumentaba la probabilidad de tener un intento de suicidio (odds ratio (OR) 1.5), al igual que una mala comunicación con los padres (odds ratio (OR) 1.8) (78). Por más de que no se encontraron intentos de suicidio en pacientes con una *mala relación conyugal/familiar* (como factor único), estos resultados son constantes con el hallazgo de que al menos 1 intento de suicidio se presenta en el 60% de pacientes con una *mala situación familiar/conyugal*, siempre y cuando se combine con otros factores como *presencia de ideación suicida, mala situación económica/laboral, presencia de una enfermedad crónica no transmisible y el abandono de medicación/tratamiento*. Si se presenta únicamente con ideación suicida, con mala relación familiar, el porcentaje encontrado fue del 15.38%, lo que implica que entre más factores asociados se encuentren en el paciente, mayor es probabilidad de que este tenga antecedente de al menos 1 intento autolítico.

Caso similar se mostró en pacientes con *mala situación económica*, pues en pacientes con único factor asociado, no se encontraron casos de antecedentes de

intentos autolíticos. Sin embargo, en combinación con otros factores llegó a alcanzar al 25% de la muestra (2 de 8 pacientes), hasta alcanzar el 60% en combinación con *presencia de ideación suicida, mala situación familiar/conyugal, y, presencia de una enfermedad crónica no transmisible o el abandono de medicación/tratamiento*. Un estudio conducido en Medellín, Barranquilla y Pasto, Colombia, que tomó como muestra 1.463 adultos mayores, concluyó que aquellos con una *mala situación económica o laboral* tenían 3.5% (IC95%) de probabilidad de tener ideación suicida (79); la relación entre la ideación suicida y el intento autolítico ya fue previamente establecida.

CONCLUSIONES

- Ante el análisis de la población, la prevalencia y riesgo de que un paciente con cualquier trastorno psiquiátrico tenga al menos 1 intento autolítico en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, entre los años 2016 y 2022, es del 11.45%.
- Las patologías psiquiátricas que presentaron antecedentes de al menos 1 intento de suicidio fueron: Trastorno Bipolar y relacionados (33.33% de la muestra conformado por 1 de 3 pacientes), Trastornos depresivos (29.33% de la muestra, con 22 de los 75 pacientes), Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (1 de 10 pacientes, conformando 10.00% de la muestra), y, Trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas (2.97%, con 2 de los 92 pacientes de la muestra).
- Los factores asociados tuvieron resultados variados, sin embargo, el factor que se repitió en todas las ocasiones fue la presencia de ideación suicida. Por más de que solo el 12.5% de los individuos mostró este factor de forma individual, este se repitió en el resto de combinaciones de factores asociados propuestas. Por este motivo, la prevalencia de al menos 1 intento de suicidio aumenta hasta el 60% cuando se presentan otros factores propuestos, especialmente, mala situación económica/laboral, mala situación familiar/conyugal, la presencia de una enfermedad crónica y/o el abandono del tratamiento/medicación.

Bibliografía

1. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Pan Am Salud Publica*. 2018; 42:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>.
2. Flores I. Ramirez E. Prevalencia de intento de suicidio en las diferentes etnias y el método utilizado en los pacientes que acudieron al hospital provincial del Puyo. Enero 2014- diciembre 2016. Uni Catolica de Cuenca. Unidad académica de salud y bienestar Carrera de medicina. 2017. <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/7404/1/9BT2017-MTI06.pdf>
3. World Health Organization. Suicide in the world. Global Health Estimates. CC BY-NC-S. Washington D.C.; 2019
4. L. Salvo. J. Ramirez Castro. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Rev. méd. Chile* vol.147 no.2 Santiago feb. 2019.
5. R.M Gerstner y F Lara Lara. Analisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jovenes en ecuador entre 1990 y 2017. *Rev. Panamericana de Salud Publica*
6. Schreiber, J. Culpepper L. Roy- Byrne P. Solomon D. Suicidal ideation and behavior in adults. *UpToDate*. 2022. https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?search=suicide&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4
7. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E; EMBLEM Advisory Board. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disord*. 2007 Feb-Mar;9(1-2):45-52. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00325.x. PMID: 17391349. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00325.x
8. E.B. Dennehy, L. B. Marangell, M.H. Allen, C. Chessick, S.R. Wisniewski, M.E. Thase. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Journal of Affective Disorders*. Volume 133, Issue 3. 2011. Pages 423-427. ISSN 0165-0327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.036>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711002035>)
9. Coryell. W. Roy-Byrne P. Solomon. D. Unipolar depression in adults: Course of illness. *UpToDate*. 2021. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-course-of-illness?sectionName=Suicide&search=suicide&topicRef=91774&anchor=H1385559&source=see_link#H1385559
10. Visbal C. Pabon Y. Factores de riesgo que influyen en la actuación suicida en pacientes esquizofrénicos atendidos en REHABILICOOP IPS, 2017. UCC – Enfermería. Santa Marta, Co. 2018. http://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8515/1/2018_factores_riesgo_pacientes.pdf
11. Saddock B, Ahmad S, Sadock V. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. Kaplan & Sadock. Wolters Kluwer. 2019. Barcelona España. pg 12-25.
12. American Psychiatric Association. Guía e consulta de criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. pg IX - LI
13. Hernández, J.A., Córdoba V., & Velilla Jiménez, L.M. Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. Cuadernos Hispanoamericanos de

- Psicología. 2022. 22(1), 1-20. [Internet]. Recuperado Febrero 2023 de <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP>
14. O'Connor E, Gaynes B, Burda BU, et al. Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137739/table/ch1.t1/>
 15. OMS. Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>
 16. Castro MJ, Mites PV, Palacios AL, Rivera IP, Terán MJ. Ingresos hospitalarios por intento autolítico en Hospital general Puyo. MEDICIENCIAS UTA.2018;2 (4):37-46. Disponible en <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1221/1494>
 17. Cozar Santiago G, Molero Santos, P, Yurrita Montesinos, S, y Civeira Marín I. Protocolo diagnóstico del paciente depresivo. Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra, España. s/f. Disponible en https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49844754/s0304-5412_2811_2970161-520161024-12795-ovmnv3-libre.pdf?1477356727=&response-content-Ks3EEAtYXyx6xi09eCSBjxxMXx7x8Xm0SE4oKv1yS18XW53hDKYSMhokE6N4weIJ6pZcTY3bVMXVXsi6aM1T9bu6jYiBBfCRaBznSDJNEd-
 18. Jääskeläinen, E, Juola, T, Korpela, H, Lehtiniemi, H, Nietola, M, Korkeila, J, y Miettunen, J. Epidemiology of psychotic depression – systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, Cambridge University Press 2017. recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jyrki-Korkeila/publication/319652418_Epidemiology_of_psychotic_depression_-_Systematic_review_and_meta-analysis/links/5a8037690f7e9be137c7f00c/Epidemiology-of-psychotic-depression-Systematic-review-and-meta-analysis.pdf. doi:10.1017/S0033291717002501.
 19. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64(1):19–28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19. Recuperado en febrero 2023 de Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64(1):19–28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19.
 20. Rothschild, A, Roy-Byrne, P, Solomon, D. Unipolar major depression with psychotic features: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-with-psychotic-features-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=depresivo-mayor&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H21660986.
 21. Flint, J.A, Peasley-Miklus, C, Papademetriou, E, Meyers, B, Mulsant, B, Rothschild, A, Whyte, E. Effect of age on the Frequency of anxiety disorders in major depression with psychotic features. Am J Geriatr Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2012 Mar 16. Published in final edited form as: Am J Geriatr Psychiatry. 2010 May; 18(5): 404–412. doi: 10.1097/jgp.0b013e3181c294ac. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306059/>

22. Aristizábal Gaviria A, González Morales A, Palacio Acosta C, García Valencia J, , López Jaramillo C. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2009;38(3):446-463. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615422005>
23. Baquerizo-Quispe NS, Miguel-Ponce HR, Castañeda-Marinovich LF, Romero-Mejía AJ, Aquino-Canchari CR. Asociación entre presencia de estrés, depresión y/o ideación suicida con el rendimiento académico en estudiantes de medicina de una Universidad peruana en medio de la pandemia por COVID-19. *MedRos* [Internet]. 31 de marzo de 2022 [citado 3 de febrero de 2023];88(1):7-15. Disponible en: <http://www.revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/166>
24. Domínguez López, M. Calidad de vida y severidad de la depresión en una muestra de pacientes con intento suicida. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [Internet]. 2021. 11(3), e1079. Recuperado en 03 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000300031&lng=es&tlng=es.
25. Valdevila-Figueira J., Ruiz-Barzola O., Orellana-Román C., Valdevila-Santiesteban R., Fabelo-Roche J., Iglesias-Moré S. Suicidal behavior and duality in disorders due to substance use among Ecuadorian drug addicts. *Rev. inf. cient.* [Internet]. 2021 Oct [citado 2023 Feb 02]; 100(5): e3516. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000500003&lng=es. Epub 04-Sep-2021.
26. Jalal Poorolajal, Tahereh Haghtalab, Mehran Farhadi, Nahid Darvishi, Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis, *Journal of Public Health*, Volume 38, Issue 3, 17 September 2016, Pages e282–e291, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
27. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 May 20; 10(5):e0126870. doi: 10.1371/journal.pone.0126870. Erratum in: *PLoS One*. 2020 Oct 29; 15(10):e0241874. PMID: 25993344; PMCID: PMC4439031.
28. Borges G, Cherpitel C, Orozco R, Ye Y, Monteiro M, Hao W, et al. A dose–response estimate for acute alcohol use and risk of suicide attempt. *Addiction Biology*. 2017 Nov; 22 (6): 1554-61
29. Santis Rodrigo, Hidalgo Carmen Gloria, Hayden Viviana, Anselmo Enzo, Jaramillo Andrea, Padilla Oslando et al. Intentos de suicidio y heridas auto-inferidas: 12 meses de seguimiento de conductas de riesgo de consumidores de cocaína no consultantes de servicios de rehabilitación. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Abr [citado 2023 feb 03]; 144(4): 526-533. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000400016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400016>.
30. Bravo, D. Cassinelli, J. Pacurucu A. Ideación suicida, depresión y consumo de sustancias en mujeres adolescentes del CETAD “Hogar Victoria” de la ciudad de Cuenca, al año 2019. Universidad del Azuay; Facultad de Filosofía, Letras y Ciencia de la Educación. Ecuador. [Internet]. 2020.[citado 2023 Feb 03]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9654/1/15287.pdf>

31. Zhong, BL., Xie, WX., Zhu, JH. et al. Prevalence and correlates of suicide attempt among Chinese individuals receiving methadone maintenance treatment for heroin dependence. *Sci Rep* 9, 15859 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52440-x>
32. Calvo, L. Sanchez, S. Martín, B. Analisis descriptivo de intentos de suicidio atendidos en urgencias de HURH durante 2019. Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina. España. [Internet]. 2020. [citado 2023 Feb 03]. recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41410/TFG-M-M1719.pdf?sequence=1>
33. Olivé, O. Características clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con riesgo suicida. Universidad Autónoma de Nueva León. Facultad de medicina y hospital universitario Dr José Eleuterio Gonzalez. México. [Internet]. 2020. [citado 2023 Feb 03]. recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/24418/7/24418.pdf>
34. Fischer, B. Buchanan, R. Marder, S. Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. [Internet]. 2020. [citado 2023 Feb 03]. recuperado gracias a biblioteca virtual de Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, de: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=esquizofrenia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
35. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008; 30:67-76. doi: 10.1093/epirev/mxn001. Epub 2008 May 14. PMID: 18480098. Recuperado marzo 2023 de <https://academic.oup.com/epirev/article/30/1/67/621138?login=false>.
36. Fischer, B. Buchanan, R. Marder, S. Friedman, M. Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis. UpToDate. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado marzo 2023 de https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=esquizofrenia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H31673348.
37. Siris, S. Braga, R. Marder, S. Friedman, M. Depression in schizophrenia. UpToDate. febrero 2023. [Internet]. Recuperado marzo 2023 de https://www.uptodate.com/contents/depression-in-schizophrenia?search=esquizofrenia&topicRef=14804&source=see_link#H931455678
38. Siris, S. Braga, R. Marder, S. Friedman, M. Anxiety in schizophrenia. UpToDate. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado marzo 2023 de https://www.uptodate.com/contents/anxiety-in-schizophrenia?search=esquizofrenia&topicRef=14804&source=see_link#H931451443
39. Dong M, Wang SB, Wang F, Zhang L, Ungvari GS, Ng CH, Meng X, Yuan Z, Wang G, Xiang YT. Suicide-related behaviours in schizophrenia in China: a comprehensive meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019 Jun;28(3):290-299. doi: 10.1017/S2045796017000476. Epub 2017 Sep 25. PMID: 28944747; PMCID: PMC6998905
40. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch*

- Gen Psychiatry. 2003 Jan;60(1):82-91. doi: 10.1001/archpsyc.60.1.82. Erratum in: Arch Gen Psychiatry.2003 Jul;60(7):735. PMID: 12511175. Recuperado en marzo de 2023 de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/207092>.
41. Taipale, H. Lähteenvuo, M. Tanskanen, A. Mittendorfer-Rutz, E. Tiihonen, J. Comparative Effectiveness of Antipsychotics for Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2021 Jan; 47(1): 23–30. Published online 2020 Aug 15. doi: 10.1093/schbul/sbaa111. PMID: PMC7824993 PMID: 33428766. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7824993/>
 42. Barrientos Guevara Samuel Andrés, Lopez Paredes Octavio Eduardo. Relación entre trastornos de personalidad y abuso de drogas en pacientes del hospital “Santa Rosita”. *Rev Cient Cienc Méd [Internet]*. 2021 [citado 2023 Feb 03]; 24(1): 13-19. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332021000100013&lng=es.Epub01-Jul-2021. <https://doi.org/10.51581/rccm.v23i2.339>.
 43. Skodol, A. Stein, M. Friedman, M. Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. UpToDate. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado en marzo 2023 de https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis?search=personalidad%20limite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
 44. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008 Apr;69(4):533-45. doi: 10.4088/jcp.v69n0404. PMID: 18426259; PMID: PMC2676679. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676679/>
 45. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007 Sep 15;62(6):553-64. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019. Epub 2007 Jan 9. PMID: 17217923; PMID: PMC2044500. Recuperado en marzo 2023 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17217923/>
 46. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH, Gunderson JG, Zanarini MC. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry.* 2003 Jul-Aug;44(4):284-92. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00090-7. PMID: 12923706. Recuperado en marzo de 2023 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X0300090>
 47. French JH, Shrestha S. Histrionic Personality Disorder. [Updated 2022 Sep 26]. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/>.
 48. Caligor, E. Skodol, A. Friedman, M. Narcissistic personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. febrero 2023. [Internet]. Recuperado en marzo 2023 de

- https://www.uptodate.com/contents/narcissistic-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=personalidad%20histrionica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1214927157
49. Hasin, DS. Grant, BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Author manuscript; available in PMC 2016 Nov 1. Published in final edited form as: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Nov; 50(11): 1609–1640. Published online 2015 Jul 26. doi: 10.1007/s00127-015-1088-0. PMID: 26210739. Recuperado en marzo de 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4618096/>.
 50. Cáceres-Taco E , Vásquez-Gómez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 2013;76(4):255-267. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036946010>
 51. Basto, Pabón, and Albis Yomaira. "Intentos de suicidio y Trastornos mentales." *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 20.4 (2021). Recuperado marzo 2023 de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n4/1729-519X-rhcm-20-04-e3967.pdf>.
 52. Suppes, T. Keck, P, Solomon, D. Bipolar disorder in adults: Clinical features. *UpToDate*. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features?search=bipolar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H976713.
 53. Stovall, J. Keck, P. Solomon, D. Bipolar disorder in adults: Epidemiology and pathogenesis. *UpToDate*. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado en marzo 2023 de https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=bipolar&source=search_result&selectedTitle=13~150&usage_type=default&display_rank=13#topicContent
 54. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar;68(3):241-51. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12. PMID: 21383262; PMID: PMC3486639. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486639/>
 55. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, Turecki G, Weizman A, Azorin JM, Ha K, Reis C, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, Beautrais A, Chou YH, Diazgranados N, Levitt AJ, Zarate CA Jr, Yatham L. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Sep;49(9):785-802. doi: 10.1177/0004867415594427. Epub 2015 Jul 16. PMID: 26185269; PMID: PMC5116383. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116383/>
 56. Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program

- for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord.* 2011 Oct;133(3):423-7. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.036. Epub 2011 may 20. PMID: 21601286; PMCID: PMC3163014. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163014/>
57. Fiedorowicz JG, Persons JE, Assari S, Ostacher MJ, Zandi P, Wang PW, Thase ME, Frye MA, Coryell W; of the National Network of Depression Centers Bipolar Disorders Interest Group. Depressive symptoms carry an increased risk for suicidal ideation and behavior in bipolar disorder without any additional contribution of mixed symptoms. *J Affect Disord.* 2019 Mar 1; 246:775-782. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.057. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30623823; PMCID: PMC6914253. Recuperado marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6914253/>
58. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020. 2020 Jan 18;22(2):6. doi: 10.1007/s11920-020-1130-0. PMID: 31955273. Recuperado marzo de 2023 de https://www.researchgate.net/profile/Donald-Black/publication/338676173_Bipolar_Disorder_and_Suicide_a_Review/links/5ea0571b92851c0105780347/Bipolar-Disorder-and-Suicide-a-Review.pdf
59. Baldwin, D. Stein, M. Friedman, M. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate.* Febrero 2023. [Internet]. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=ansiedad%20generalizada&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H448541403
60. Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F, Low NC, Höfler M, Wittchen HU. Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord.* 2009 Jun;23(5):684-93. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.02.007. Epub 2009 Feb 14. PMID: 19278819. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088761850900036X?via-DiHub>
61. Khan, A. Leventhal, R. Khan, S. Brown, W. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders* Volume 68, Issues 2–3, April 2002, Pages 183-190. Recuperado en marzo 2023 de [Suicide-risk-in-patients-with-anxiety-disorders-A-meta-analysis-of-the-FDA-database.pdf \(researchgate.net\)](#)
62. Wiebenga, J. Dickhoff, J. Mérelle, S. Eikelenboom, M. Heering, H. Gilissen, R. van Oppen, P. Penninx, B. Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders.* Volume 283, 15 March 2021, Pages 267-277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053>. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721000707#fig0001>.
63. Sareen, J. Stein, M. Friedman, M. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate.* Febrero 2023. [Internet]. Recuperado de

https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=estres-post-traumatico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#.

64. Hoppen, Thole Hilko, and Nexhmedin Morina. "The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European journal of psychotraumatology* 10.1 2019: 1578637. DOI: 10.1080/20008198.2019.1578637 Recuperado en marzo 2023 de <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20008198.2019.1578637?needAccess=true&role=button>
65. Yuan, K., Gong, YM., Liu, L. et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Mol Psychiatry* 26, 4982–4998 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>
66. Salehi, M. Amanat, M. Mohammadi, M. Salmanian, M. Rezaei, N. Saghazadeh, A. Garakani, A. The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021 Mar 1; 282: 527–538. Published online 2021 Jan 2. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.188. PMID: 33433382. Recuperado en marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831964/>
67. Gradus, J. Epidemiology of PTSD. From the National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, Department of Veterans Affairs. Center of integrated Healthcare. VA HEALTH CARE. 2007. Recuperado marzo 2023 de https://www.mentalhealth.va.gov/coe/cih-visn2/Documents/Provider_Education_Handouts/Epidemiology_of_PTSD_Version_3.pdf
68. Fox, V. Dalman, C. Dal, H. Hollander, A. Kirkbride, J. Pitman, A. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of Affective Disorders* Volume 279, 15 January 2021, Pages 609-616. Recuperado marzo 2023 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720328536>
69. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 Mar;66(3):305-11. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.557. PMID: 19255380; PMID: PMC6003890. Recuperado marzo 2023 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19255380/>
70. Roberts AL, Kubzansky LD, Chibnik LB, Rimm EB, Koenen KC. Association of Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms With Mortality in Women. *JAMA Netw Open.* 2020 Dec 1; 3(12):e2027935. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27935. PMID: 33275156; PMID: PMC7718604. Recuperado marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7718604/>

71. Foote, B. Spiegel, D. Friedman, M. Dissociative identity disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/dissociative-identity-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=identidad%20disociativo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1244359.
72. Lanius, R. Frewen, P. Brand, B. Spiegel, D. Friedman, M. Dissociative aspects of posttraumatic stress disorder: Epidemiology, clinical manifestations, assessment, and diagnosis. UpToDate. Febrero 2023. [Internet]. Recuperado marzo 2023 de https://www.uptodate.com/contents/dissociative-aspects-of-posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-assessment-and-diagnosis?search=trastorno-disociativo&topicRef=14700&source=see_link
73. Sugaya L, Hasin DS, Olfson M, Lin KH, Grant BF, Blanco C. Child physical abuse and adult mental health: a national study. *J Trauma Stress*. 2012 Aug;25(4):384-92. doi: 10.1002/jts.21719. Epub 2012 Jul 16. PMID: 22806701; PMCID: PMC3805363. Recuperado marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805363/>
74. Boyer SM, Caplan JE, Edwards LK. Trauma-Related Dissociation and the Dissociative Disorders:: Neglected Symptoms with Severe Public Health Consequences. *Dela J Public Health*. 2022;8(2):78-84. Published 2022 May 31. doi:10.32481/djph.2022.05.010. Recuperado marzo 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9162402/>
75. Jerónimo MA, Piñar S, Samos P, Gonzalez AM, Bellsolà M, Sabaté A, León J, Aliart X, Martín LM, Aceña R, Pérez V, Córcoles D. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos [Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021 Nov 19. Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2021.11.004. Epub ahead of print. PMID: 34840634; PMCID: PMC8603872.
76. Cedeño Tigua, Vicente Daniel. Correlación entre intento suicida e idea suicida en pacientes con depresión unipolar. Diss. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados, 2022. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/64981/1/PG-Psiquiatria-Y-Salud-Mental-41-Cedeño-Tigua-Vicente.pdf>
77. Castillo, A. Blandón Rodríguez, A. Chaves Torres, N. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. (2020). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Volume 49, Issue 2, 2020, Pages 96-101, ISSN 0034-7450, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.001>. Recuperado de: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745018300714>)
78. Dávila Cervantes Claudio A., Luna Contreras Marisol. Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Abr 27]; 90(6): 606-616. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000600606&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>.

79. Ramirez, Y. Florez, H., Cardona, D. Segura, A.M. Segura, A. Muñoz, D. Lizcano, D. Morales, S. Arango, C. Aguelo, M. Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 49.3 (2020): 142-153. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Doris-Cardona/publication/328681872_Factores_asociados_con_la_ideacion_suicida_d_el_adulto_mayor_en_tres_ciudades_de_Colombia_2016/links/5d658407a6fdccc32cd66799/Factores-asociados-con-la-ideacion-suicida-del-adulto-mayor-en-tres-ciudades-de-Colombia-2016.pdf

ANEXOS

Tabla 1:

Técnicas e instrumentos utilizados para la obtención de datos

Técnica	Tipo	Instrumento
Revisión de documentos	Estructurada	Base de datos almacenadas desde el 2016 al 2022 en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil, por medio de en Excel
Revisión de documentos	Estructurada	Revisión sistemática de historias clínicas

Tabla 2:

Tamaño de la muestra y estadística por edad.

Estadísticos

EDAD		
N	Válido	227
	Perdidos	5
Media		32,74
Mediana		30,00
Moda		26
Desv. Desviación		11,388
Mínimo		6
Máximo		78

Tabla 3:

Frecuencia de diagnóstico de patología psiquiátrica por pacientes ingresados entre el 2016 y el 2022 en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil.

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	trastornos depresivos	75	32,3	33,0	33,0
	trastornos mentales asociados al uso de múltiples drogas	92	39,7	40,5	73,6
	espectro de esquizofrenia		4,7	4,8	78,4

		11			
	trastorno de personalidad	9	3,9	4,0	82,4
	trastorno bipolar y relacionados	3	1,3	1,3	83,7
	trastornos de ansiedad	25	10,8	11,0	94,7
	trastornos relacionados con traumas y factores de estres	10	4,3	4,4	99,1
	trastorno disociativo	2	0,9	0,9	100,0
	Total	227	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	2,2		
Total		232	100,0		

Tabla 4: (Tabla 7)

Frecuencia de factores asociados a pacientes con antecedentes de al menos 1 intento autolítico.

FACTORES ASOCIADOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ninguno	10	4,3	4,4	4,4
	ideación suicida	8	3,4	3,5	7,9
	ideación suicida + abandono de medicación	10	4,3	4,4	12,3
	abandono de medicación	10	4,3	4,4	16,7
	mala situación económica y/o laboral	26	11,2	11,5	28,2
	mala situación familiar o conyugal	28	12,1	12,3	40,5
	enfermedad crónica no transmisible	n	2,2	2,2	42,7
	ideación suicida + mala situación económica/laboral + mala relación familiar/conyugal	14	6,0	6,2	48,9
	mala situación económica /laboral + mala relación familiar/conyugal	47	20,3	20,7	69,6
	ideación suicida + mala situación económica/laboral	8	3,4	3,5	73,1
	abandono de tratamiento/mala relación familiar/conyugal	3	1,3	1,3	74,4
	abandono de tratamiento + mala situación económica/laboral	2	0,9	0,9	75,3
	ideación suicida + mala relación familiar/conyugal	13	5,6	5,7	81,1

	ideación suicida + enfermedad crónica no transmisible	5	2,2	2,2	83,3
	ideación suicida + abandono de tratamiento + mala situación económica/laboral + mala relación familiar/conyugal	6	2,6	2,6	85,9
	abandono de tratamiento + mala situación económica y/o laboral + mala relación familiar/conyugal	6	2,6	2,6	88,5
	ideación suicida + mala situación económica/laboral + mala relación familiar+ enfermedad crónica no transmisible	5	2,2	2,2	90,7
	mala situación económica/laboral + mala relación familiar/conyugal + enfermedad neurológica	3	1,3	1,3	92,1
	mala relación económica/laboral + mala relación familiar + enfermedad crónica	5	2,2	2,2	94,3
	traumatismo	4	1,7	1,8	96,0
	abandono de tratamiento + enfermedad crónica no transmisible	3	1,3	1,3	97,4
	ideación suicida + abandono de tratamiento + mala relación familiar	5	2,2	2,2	99,6
	abandono de medicación + traumatismo	1	0,4	0,4	100,0
	Total	227	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	2,2		
Total		232	100,0		

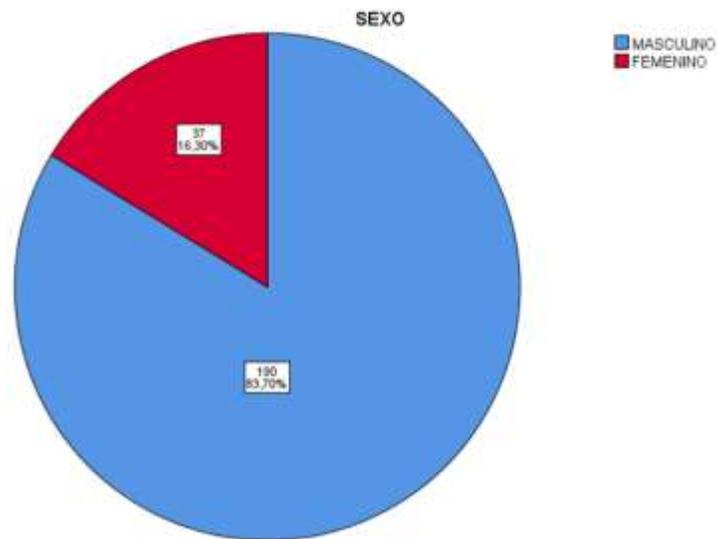
Tabla 5:

Pacientes con antecedentes de al menos 1 intentos de autolítico, por cada patología psiquiátrica.

Tabla cruzada PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS*INTENTO DE SUICIDIO				
Recuento				
		INTENTO DE SUICIDIO		Total
		SI	NO	
	Trastornos depresivos	22	53	75

Gráfico 1:

Distribución de población por sexo representado en diagrama sectorial.



Gráfico

2:

Frecuencia de diagnóstico de patología psiquiátrica en pacientes ingresados entre los años 2016 y 2022, representado en diagrama de barras.

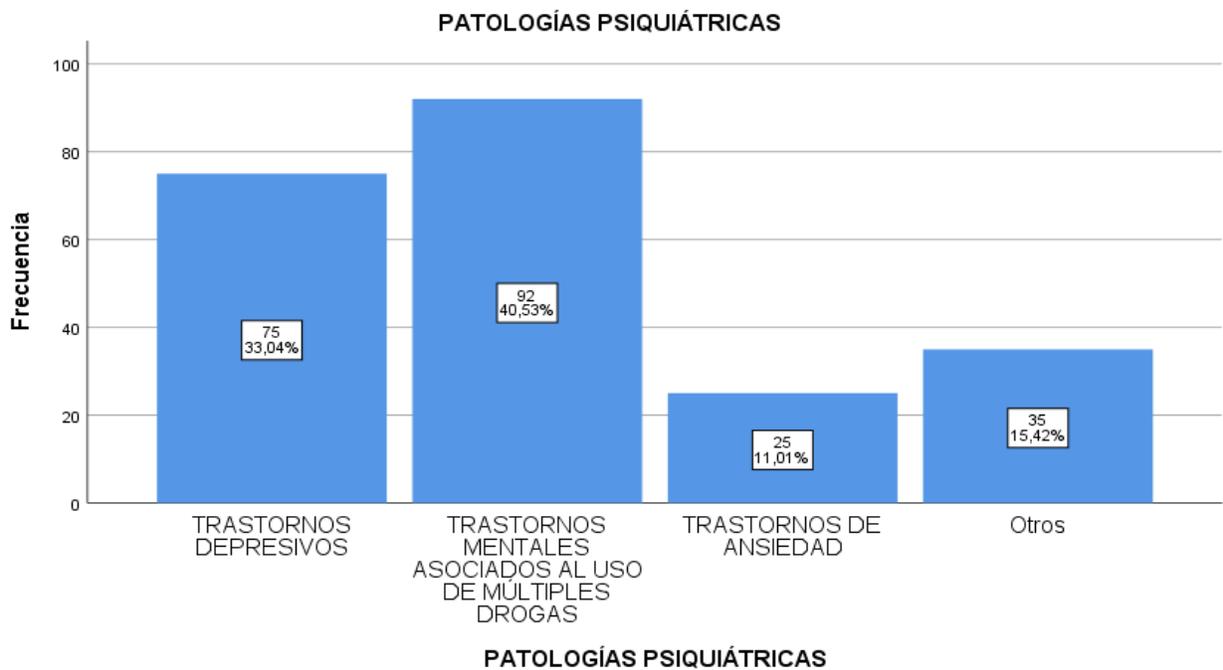


Gráfico 3:

Prevalencia de intentos de suicidio en la muestra de pacientes

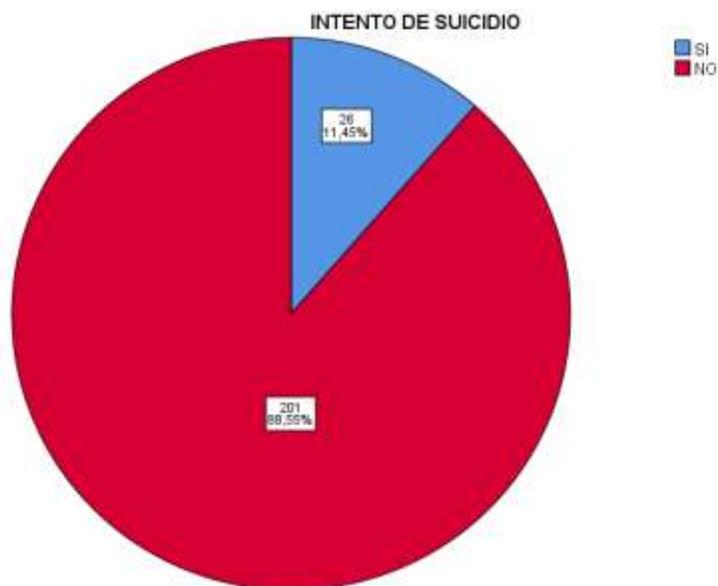


Gráfico 4:

Frecuencia de factores asociados a antecedentes de intentos al menos 1 intento autolítico, representado en diagrama de barras

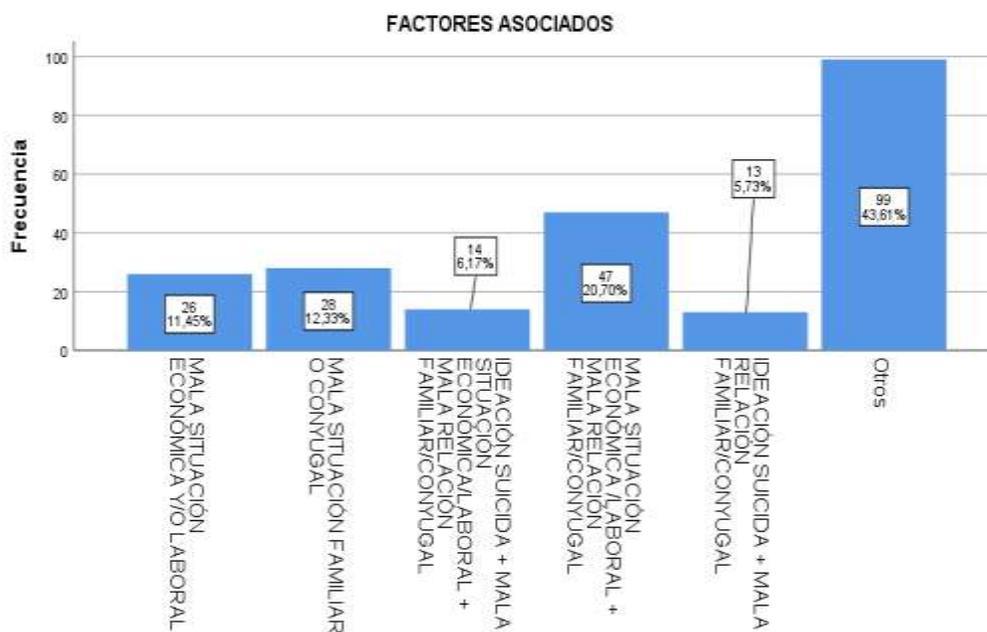


Gráfico 5:

Ingresos hospitalarios, y, pacientes con antecedentes de al menos 1 intento de autolítico, por año, representado en diagrama de barras.

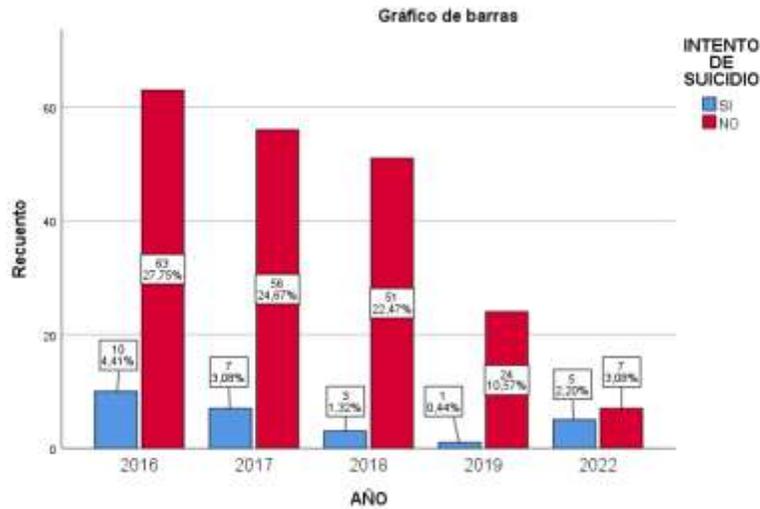


Gráfico 6:

Frecuencia de pacientes con antecedentes de al menos 1 intento de suicidio, por cada patología psiquiátrica, representado en diagrama de barras.

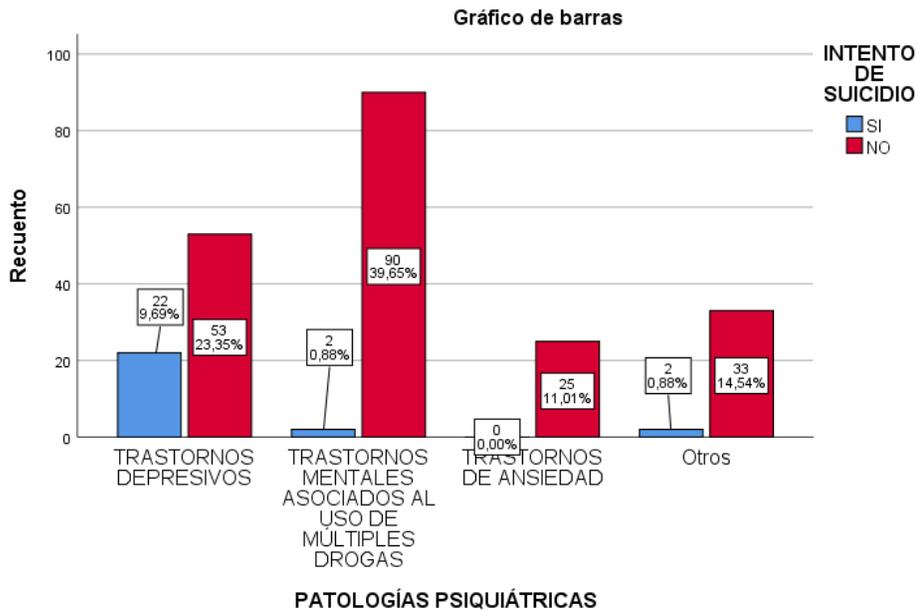


Gráfico 7:

Pacientes con antecedentes de al menos 1 intento de suicidio, por sexo, representado en diagrama de barras.

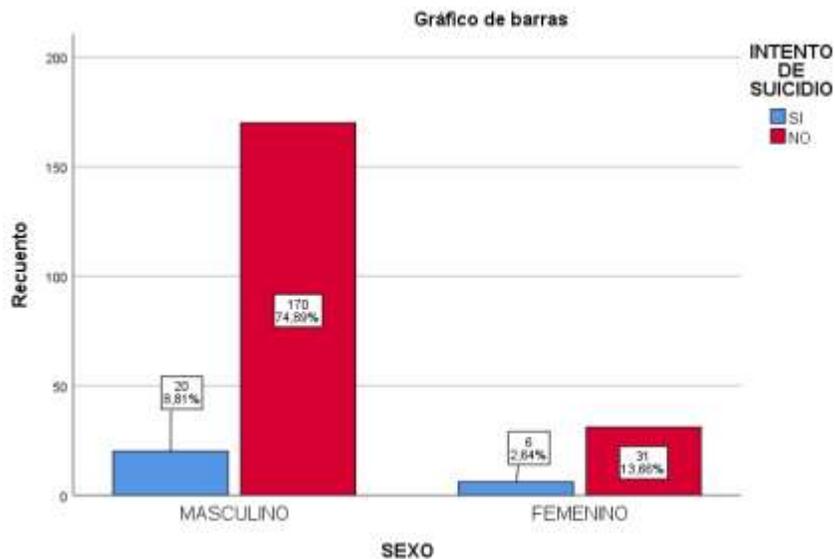


Gráfico 8:

Pacientes con antecedentes de al menos 1 intento autolítico, por edad, representado en un diagrama de barras.

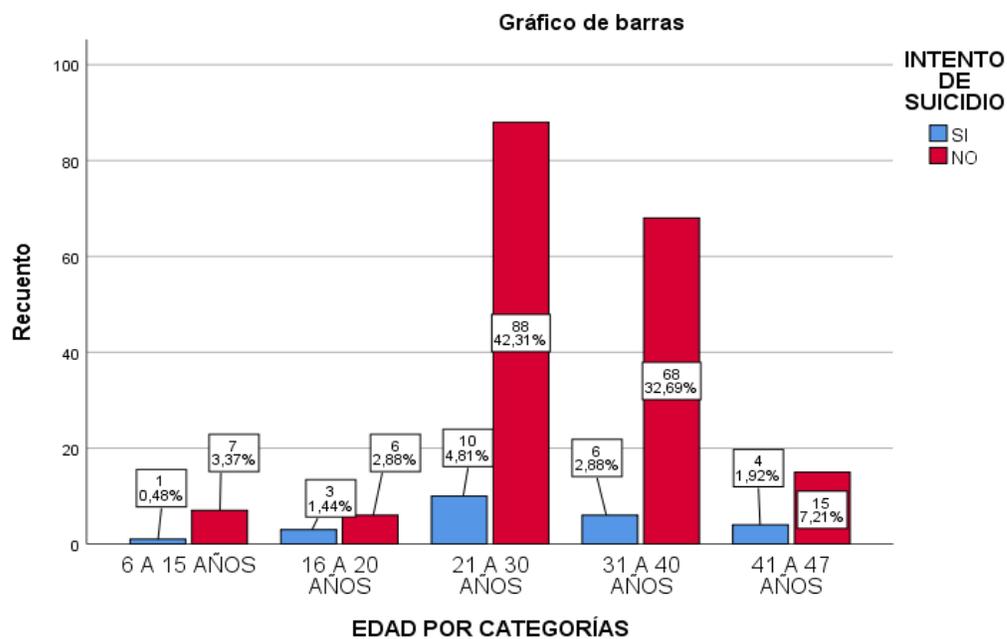
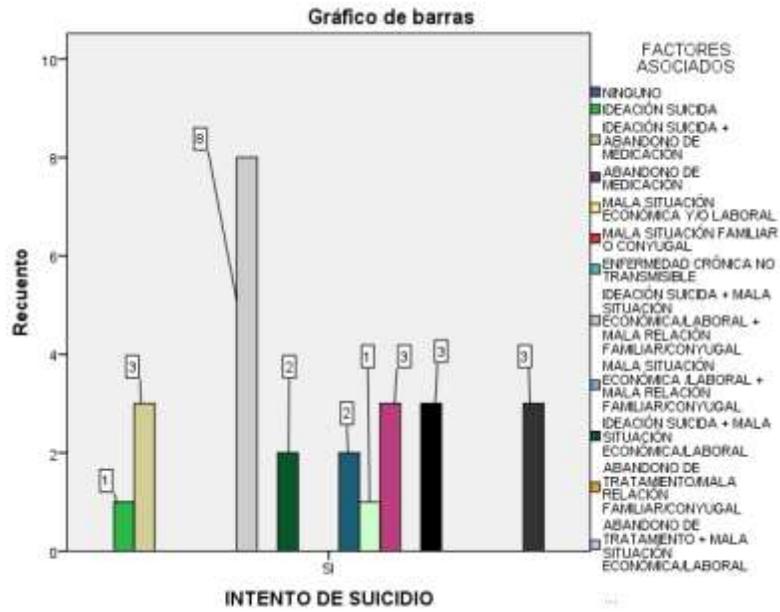


Gráfico 9:

Factores asociados (y sus combinaciones) a pacientes con al menos 1 intento autolítico, representado en diagrama de barras.





**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Domínguez Avilés Alonso José** con C.C: #0920117322 autor del trabajo de titulación: Prevalencia de intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos ingresados en la Dirección hospitalaria de Guayaquil entre el año 2016 y 2022, 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, 2 de mayo del 2023

f. _____
Domínguez Avilés Alonso José
C.C: 0920117322



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos ingresados en la Dirección hospitalaria de Guayaquil entre el año 2016 y 2022.		
AUTOR(ES)	Domínguez Avilés Alonso José		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	62
ÁREAS TEMÁTICAS:	Trastornos psiquiátricos, Intentos Autolíticos		
PALABRAS CLAVES:	Trastornos psiquiátricos; Suicidio; Intento Autolítico; Factores Asociados a Intentos Autolíticos		
RESUMEN:	<p>Introducción: En el 2019, se estimó que 1.3 muertes por cada 100 habitantes fueron producto de suicidio. Más del 90% de pacientes que intentaron suicidarse tienen un desorden psiquiátrico adquirido. Los intentos de suicidio son comunes en pacientes con trastornos psiquiátricos.</p> <p>Objetivo: Identificar la prevalencia de los intentos autolíticos en pacientes con trastornos psiquiátricos de la Dirección Hospitalaria de Guayaquil ingresados entre los años 2016 y 2022.</p> <p>Metodología: Recopilación de datos por medio de la revisión de historias clínicas y registro de pacientes ingresados en la Dirección Hospitalaria de Guayaquil entre los años propuestos. Se agrupó a los pacientes en familias de patologías de acuerdo a la clasificación propuesta por el Manual de Diagnóstico y estadística de trastornos psiquiátricos (DSM-5). Este estudio tomó una muestra de 227 pacientes después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Resultados: En 26 de las 227 historias clínicas se encontró referencia a al menos 1 intento autolítico realizado a lo largo de su vida. Al menos 1 intento autolítico estuvo presente en 29.33% (22 de 75) de los pacientes con trastornos depresivos; 33.33% (1 de 3) de pacientes clasificados dentro de trastorno bipolar y relacionados y 10.00% (1 de 10) de los pacientes con trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El principal factor asociado fue la presencia de ideación suicida.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono:	E-mail: alonso.dominguez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-98-2742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			